

El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado

Martha Giraldo-O'Meara y Amparo Belloch

Universidad de Valencia, Valencia, España

Resumen: Aunque el trastorno dismórfico corporal (TDC) es conocido desde hace siglos, solo hasta hace poco se ha intensificado su estudio e investigación. En los últimos años se han hecho avances importantes para comprender los distintos aspectos relacionados con el TDC, aún infradiagnosticado. El propósito de este trabajo es presentar una actualización sobre el estatus del TDC. Se examinan, entre otros aspectos, la etiopatogenia, la epidemiología, las complicaciones asociadas y la explicación cognitivo-conductual del trastorno. También se analizan los cambios recientes en su clasificación y las implicaciones derivadas. Desde esta perspectiva se aportan algunos datos provenientes de nuestra investigación sobre la fenomenología de las preocupaciones dismórficas y sus consecuencias, que podrían estar implicadas en el desarrollo y/o el mantenimiento del TDC. Finalmente se presenta un nuevo instrumento, el Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico, diseñado para la detección temprana de los síntomas prodrómicos del TDC en población general no-clínica.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal; detección temprana; Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico.

Abstract: *Body Dysmorphic Disorder: An under-diagnosed problem.* Although body dysmorphic disorder (BDD) has been known for centuries, only recently its study has been intensified. In recent years, important advances have been made in the understanding of BDD in the different aspects of this still underdiagnosed disorder. The purpose of this article was to present an actualization of the status of BDD. Among other aspects, the etiopathogenesis, epidemiology, associated complications and the cognitive-behavioral explanation of the disorder were examined. Recent changes in its classification and the related implications are also analyzed. From this perspective, we provide data from our research on the phenomenology of dysmorphic concerns and their consequences, which could be involved in the development and/or the maintenance of BDD. Finally, we present a new instrument, the Appearance Intrusions Questionnaire (AIQ), designed for the early detection of BDD prodromal symptoms in a non-clinical general population.

Keywords: Body dysmorphic disorder; early detection; Appearance Intrusions Questionnaire.

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es conocido desde hace siglos, y ha recibido diferentes denominaciones. Las más conocidas son las de dismorfofobia (Morselli, 1891), la de «hipocondría dermatológica», y la hipocondría de la belleza (Ladee, 1966). El trastorno

fue descrito por las figuras más relevantes de la psicopatología, como Emil Kraepelin y Pierre Janet, y se conocen muchos estudios de caso publicados durante décadas. Sin embargo, a pesar de ser un trastorno mental reconocido como tal, solo en la última década se ha intensificado su estudio e investigación. El objetivo de este artículo es presentar una actualización sobre el estatus del TDC tanto por lo que se refiere a su etiopatogenia como a su diagnóstico, epidemiología, complicaciones asociadas, y explicación psicológica, desde una perspectiva cognitivo-conductual. Asimismo, desde esta misma perspectiva, aportamos información obtenida a partir de nuestra propia investigación sobre este trastorno.

Recibido: 17 enero 2017; aceptado: 23 febrero 2017.

Correspondencia: Martha Giraldo-O'Meara, PhD, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España. Correo-e: martha.giraldo@uv.es

Agradecimientos: Este trabajo fue financiado por la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport de la Generalitat Valenciana (GV-PRO-METEO/2013/066) y por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España, (MINECO).

El problema del diagnóstico y la clasificación

La caracterización del TDC como trastorno mental ha sido diferente en los dos sistemas de clasificación psiquiátricos más utilizados: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) propuesta por la OMS, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El TDC no fue incluido en la CIE hasta su última versión (CIE-10), dentro de la categoría de los trastornos somatomorfos como una modalidad o subtipo de Hipocondría. En el caso del DSM, la tercera edición incluyó también el TDC en la categoría de los Trastornos Somatomorfos, como ejemplo de un trastorno somatomorfo atípico (APA, 1980). En la versión revisada de esta edición (APA, 1987), el TDC pasó a ser una entidad diferenciada de la Hipocondría, aunque incluido como un trastorno somatomorfo, y adquirió el nombre por el que lo conocemos hoy. Esta situación ha cambiado de manera radical con la última edición (DSM-5; APA, 2013), ya que el TDC se considera un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo y, por tanto, se incluye en la nueva categoría de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos Relacionados. En cuanto a la próxima edición de la CIE, parece que las previsiones apuntan en la misma dirección que la adoptada por el DSM-5. Este azaroso recorrido del TDC por los sistemas de diagnóstico psiquiátrico es, seguramente, la expresión palmaria del desconocimiento que rodea a la psicopatología de este trastorno y, como consecuencia, las dificultades para su detección, diagnóstico, y tratamiento.

No obstante lo anterior, las características clínicas del TDC están bastante bien definidas: el núcleo del trastorno reside en la existencia de una preocupación persistente por un defecto (focal o generalizado) en la apariencia física. La preocupación no se corresponde con la realidad del posible defecto, que o es poco importante o inexistente. El estado constante de preocupación motiva comportamientos más o menos repetitivos cuya finalidad es esconder, disimular, o eliminar el defecto. Esta caracterización es la que adopta el DSM-5. Las preocupaciones pueden estar focalizadas en cualquier parte del cuerpo y cambiar a lo largo del curso del trastorno (Wilhelm, Phillips, y Steketee, 2013). En algunos casos, las personas relatan tener una sensación generalizada de fealdad o de que «algo no está bien» (Veale y Gilbert, 2014). Y, como hemos dicho, en respuesta a la preocupación las personas con TDC llevan a cabo comportamientos repetitivos que consumen mucho tiempo: entre 3 y 8 horas al día (Phillips, 1998). Los comportamientos pueden ser tan diversos como mirarse en espejos o en cualquier superficie reflectante, observarse detenidamente y

compararse con otros, vestir de una forma determinada, broncearse, o maquillarse en exceso para disimular u ocultar el defecto, preguntar a terceros sobre la propia apariencia o el defecto, o tocarse repetidamente el defecto (Bjornsson, Didie, y Phillips, 2010). La evitación de situaciones sociales, desde acudir a la escuela o al trabajo, hasta evitar las relaciones personales, afectivas, e íntimas, es asimismo frecuente, y puede llevar al confinamiento del paciente en su propia casa. Además, estos pacientes son grandes consumidores de recursos estéticos, incluyendo tratamientos dermatológicos, dentales, y quirúrgicos. Se estima que más del 70% de los pacientes buscan y reciben este tipo de tratamientos (Crandall, Phillips, Menard, y Fay, 2005; Phillips, Grant, Siniscalchi, y Albertini, 2001).

Entre los especificadores que incluye el DSM-5, es importante mencionar los dos siguientes: en primer lugar, el diagnóstico del TDC requiere especificar el grado de *insight* o comprensión del problema que presenta un paciente, ya que puede oscilar desde un nivel bueno o adecuado, hasta aquellos casos en los que la preocupación adquiere niveles de convicción delirantes. Es importante señalar que en torno a una tercera parte de los pacientes se sitúan cerca del extremo delirante, lo que complica el tratamiento y aumenta de manera notable la comorbilidad asociada, incluyendo la ideación suicida. En un apartado posterior abordamos este aspecto más ampliamente.

El segundo especificador hace referencia a la presencia adicional de dismorfia muscular, más frecuente en hombres que en mujeres con TDC. Las preocupaciones del paciente en estos casos refieren a que el cuerpo está poco o insuficientemente desarrollado o musculado (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016). En estos casos, es frecuente el uso de anabolizantes, esteroides androgénicos, ejercicio excesivo focalizado en la musculatura, o dietas específicas para aumentar la masa muscular, entre otros comportamientos. Por último, aunque no se trata en este caso de un especificador, el DSM-5 incluye entre los criterios diagnósticos la diferenciación con los Trastornos Alimentarios, en los que las preocupaciones se centran básicamente en el peso y la figura.

Complicaciones asociadas: Suicidabilidad, ocultación y comorbilidad

El TDC es un trastorno grave y debilitante, lo que se refleja en tasas muy elevadas de ideación e intentos suicidas: alrededor de 45 veces superiores a las encontradas en población general (Phillips, 2007). En un estudio prospectivo a 4 años, se constató que hasta el 57,8% de los pacientes informaron de ideación suicida y el 2,6%

habían llevado a cabo un claro intento de suicidio (Phillips y Menard 2006). Esta situación es más grave aún si se tiene en cuenta que, aunque es relativamente común y se ha descrito desde hace siglos, sigue siendo un trastorno infra-diagnosticado (Phillips, Didie, Feusner, y Wilhelm, 2008). Esto se debe en parte a que las personas que lo padecen suelen ocultar sus síntomas, hasta el punto de que se le considera un «trastorno silencioso» (Fang y Wilhelm, 2015). La ocultación de los síntomas y el secretismo con el que a menudo realizan los pacientes sus rituales, puede deberse a motivos tan diversos como la vergüenza que les genera tener preocupaciones por la apariencia (Veale y Riley, 2001), el miedo a que los demás les consideren vanidosos o superficiales, o el temor a que los demás «se den cuenta» del defecto que intentan ocultar. Un estudio realizado en Internet con personas con TDC demostró que la vergüenza y el miedo al estigma son las barreras más importantes para buscar tratamiento especializado (Marqués, Weingarden, LeBlanc, y Wilhelm, 2011). La ocultación de los síntomas se produce no solo ante familiares y amigos, sino también ante el profesional sanitario (Neziroglu, Khemlani-Patel, y Yaryura-Tobias, 2006), al cual acuden buscando tratamiento para los síntomas comórbidos que experimentan, pero no para los síntomas dismórficos (Bjornsson et al., 2010; Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenberg, y Dimaite, 2010).

Son varios los estudios que informan sobre elevadas tasas de comorbilidad entre el TDC y trastornos tan diversos como depresión mayor (prevalencia vital cercana al 75% de los pacientes), TOC (prevalencia vital superior al 30%), ansiedad o fobia social (prevalencia vital superior al 35%), y abuso de sustancias (prevalencia entre 30% y 49%) (Gunstad y Phillips, 2003; Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005). Además, entre el 53% y el 87% de los pacientes son diagnosticados de un trastorno de personalidad adicional al TDC y entre el 48% y el 57% presenta dos trastornos de personalidad adicionales (Bellino et al., 2006).

El problema del insight y la búsqueda de soluciones mágicas

El *insight* es especialmente relevante para comprender la naturaleza del TDC. Algunos pacientes pueden llegar a comprender que su preocupación es excesiva porque en realidad su aspecto físico es normal e incluso bueno. Pero, a decir verdad, son los menos. Y, aun así, esa comprensión no les libra de sentirse continuamente atezados por el malestar que les provoca la intrusión constante de imágenes y pensamientos sobre su defecto. La mayoría mantiene ideas sobrevaloradas sobre lo que

significa una apariencia física adecuada y, a partir de aquí, cualquier defecto o imperfección física son consideradas insoportables. En otros casos, pueden experimentar ideas de referencia de naturaleza delirante, como que la gente les mira u observa porque se da cuenta de sus defectos, de su «deformidad», y llegan a creer que los demás hablan de ello y se burlan. El aislamiento social es en estos casos lo habitual, pero también en ocasiones la ira, el enfado, y los comportamientos agresivos hacia sí-mismos o hacia aquellos que «los observan y critican». En el extremo más patológico del continuo, algunos pacientes pueden experimentar auténtica ideación delirante, convencidos de que sus defectos son auténticos, enormes y horrorosos, lo que les lleva a describirse a sí mismos como «monstruos». En un estudio con 129 pacientes, el 84% fueron clasificados como delirantes o con *insight* pobre o nulo con respecto a su creencia más importante sobre su defecto físico, sin que hubiera diferencias entre estos pacientes y los que presentaban un *insight* adecuado en variables sociodemográficas (Phillips, 2004).

Una de las consecuencias de la creencia en la «realidad inapelable» de que los defectos físicos son auténticos, y no producto de su imaginación o su excesiva preocupación (y por lo tanto de naturaleza más psicológica que física), es el hecho de que entre el 27% y el 76% de los pacientes buscan soluciones médicas para sus preocupaciones, ya sean dermatológicas, quirúrgicas, cosméticas, o dentales, entre otras (Phillips et al. 2001). Aouizerate et al. (2003), en el primer estudio europeo sobre la prevalencia del TDC entre personas que acuden a cirugía plástico-cosmética, el 9% cumplía criterios diagnósticos del trastorno. La edad media era de 35 años, y las preocupaciones más comunes se centraban en la piel (41,7%), la nariz (33,4%), los pechos (25%), y las piernas o las rodillas (25%). Además, presentaban comorbilidad con depresión mayor (33,4 %), agorafobia (33,4 %), ansiedad social (25%) y ansiedad generalizada (25%). La prevalencia de personas con TDC entre quienes acuden a consultas dermatológicas es, asimismo, muy elevada. Por ejemplo, en un estudio realizado entre personas que acudían a tratamientos dermatológicos por problemas de acné, eczemas, caída del cabello, o problemas con las uñas, el 6,7% cumplía criterios diagnósticos claros para TDC. Esta tasa aumentaba hasta el 14% entre las personas que solicitaban procedimientos cosméticos mínimamente invasivos (*peeling*, micro-dermoabrasión, inyecciones botulínicas, tratamientos con láser, etc.) (Conrado et al., 2010).

El problema es que, por lo general, estas «soluciones» solo en contadas ocasiones mejoran los síntomas. Los estudios que analizan en qué medida se produce una

mejoría sintomática después de que el paciente haya recibido tratamientos estéticos de algún tipo coinciden en ofrecer cifras muy bajas de mejoría, que oscilan entre el 3,6 % y el 7% (Crerand et al., 2005; Phillips et al., 2001). Si los datos se examinan desde el punto de vista de la satisfacción del paciente con el tratamiento estético o quirúrgico recibido, la perspectiva es muy similar: en torno al 80% de los pacientes informan no estar satisfechos con el tratamiento recibido (Veale, Boocock, Gournay, y Dryden, 1996). Desde la perspectiva de los profesionales de cirugía estética, los datos son también reveladores. Por ejemplo, en el estudio de Sarwer (2002), el 40% de los cirujanos señalaron que habían recibido amenazas legales y/o físicas por parte de los pacientes con TDC insatisfechos. Todos estos datos indican que la probabilidad de que los tratamientos no dirigidos hacia el problema mental primario, es decir, tratamientos no psicoterapéuticos, están casi siempre condenados al fracaso, pues sus tasas de éxito son muy escasas y en algunos casos francamente discutibles. Pero además, deberían alertar a los profesionales que realizan estos tratamientos en pacientes con TDC, o con sospecha razonable de síntomas del trastorno, para replantearse la utilidad, además de la ética, de aplicar dichos «tratamientos». Como comentamos más adelante, existen algunos instrumentos de evaluación y cribado muy sencillos de utilizar y con elevada precisión diagnóstica que deberían ser conocidos y utilizados de manera rutinaria por los profesionales que trabajan en contextos dermatológicos y estéticos.

Epidemiología y características demográficas

El TDC es más frecuente de lo que cabría esperar, a pesar de las dificultades para su detección y diagnóstico. Los estudios realizados en población general no diagnosticada ni tratada indican unas tasas que oscilan entre el 1,7% y el 2,4% (Koran, Abujaoude, Large, y Serpe, 2008; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, y Braehler, 2006), que aumentan hasta un 13% en estudiantes universitarios (Bohne et al., 2002; Cansever, Uzun, Donmez, y Ozsahin, 2003; Giraldo-O'Meara y Belloch, 2016). Estas cifras revelan una incidencia muy superior a la de otros trastornos como la esquizofrenia o la anorexia nerviosa, dos trastornos que reciben una gran cantidad de atención entre los clínicos, los investigadores, y la población general.

Por lo que se refiere a la prevalencia en contextos clínicos, los estudios indican tasas de entre el 9% y el 12% en personas que acuden a especialistas en dermatología, y entre el 3% y el 53% en personas que acuden a cirugía estética (Aouizerate et al., 2003; Castle, Molton, Hoff-

man, Preston, y Phillips, 2004; Conrado et al., 2010). Entre los pacientes psiquiátricos ingresados por otros trastornos mentales, las cifras oscilan entre el 13% y el 16% (Conroy et al., 2008; Grant, Kim, y Crow, 2001). No obstante, las tasas pueden ser mucho mayores de lo que indican los estudios, ya que como se comentó antes los pacientes tienden a ocultar sus síntomas por miedo o por vergüenza, además de por una escasa o nula conciencia del problema. En este sentido resultan reveladores los datos de diversos estudios hechos con pacientes psiquiátricos adultos en cuyas historias clínicas no constaba diagnóstico alguno de TDC, ni de sospecha de síntomas del trastorno. El porcentaje de pacientes que cumplía criterios diagnósticos para TDC fue superior al 13% (Dyl, Kittler, Phillips, y Hunt, 2006; Grant et al., 2001; Zimmerman y Mattia, 1998).

En cuanto a la edad, se han descrito casos de inicio tan temprano como los 5 años y tan tardíos como los 80 (Bjornsson et al., 2010). No obstante, la edad de inicio habitual se sitúa en torno a los 16 años (Coles, Phillips, Menard, Pagano, y Fay, 2006), aunque pueden detectarse síntomas claros en torno a los 12 o 13 años (Bjornsson et al., 2013). Además, por las propias características del trastorno, tiende a la cronicidad, y hoy por hoy, la probabilidad de remisión total es muy baja (en torno al 20% de los casos tratados) y las probabilidades de recaída son muy elevadas (en torno al 42% de los casos tratados con éxito) (Phillips, Menard, Quinn, Didie, & Stout, 2013).

Por lo que se refiere al género, las tasas de prevalencia son muy parecidas, según los datos ofrecidos por los dos estudios más amplios publicados hasta la fecha. En el estudio realizado con 2048 personas de la población general en los EEUU (Koran et al., 2008), la prevalencia entre las mujeres era del 2,5% y del 2,2% entre los hombres. En el segundo estudio llevado a cabo en Alemania (Rief et al., 2006) con 2552 personas también de población general, la prevalencia entre las mujeres fue del 1,9% y del 1,4% entre los hombres. A pesar de que las diferencias globales de género son mínimas, los datos indican algunas diferencias en relación con la parte del cuerpo sobre el que recaen las preocupaciones. En el caso de los hombres, los «defectos» más habituales se centran en los genitales, la estructura corporal, y el cabello, mientras que las preocupaciones más típicas de las mujeres son sobre la piel, la barriga y el peso, además de preocuparse por una mayor diversidad de partes del cuerpo que los hombres (Camacho-Laraña, Alcalá-Pérez y Nieves-Alcalá, 2015; Phillips et al., 2005). Otros datos demográficos indican que las personas con TDC tienen más probabilidad de vivir solas o de haberse divorciado que las que no tienen el trastorno, además de presentar unas tasas de desempleo muy superiores (en torno al 37%).

Instrumentos para la evaluación y el diagnóstico del TDC

Todo lo dicho hasta aquí pone de relieve la importancia de la detección y el diagnóstico del TDC en contextos clínicos, tanto psicológicos como estéticos y dermatológicos (Fineberg et al., 2013; Thompson y Durrani, 2007), pero también la detección temprana en población general de síntomas dismórficos, previos a la consolidación y potencial cronificación del trastorno. Como señalan Fang y Wilhelm (2015), a la tendencia a la ocultación por parte de los pacientes, y el bajo insight que muchos tienen sobre el problema, se suma el hecho de que muchas de las entrevistas diagnósticas estandarizadas más utilizadas no incluyan preguntas específicas sobre el TDC, con lo que tanto su diagnóstico como su detección temprana se complican especialmente.

Existen diversas medidas, tanto en formato auto-informe como de entrevista clínica, diseñadas para la detección, el diagnóstico, y la valoración de síntomas dismórficos. Entre las medidas para la valoración de los síntomas, se encuentran el Cuestionario de Alteración de la Imagen Corporal (BIDQ; Cash, Phillips, Santos, y Hrabosky, 2004), y el Inventario de Preocupaciones por la Imagen Corporal (BICI; Littleton Axsom, y Pury, 2005), centradas en la valoración de creencias y comportamientos generales relacionados con la imagen corporal. Por su parte, el Inventario de Ansiedad por la Apariencia (AAI; Veale et al., 2014), evalúa los procesos de evitación y control de la amenaza en la ansiedad relacionada con la apariencia física.

Con respecto a las medidas para valorar la presencia y gravedad del TDC, se encuentran el Cuestionario de las Preocupaciones Dismórficas (DCQ; Oosthuizen, Lambert, y Castle, 1998), el Examen del Trastorno Dismórfico Corporal (BDDE; Rosen y Reiter, 1996), el Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ; Phillips, Atala, y Pope, 1995), la Escala Yale-Brown modificada para el TDC (BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997), y la más reciente Escala de Síntomas del TDC (BDD-SS) (Wilhelm, Greenberg, Rosenfield, Kasarskis, y Blashill, 2016).

De todas ellas, las más utilizadas en contextos clínicos son la BDD-YBOCS y el BDDQ. La primera es una entrevista pensada para que el clínico valore la gravedad del TDC. Incluye 12 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas dismórficos en la última semana, en una escala Likert de 5 puntos. Los primeros 5 ítems evalúan las preocupaciones por el defecto físico percibido en la apariencia (tiempo ocupado, interferencia, malestar, resistencia y control). Los 5 ítems siguientes evalúan los mismos aspectos pero relacionados con los comporta-

mientos repetitivos relacionados con el defecto físico. El ítem 11 evalúa el insight, y el ítem 12 la evitación por los síntomas dismórficos. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 48, con valores más altos indicando mayor gravedad. En cuanto al BDDQ, puede ser completada como auto-informe o como entrevista clínica. Su objetivo es valorar la presencia de síntomas dismórficos y su diferenciación con trastornos alimentarios, tomando como referencia los criterios del DSM-IV. Incluye 12 ítems, formulados como preguntas, con distintos formatos de respuesta (sí/no, de desarrollo y de opción múltiple). Para establecer un diagnóstico de TDC las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.

Aunque todas estas medidas están validadas y algunas de ellas son ampliamente utilizadas, se centran en evaluar la presencia y/o gravedad de síntomas ya establecidos y no de posibles síntomas prodrómicos, ya sea en población general o en contextos clínicos. En el siguiente apartado presentamos nuestra aportación en este sentido, que está directamente relacionada con el actual modelo explicativo del TDC.

La Psicopatología del TDC

La mayor parte de los estudios publicados sobre los mecanismos y procesos que subyacen a la psicopatología del TDC se han centrado en la cognición, y solo unos pocos han abordado además los aspectos emocionales del problema. La investigación sobre los mecanismos cognitivos está directamente vinculada con el modelo cognitivo-conductual del TDC según el cual ciertos sesgos de percepción, interpretación, y memoria de estímulos relacionados con la apariencia física están en la base del trastorno, ya sea en su génesis o en su mantenimiento.

Las observaciones clínicas sugieren que los pacientes con TDC atienden de manera selectiva a sus defectos físicos y desatienden o ignoran el resto del cuerpo. Los estudios experimentales y de neuroimagen coinciden con tales observaciones clínicas: en general, estos pacientes presentan un procesamiento visual focalizado en el detalle, en lugar de un estilo más global u holístico, lo que en principio les impide contextualizar de manera adecuada los detalles de una imagen, como un granito o una espinilla en la cara, y por tanto les lleva a percibir ese detalle de un modo distorsionado y/o exagerado (Feusner, Yaryura-Tobias, y Saxena, 2008; Feusner et al., 2010; Windheim, Veale, y Anson, 2011).

Otro de los aspectos investigados es el papel que juegan las creencias disfuncionales sobre el aspecto físico y

su importancia. El grupo de Buhlmann (p.ej., Buhlmann, Etoff, y Wilhelm, 2006, 2008; Buhlmann, Teachman, y Kathmann, 2011; Buhlmann, Teachman, Naumann, Fehlinger, y Rief, 2009) aporta datos sobre la importancia de tales creencias, tanto a nivel de procesamiento implícito como implícito, en pacientes con TDC. En sus estudios, los pacientes con TDC presentan creencias sobrevaloradas sobre el atractivo físico y confunden ese atractivo con felicidad (por ej., «Si fuera más atractivo... sería más feliz... mi vida sería mucho mejor»). Un aspecto relacionado es la presencia de sesgos de razonamiento y de interpretación. Los pacientes con TDC y las personas con altas puntuaciones en cuestionarios que evalúan síntomas del trastorno tienden a interpretar la información ambigua como negativa y auto-referente, especialmente en situaciones sociales («No sé de qué están hablando, pero seguro que están criticando mi aspecto»). Estos sesgos son más importantes en pacientes con bajo *insight*, quienes además necesitan o requieren menos información que pacientes con buen *insight* a la hora de adoptar decisiones y/o llegar a conclusiones especialmente en situaciones o contextos sociales neutros (Reese, McNally, y Wilhelm, 2011). Estos resultados son similares a los encontrados en investigaciones sobre personas con delirios de persecución (p.ej., Freeman y Garety, 2014), lo que desde nuestro punto de vista abre una perspectiva nueva e importante para comprender mejor la psicopatología del TDC.

Por último, las investigaciones sobre reconocimiento de emociones en el TDC, aunque todavía escasas y poco concluyentes (Fang y Wilhelm, 2015), indican que si bien los pacientes no presentan deficiencias en general, parece que tienden a presentarlas cuando se encuentran en situaciones o contextos en los que se sienten involucrados. Específicamente, tienden a interpretar las expresiones faciales neutras como despreciativas y de ira en escenarios con elevada auto-referencia (Buhlmann et al., 2006), lo que coincide con los datos que antes comentamos acerca de la presencia de sesgos de interpretación negativos en situaciones de ambigüedad.

Sobre la base de los estudios que venimos mencionando, se han propuesto diversas teorías cognitivo-conductuales para explicar el desarrollo y el mantenimiento del TDC. Todas comparten la idea de que los sentimientos y los comportamientos de las personas con TDC están determinados por el modo en que interpretan sus experiencias internas, es decir, por el significado que atribuyen a sus pensamientos, sus percepciones, y sus emociones.

Fang y Wilhelm (2015) han propuesto un modelo explicativo general sobre el TDC que guarda muchas semejanzas con el actual modelo cognitivo del TOC (ver la Figura 1). De manera sintética, el modelo parte de asumir que, si bien todas las personas experimentamos pensamientos o imágenes negativos acerca de nuestro aspecto, las personas con TDC reaccionan de manera

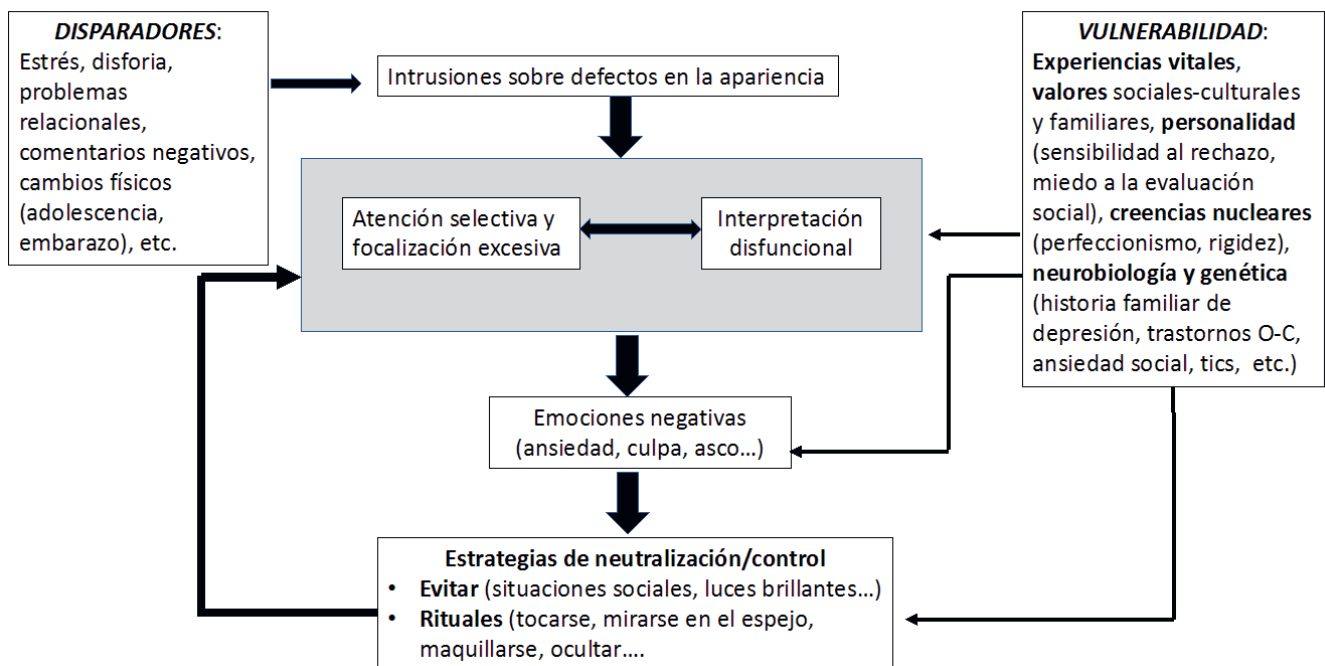


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual del Trastorno Dismórfico Corporal (adaptado de Fang y Wilhelm, 2015)

disfuncional a tales imágenes y pensamientos. La disfuncionalidad se traduce en sesgos como los mencionados antes: atención selectiva a los defectos físicos, separándolos de la totalidad de la apariencia, lo que provoca que se perciban como más importantes y «grandes» de lo que en realidad serían si se tuviera en cuenta el contexto general. A partir de aquí, entran en juego otros sesgos de tipo interpretativo, tales como sobrevalorar la importancia del aspecto físico, poseer estándares muy elevados y exigentes sobre la belleza y la perfección de la propia apariencia o aspecto, además de sesgos de interpretación auto-referenciales en situaciones sociales. Estos sesgos motivan la activación de emociones negativas (ansiedad, vergüenza, asco, disforia). La persona intenta entonces regular su estado emocional negativo mediante comportamientos «compensatorios», como la comprobación, la ocultación y/o el camuflaje del/os defecto/s, o la evitación de situaciones sociales y/o de personas que puedan activar un estado emocional negativo. Se postula que estos comportamientos claramente disfuncionales mantienen las creencias e interpretaciones disfuncionales vía refuerzo negativo, puesto que permiten reducir el estado emocional negativo a corto plazo. El modelo reconoce la influencia que pueden tener otros factores en la génesis y/o el mantenimiento del trastorno, tales como la sensibilidad al rechazo, el miedo a la evaluación social negativa, experiencias tempranas, valores familiares y culturales, o factores neurobiológicos y genéticos todavía en estudio.

Una buena parte del modelo se sustenta en datos procedentes de diversas investigaciones como las que hemos venido comentando sobre la presencia de sesgos atencionales, perceptivos e interpretativos. Sin embargo, ni el supuesto inicial (i.e., que las preocupaciones sobre defectos en la apariencia física son comunes y seguramente universales), ni sus consecuencias funcionales (i.e., emociones negativas y comportamientos compensatorios) en un grupo reducido de personas (i.e., personas con TDC), han sido puestas a prueba de manera global o conjunta. Esta cuestión es importante, en nuestra opinión, por dos motivos: primero, porque si lo que se pretende es establecer un paralelismo entre el TDC y el TOC, es necesario obtener datos que avalen tal semejanza. Y, segundo, porque todas las variables que contiene el modelo, desde las preocupaciones hasta las emociones, las creencias y los comportamientos, asumen la idea de dimensionalidad o continuo desde la normalidad hasta la psicopatología. Y aunque la literatura científica aporta datos parciales sobre ello, no hay ninguna investigación que conozcamos que analice de manera conjunta la dimensionalidad de tales variables y su relación funcional con las preocupaciones sobre defectos en la apariencia.

En el siguiente apartado ofrecemos una síntesis de nuestra experiencia al respecto.

Dimensionalidad de las preocupaciones dismórficas y sus consecuencias funcionales

Lo primero que nos planteamos en nuestra investigación sobre el TDC es la forma de operacionalizar el concepto de «preocupación», referido a defectos en la apariencia, ya que entre otras cosas constituyen el principal criterio diagnóstico del trastorno. Sin embargo, los expertos en TDC coinciden en las dificultades para operacionalizar, y por tanto evaluar, el concepto de preocupación (p.ej., Phillips et al., 2010). Puede ser entendido como rumiación (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008), *worry* (Wells, 1999), o como idea obsesiva (Phillips et al., 2010), es decir, como los procesos de pensamiento que definen la depresión, la ansiedad generalizada, o el TOC, respectivamente. Sin embargo, según estos autores, ni el concepto de *worry* ni el de rumiación son análogos al de preocupación dismórfica. Desde el punto de vista formal, ambos consisten en cadenas de pensamientos repetitivos, catastrofistas y/o negativos que se experimentan de forma verbal y consumen mucho tiempo y capacidad cognitiva consciente. Desde un punto de vista del contenido, el *worry* hace referencia a preocupaciones normales de la vida cotidiana y la rumiación a contenidos auto-referentes. La diferenciación con la ideación obsesiva, sin embargo, no está tan clara. Tanto las ideas obsesivas como las preocupaciones dismórficas pueden darse en forma de pensamiento es decir, verbal, como en imagen, impulso o sensación física. Las diferencias estriban por tanto en los contenidos, y no en la forma que adquieren. Por esta razón, son muchos los autores que enfatizan la cualidad obsesiva de las preocupaciones dismórficas: ambos contenidos son muy molestos, no deseados, intrusivos, consumen tiempo, son difíciles de controlar, y se asocian con estados emocionales negativos y suscitan comportamientos dirigidos a neutralizarlos y/o minimizarlos (Abramowitz y Jacoby, 2015; Wilhelm et al., 2013).

Nuestra investigación surge precisamente de estas consideraciones, que no se han puesto a prueba de manera sistemática. El primer paso fue poner a prueba la hipótesis de que las preocupaciones dismórficas consisten en pensamientos, imágenes y/o impulsos intrusos no deseados sobre defectos en la apariencia física, formalmente análogas a las intrusiones con contenidos obsesivos. Es decir, que consisten en intrusiones sobre defectos en la apariencia física (IAs), que fluctúan en un continuo dimensional de frecuencia/intensidad, que oscila desde las intrusiones normales sobre posibles defectos en la

aparición, hasta las preocupaciones dismórficas, clínicamente significativas, de forma similar a lo que sucede con los pensamientos intrusos de contenido obsesivo análogos a las obsesiones. En caso de encontrar datos que avalaran esta hipótesis inicial, había que poner a prueba una segunda hipótesis, siguiendo de nuevo el modelo cognitivo-conductual del TDC, análogo como venimos diciendo al del TOC. En concreto, se trata de explicar cómo se produce el paso desde una intrusión desagradable pero normal, hasta un síntoma clínico. Según esos planteamientos, la escalada hacia la psicopatología se produce cuando el impacto emocional negativo de la IA se asocia a una valoración disfuncional, que a su vez motiva la puesta en marcha de estrategias o comportamientos de neutralización, tanto del estado emocional como de la irrupción de la IA en el flujo de pensamiento consciente.

Para poner a prueba ambas hipótesis desarrollamos un instrumento de evaluación específico, el *Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico* (INPIAF; Giraldo-O'Meara y Belloch, 2016), que se presenta en el Anexo. Se trata de un autoinforme basado en el Inventario Revisado de Intrusiones Obsesivas (ROII; Purdon y Clark, 1993, 1994), y en el Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOS; García-Soriano, 2008; García-Soriano, Belloch, Morillo, y Clark, 2011) compuesto por 3 partes. La primera parte consiste en un listado de 27 ítems que evalúan la frecuencia (desde 0 «nunca he tenido esta intrusión» hasta 6 «tengo esta intrusión varias veces al día») con que se experimentan IAs. Para evitar confusiones con otros posibles productos cognitivos (es decir, worry, preocupaciones, o rumiaciones), se ofrece en primer lugar una explicación detallada de lo que significa una intrusión, que es sobre lo que se va a preguntar. Los ítems se presentan agrupados en 4 posibles escenarios en los que, según la literatura revisada, es más probable que se experimenten IAs: sin disparadores específicos, al ver la propia imagen en superficies reflectantes, en situaciones sociales, y al mantener contacto físico con otras personas. Los análisis factoriales realizados agruparon los 27 ítems en 6 subescalas, de acuerdo al contenido de las intrusiones y sus contextos o escenarios de aparición: las relacionadas con un defecto en la apariencia, con el contexto social, con la ocultación, con funciones corporales, y con la necesidad de hacer algo. En la segunda parte, se pide a la persona que seleccione del listado anterior el IA más molesto o desagradable que haya experimentado en los últimos 3 meses. Una vez seleccionado, se le pide que lo evalúe (utilizando escalas likert de 5 pasos: de 0 «nada» a 4 «muchísimo, extremo») en tres conjuntos de variables: reacciones emocionales (5 ítems: molestia, ansiedad,

tristeza, culpa y vergüenza), interferencia y dificultad de controlar el pensamiento (2 ítems), y valoraciones disfuncionales (8 ítems: importancia del pensamiento, significado personal, responsabilidad, importancia de controlar el pensamiento, sobreestimación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre, perfeccionismo y fusión pensamiento-acción probabilidad). La tercera parte consiste en una lista de 22 estrategias de neutralización/control del IA, agrupadas en 6 subescalas: control del pensamiento (5 ítems: parada de pensamiento, autocastigo, supresión, preocupación y relajación), control de la ansiedad (4 ítems: reestructuración cognitiva, revaloración, búsqueda de reaseguración y auto-tranquilización), distracción (3 ítems: manifiesta, encubierta, y otras conductas encubiertas), control social (3 ítems: evitación, ocultación y comparación), estrategias obsesivo-compulsivas (4 ítems: limpiar, comprobar, repetir y ordenar), y estrategias dismórficas (3 ítems: Tocar/ mirar fijamente, preguntar a alguien, tomar una foto).

Los datos obtenidos con el cuestionario con muestras de estudiantes y población general no clínica (993 personas en total) han sido objeto de publicación en otro trabajo (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2016), por lo que aquí únicamente resumiremos la información más relevante, en relación con las dos hipótesis principales. Por lo que se refiere a la primera de ellas, universalidad de las preocupaciones dismórficas en forma de intrusiones, más del 90% de los encuestados informaron haber tenido al menos una de las 27 IAs del listado. El número de intrusiones experimentado fue muy alto (un promedio de 12 IAs), aunque la frecuencia fue relativamente baja (en torno a 2, que se corresponde con «varias veces al año»). Las más frecuentes fueron las relacionadas con la necesidad de hacer algo para ocultar y/o disimular el defecto. Las mujeres experimentaron las IAs con mayor frecuencia que los hombres, y se observó una correlación negativa con la edad, lo que indica que la frecuencia de las IAs disminuye con el aumento en edad.

La segunda parte de la hipótesis hace referencia a la dimensionalidad de las IAs en relación con su frecuencia, en un continuo que fluctúa desde una frecuencia baja en personas sin TDC hasta frecuencia elevada en personas con el trastorno o personas en riesgo de padecerlo. Para ponerla a prueba comparamos la frecuencia de las IAs en 443 personas sin riesgo de TDC con la de un grupo de 77 personas que cumplía criterios para un diagnóstico de TDC, según el inventario BDDQ que se comentó en un apartado anterior. Es importante señalar que este número representa una tasa del 13% de personas de la población general no diagnosticadas ni tratadas, lo que una vez más revela la incidencia oculta del TDC. El número total de intrusiones del grupo de riesgo fue nota-

blemente superior (cerca de 21 intrusiones frente a las 11 del grupo sin riesgo), y su frecuencia media fue asimismo superior («1 o 2 veces al mes», frente a «varias veces al año»). Por otro lado, la frecuencia de las IAs mantuvo correlaciones más importantes con medidas de síntomas obsesivo-compulsivos, que con las de *worry* o depresión. En síntesis, pues, nuestros datos apoyan la universalidad y dimensionalidad de las IAs, indicando además que las preocupaciones de contenido dismórfico se pueden operacionalizar como intrusiones mentales no deseadas, es decir, como productos cognitivos análogos a las intrusiones de contenido obsesivo, diferentes del *worry*.

Por lo que se refiere a la segunda hipótesis, los resultados encontrados pueden resumirse como sigue. En primer lugar, la frecuencia con la que se experimenta la IA escogida como la más perturbadora de las experimentadas en los últimos 3 meses, se asoció de manera significativa con un impacto emocional elevado, con la interferencia que causa la intrusión en la vida cotidiana, con valoraciones disfuncionales sobre su contenido, y con algunas de las estrategias de control evaluadas (control del pensamiento y control social). Además, las personas en riesgo de TDC puntuaron significativamente más que las del grupo sin riesgo en todas las variables de la segunda y tercera parte del cuestionario. Estos datos, aun con las limitaciones de no incluir población clínica, avalan la hipótesis de partida y, desde nuestro punto de vista, indican que el INPIAF es un instrumento útil para detectar pródromos o formas subclínicas del TDC en población general. Este autoinforme evalúa la ocultación de los síntomas y los diferentes contextos o situaciones en los que pueden activarse los síntomas, y esto puede ser especialmente importante en la detección temprana del trastorno en población general y en contextos en los que los pacientes con TDC suelen estar más presentes, como son las consultas estéticas y dermatológicas. Además, brinda información sobre las valoraciones y los comportamientos disfuncionales que suscitan las intrusiones dismórficas, que pueden ayudar a comprender mejor la etiopatogenia del trastorno y por lo tanto, a diseñar estrategias de tratamiento eficaces para un paciente concreto.

Conclusiones

A pesar de la gravedad del TDC, este trastorno sigue siendo poco reconocido e infradiagnosticado, en parte por la ocultación de los síntomas por parte de los pacientes. La identificación de los síntomas dismórficos de forma temprana es un punto clave en el desarrollo y el curso del trastorno, y en la efectividad del tratamiento. Con

este objetivo, hemos desarrollado un nuevo instrumento para evaluar la presencia y frecuencia de pensamientos intrusos relacionados con la apariencia, y las consecuencias funcionales asociadas a éstos, los cuales se ubicarían en el extremo de un continuo desde la normalidad a la psicopatología dismórfica (Lambrou, Veale, y Wilson, 2012), de forma similar a los pensamientos intrusos de contenido obsesivo análogos a las obsesiones (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, y Carrió, 2004; Purdon y Clark, 1993, 1994).

Referencias

- 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.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., Auriacombe, M., Martin, D., Baudet, J., & Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry, 18*, 365-368.
- 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.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 100-110.
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., Grant, J., Menard, W., Stalkere, E., & Phillips, K.A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 893-903.
- Bjornsson, A.S., Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body Dysmorphic Disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 221-232.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M.A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research, 109*, 101-104.
- Buhlmann, U., Etcoff, N.L., & Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 105-111.
- Buhlmann, U., Etcoff, N.L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 540-47.

- Buhlmann, U., Teachman, B.A., & Kathmann, N. (2011). Evaluating implicit attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder using the Go/No-Go Association Task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 192–97.
- Buhlmann, U., Teachman, B.A., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 694–702.
- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 189-198.
- Cansever, A., Uzun, O., Donmez, E., & Ozsahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 60-64.
- Cash, T.F., Phillips, K.A., Santos, M.T., & Hrabosky, J.I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the body image disturbance questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1, 363-372.
- Castle, D.J., Molton, M., Hoffman, K., Preston, N.J., & Phillips, K.A. (2004). Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 439-444.
- Coles, M.E., Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Weisberg, R.B., & Stout, R.L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety*, 23, 26–33.
- Conrado, L.A., Hounie, A.G., Diniz, J.B., Fossaluzza, V., Torres, A.R., Miguel, E.C., & Rivitti, E.A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63, 235-243.
- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., & Phillips K.A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30, 67-72.
- Crerand, C.E., Phillips, K.A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 549-555.
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K.A., & Hunt, J.I. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry and Human Deviation*, 36, 369-382.
- Fang, A. & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187–212.
- Feusner, J.D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 197–205.
- Feusner, J.D., Yaryura-Tobias, J., & Saxena, S. (2008). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5, 3–12.
- Fineberg, N.A., Baldwin, D. S., Menchon, J. M., Denys, D., Grünblatt, E., Pallanti, S.,... Zohar, J. (2013). Manifesto for a European research network into obsessive-compulsive and related disorders. *European Psychopharmacology*, 23, 561-568.
- Freeman, D. & Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1179–1189.
- García-Soriano, G. (2008). Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal. Universidad de Valencia.
- García-Soriano G., Belloch A., Morillo C., & Clark D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Giraldo-O'Meara, M. & Belloch, A. (2016). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment*. En prensa.
- 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, 517-522.
- Gunstad, J. & Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270-276.
- Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrum*, 13, 316-322.
- Ladee, G.A. (1966). *Hypochondriacal syndromes*. NL, Amsterdam, Elsevier.
- Lambrou, C., Veale, D., & Wilson, G. (2012). Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body Image*, 9, 86–92.
- Littleton, H.L., Axsom, D., & Pury, C.L.S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 229–241.
- Marqués, L.M., Weingarden, H.M., LeBlanc, N.J., & Wilhelm, S. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 286–93.
- Morselli, E. (1891). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bollettino della Reale Accademia di Genova*, 6, 10-119 (citado en Bjornsson et al., 2010).
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J.A. (2006). Body Dysmorphic Disorder. In J.E. Fisher & W.T. Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp 142-150). New York: Springer.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyumbomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D.J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 129-132.
- Phillips, K.A. (1998). Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (4 Suppl. A), A33–48.
- Phillips K.A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 63–72.

- Phillips, K.A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry, 14*, 58-66.
- Phillips, K.A., Atala, K.D., & Pope, H.G. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. In American Psychiatric Association (Ed.). *New research program and abstracts. 148th meeting of the American Psychiatric Association*. Miami: American Psychiatric Association.
- Phillips, K.A., Didie, E.R., Feusner, J., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1111-1118.
- Phillips, K.A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R.S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 42*, 504-510.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., DeCaria, C., & Goodman, W.K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 17-22.
- Phillips, K.A. & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1280-1282.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 46*, 317-325.
- Phillips, K.A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E.R., & Stout, R.L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine, 43*, 1109-1117.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.R., 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.
- Purdon, C. & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 713-720.
- Purdon, C. & Clark, D.A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 403-410.
- Rabito-Alcón, M. F. & Rodríguez-Molina, J.M. (2016). Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria, and university students. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 97-104.
- Reese, H.E., McNally, R.J., & Wilhelm, S. (2011). Probabilistic reasoning in patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 270-276.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine, 36*, 877-885.
- Rosen, J.C. & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 755-766.
- Sarwer, D.B. (2002). Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members. *Aesthetic Surgery Journal, 22*, 531-535.
- Thompson, C. M. & Durrani, A. J. (2007). An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *Journal of the Royal Society of Medicine, 100*, 61-62.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., & Dryden, W. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry, 169*, 196-201.
- Veale, D., Eshkevari, E., Kanakam, N., Ellison, N., Costa, A., & Werner, T. (2014). The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a process measure in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 615-616.
- Veale, D. & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 150-160.
- Veale, D. & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1381-1393.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 86-95.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L.C., Greenberg, J.L., & Dimaite, R.A. (2010). A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 241-247.
- Wilhelm, S., Greenberg, J.L., Rosenfield, E., Kasarskis, I., & Blashill, A.J. (2016). The body dysmorphic disorder symptom scale: development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction. *Body Image, 17*, 82-87.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., & Steketee, G. (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Windheim, K., Veale, D., & Anson, M. (2011). Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: effects of duration of gazing. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 555-564.
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 265-270.

Anexo

Inventario de Pensamientos Intrusos sobre el Aspecto Físico (INPIAF)

Este cuestionario recoge un listado de **intrusiones mentales**, es decir, pensamientos, sensaciones, imágenes o impulsos, molestos o desagradables, sobre **defectos en nuestro aspecto físico**. la mayoría de nosotros hemos tenido alguna vez estas intrusiones.

Se llaman «intrusiones» porque **invaden nuestra mente** en contra de nuestra voluntad, e **interrumpen** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. en muchas ocasiones puede ser **difícil controlarlas**, es decir quitarlas de la mente, pararlas, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos. además, resultan **molestas, desagradables**, y en ocasiones hasta **inaceptables**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o simplemente porque nos parecen inoportunas.

Estas intrusiones mentales se pueden experimentar como:

1. **Imágenes**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
2. **El impulso o la necesidad imperiosa y urgente** de hacer o decir algo
3. **Pensamientos**
4. **Sensaciones**

No se trata de **preocupaciones** a las que damos vueltas, **sino** de «**pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos intrusos**», que aparecen **de pronto** en nuestra mente, como una especie de «**flashes**» breves y molestos.

Nos interesa saber si tú has experimentado también estas **intrusiones mentales sobre defectos en tu aspecto físico**, y con qué frecuencia.

PARTE 1						
<i>Así porque sí, sin venir a cuento, se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos desagradables como éstos:</i>						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca he tenido esta intrusión	Solo he tenido esta intrusión 1 o 2 veces en mi vida	Tengo esta intrusión varias veces al año	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces al mes	Tengo esta intrusión 1 o 2 veces por semana	Tengo esta intrusión al menos 1 vez al día	Tengo esta intrusión varias veces al día
						<i>Frecuencia</i>
Algo de mi aspecto físico me hace horroroso						
Estoy deformado/a						
Mi cuerpo funciona mal (mal olor, sudor, mal aliento, flatulencias, grasa en la cara, las manos, el pelo...)						
Tengo que tapar o disimular este defecto como sea (maquillarme, usar otra ropa, ir a la peluquería...)						
Tengo que encontrar una postura para esconder mi defecto						
<i>Cuando me miro en el espejo, o me veo reflejado/a en algún sitio (escaparates, cristales, etc...), o me veo en fotografías, videos, etc., se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos desagradables como éstos:</i>						
						<i>Frecuencia</i>
Mi aspecto físico es horroroso						
Tengo un defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...) horrible, asqueroso						
Se me nota mucho el defecto (nariz, orejas, manos, sudor, aspecto grasiento, granos...)						
Con este defecto no puedo salir en ninguna foto						
Me gustaría saber cómo retocar mis fotos para tapar mi defecto						
He de buscar un cirujano o un dermatólogo para que me arregle esto						
He de hacer algo para quitarme este defecto						
<i>Cuando estoy con otras personas, conocidas o no, ya sea en espacios cerrados (restaurantes, trabajo, gimnasio...) o al aire libre (parques, playa, campo...) Se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones como éstos:</i>						
						<i>Frecuencia</i>
Cualquiera de estas personas tiene mejor aspecto que yo						
Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, piel, músculos, orejas, genitales...)						
Quisiera preguntar cómo me ven						
Se están fijando en mi defecto						
Están hablando de mi aspecto						

PARTE 1	
Me gustaría preguntar qué hacen para mejorar su apariencia	
Se me nota mucho el defecto. Tendría que haberme vestido o maquillado de otra forma	
Tengo que taparme lo más posible para ocultar mi defecto	
<i>Cuando tengo contacto físico con alguien de mi familia, de mis amigos, o mi pareja, se me meten en la cabeza pensamientos, imágenes, impulsos o sensaciones como éstos:</i>	
	<i>Frecuencia</i>
Se nota mucho mi defecto físico (nariz, boca, cabello, genitales, piel, músculos, orejas...)	
Me está mirando el defecto, lo nota	
Me entran ganas de «despegarme»/ separarme	
No puedo hacer nada para disimular mi defecto físico	
Se está dando cuenta de que hay algo en mi cuerpo que funciona mal (huelo mal, sudo mucho, me huele el aliento...)	
Tengo que encontrar una postura que disimule o esconda mi defecto	
No puedo seguir así. He de hacer algo para quitarme este defecto	
<i>Otras intrusiones que he tenido sobre algún defecto físico</i>	
	<i>Frecuencia</i>

PARTE 2	
<p>Ahora fijate por favor en las intrusiones de la lista anterior que hayas experimentado en los tres últimos meses. Si no has experimentado ninguna, aquí finaliza el cuestionario.</p> <p>Decide cuál de esas intrusiones es la más MOLESTA, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta cuando la tienes, y anótala a continuación</p> <p>La intrusión que me resulta más molesta, de entre las que he experimentado en los últimos tres meses, es esta (escríbela):</p> <p>Las siguientes preguntas están relacionadas únicamente con esta intrusión que has elegido como la más molesta. Por favor señala el número que mejor refleja tu experiencia</p>	
<p>1. ¿CUÁNTO te MOLESTA esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me molesta nada</p> <p><input type="checkbox"/> Es algo molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es bastante molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es muy molesta</p> <p><input type="checkbox"/> Es extremadamente molesta</p>	<p>2. ¿Te sientes ANSIOSO/A, NERVIOSO/A, ANGUSTIADO/A, cuando tienes esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente ansioso/a, nervioso/a o angustiado/a</p>
<p>3. ¿Te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente triste</p>	<p>4. ¿Te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento nada culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy culpable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente culpable</p>
<p>5. ¿Te AVERGUENZA tener esa intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento avergonzado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo avergonzado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante avergonzado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy avergonzado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente avergonzado/a</p>	<p>6. ¿Te resulta difícil controlar la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No me resulta difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p><input type="checkbox"/> Me resulta algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p><input type="checkbox"/> Me resulta bastante difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p><input type="checkbox"/> Me resulta muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p><input type="checkbox"/> Me resulta extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p>

PARTE 2	
<p>7. ¿CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No lo consigo en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> Lo consigo algo</p> <p><input type="checkbox"/> Lo consigo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Lo consigo mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Lo consigo del todo</p>	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración o lo que estés haciendo cuando la tienes?</p> <p><input type="checkbox"/> No interrumpe mi concentración</p> <p><input type="checkbox"/> Interrumpe algo mi concentración</p> <p><input type="checkbox"/> Interrumpe bastante mi concentración</p> <p><input type="checkbox"/> Interrumpe mucho mi concentración</p> <p><input type="checkbox"/> Interrumpe completamente mi concentración</p>
<p>9. Esa intrusión, ¿crees que solo por el hecho de tenerla es IMPORTANTE?</p> <p><input type="checkbox"/> No lo creo en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> Lo creo algo</p> <p><input type="checkbox"/> Lo creo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Lo creo mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Lo creo totalmente</p>	<p>10. ¿Crees que la intrusión REVELA o DICE algo importante sobre ti, sobre quién eres?</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que revele o diga nada sobre mí</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que revela o dice algo sobre mí</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que revela o dice bastante sobre mí</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que revela o dice mucho sobre mí</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que revela o dice algo muy importante sobre mí</p>
<p>11. Cuando tienes la intrusión, ¿Te sientes RESPONSABLE de impedir o prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento algo responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento extremadamente responsable</p>	<p>12. Cuando tienes la intrusión ¿es IMPORTANTE para ti CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p><input type="checkbox"/> No es importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es algo importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es bastante importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es muy importante para mí controlarla</p> <p><input type="checkbox"/> Es extremadamente importante para mí controlarla</p>
<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿te parece AMENAZANTE, PELIGROSA para ti?</p> <p><input type="checkbox"/> No me parece que sea en absoluto amenazante o peligrosa para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es algo amenazante o peligrosa para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es bastante amenazante o peligrosa para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es muy amenazante o peligrosa para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que es completamente amenazante o peligrosa</p>	<p>14. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto hace que te sientas INSEGURO/A, que te plantees DUDAS SOBRE TI MISMO/A o sobre circunstancias de la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> No hace que me sienta inseguro/a ni tener dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta un poco inseguro/a, con algunas dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta bastante inseguro/a, con dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta muy inseguro/a, me plantea muchas dudas</p> <p><input type="checkbox"/> Hace que me sienta extremadamente inseguro/a, me hace dudar continuamente</p>
<p>15. Cuando tienes la intrusión, ¿te molesta porque significa que no eres PERFECTO/A?</p> <p><input type="checkbox"/> No me molesta porque signifique que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta algo porque significa que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta bastante porque significa que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta mucho porque significa que no soy perfecto/a</p> <p><input type="checkbox"/> Me molesta extremadamente porque significa que no soy perfecto/a</p>	<p>16. Cuando tienes la intrusión, ¿crees que por tenerla es MÁS PROBABLE que te suceda algo malo a ti o a otras personas?</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que suceda nada malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es algo probable que suceda algo malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es bastante probable que suceda algo malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es muy probable que suceda algo malo por tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es absolutamente probable que suceda algo malo por tenerla</p>
<p>17. ¿Crees que es INMORAL tener esta intrusión?</p> <p><input type="checkbox"/> No creo en absoluto que sea inmoral tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es algo inmoral tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que tenerla es bastante inmoral</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que es muy inmoral tenerla</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que tenerla es absolutamente inmoral</p>	

PARTE 3

A continuación hay una lista con diferentes estrategias que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para **afrontar la intrusión que has seleccionado antes como la más molesta**.

0: Nunca uso esta estrategia
1: Raramente uso esta estrategia
2: A veces uso esta estrategia
3: A menudo uso esta estrategia
4. Siempre uso esta estrategia

Las siguientes preguntas están relacionadas con la intrusión que has elegido antes como la más molesta.

1	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3	Intento crear o provocar otro pensamiento o imagen que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4	<i>Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:</i>					
	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
	Comprobar	0	1	2	3	4
	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
	Tocarme, mirarme, observarme detenidamente	0	1	2	3	4
	Pregunto su opinión a alguien en quien confío	0	1	2	3	4
	Me hago una foto	0	1	2	3	4
5	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6	Intento buscar alguna explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9	Me digo a mí mismo: «para», «no pienses más», «déjalo ya»,...	0	1	2	3	4
10	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
12	Me riño a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión (por ejemplo, evito ir a sitios, estar con ciertas personas, hacer ciertas cosas..., etc.)	0	1	2	3	4
14	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16	Si puedo, hago caso a lo que me dice la intrusión	0	1	2	3	4
17	Intento aislarme, ocultarme de los demás	0	1	2	3	4
18	Comparo mi aspecto con el de otras personas	0	1	2	3	4
19	Otras cosas (indica cuáles):	0	1	2	3	4

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

