

Hacia la comprensión de factores comunes entre trastornos clínicamente distintos: Las intrusiones mentales en el espectro obsesivo-compulsivo

Belén Pascual-Vera¹, M. Ángeles Ruiz¹ y Amparo Belloch²

¹Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

²Universidad de Valencia, Valencia, España

Understanding common factors between clinically different disorders: Mental intrusions in the obsessive-compulsive spectrum

Abstract: This study examines whether the propensity to experience obsessive, dysmorphic, hypochondriac and eating-related unwanted mental intrusions (UMIs) is a common vulnerability factor for these disorders. A total of 149 university students completed the Questionnaire of Unpleasant Intrusive Thoughts (QUIT) that assesses the frequency of and disturbance caused by the four UMI contents as well as self-reports of symptoms. 26.17% of participants experienced the four UMI contents during the past three months. The scores of each UMI were related to their specific self-report of symptoms and predicted the scores on these self-reports. Among those participants who experienced the four UMIs, 61.53% were at risk of obsessive-compulsive disorder (OCD). These subjects, compared to those who also experienced the four UMIs but were at low risk of OCD, reported more negative consequences when they experienced an UMI, regardless of its content. UMIs could be transdiagnostic and common vulnerability factors for different mental disorders.

Keywords: Mental intrusions; transdiagnostic; obsessive-compulsive disorder; obsessive-compulsive spectrum.

Resumen: Este estudio examina si la propensión a experimentar intrusiones mentales no deseadas (IM) con contenidos obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios es un factor común de vulnerabilidad para esos trastornos. Un total de 149 estudiantes universitarios completaron el Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES), que evalúa la frecuencia y el malestar con que se experimentan los cuatro contenidos de IM, junto con autoinformes de síntomas. El 26.17% había experimentado las cuatro IM en los tres meses previos. Las puntuaciones de cada IM correlacionaron con su autoinforme específico de síntomas y predijeron las puntuaciones en ellos. El 61.53% de quienes tuvieron las cuatro IM, presentó riesgo de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Estas personas, comparadas con quienes también habían experimentado las cuatro IM pero tenían bajo riesgo de TOC, informaron de más consecuencias negativas cuando tenían una IM, independientemente de su contenido. Las IM podrían ser factores transdiagnósticos y de vulnerabilidad comunes a trastornos mentales distintos.

Palabras clave: intrusiones mentales; transdiagnóstico; trastorno obsesivo-compulsivo; espectro obsesivo-compulsivo.

Recibido: 12 de febrero de 2021; aceptado: 04 de febrero de 2022.

Correspondencia: Belén Pascual-Vera, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/ Juan del Rosal nº10, 28040, Madrid, España. Correo-e: bpascual@psi.uned.es

Introducción

Las intrusiones mentales no deseadas (IM) consisten en pensamientos, imágenes, sensaciones y/o impulsos recurrentes, que son inaceptables o indeseados, interrumpen la actividad que se está llevando a cabo, se atribuyen a un origen interno, y son difíciles de controlar (Rachman, 1981). Estos productos mentales versan sobre diferentes contenidos, y generalmente provocan reacciones emocionales negativas, interfieren con el funcionamiento cotidiano, se valoran de manera disfuncional, y dan lugar a una amplia variedad de estrategias manifestadas o encubiertas para neutralizar o controlar su recurrencia y el consiguiente malestar que provocan, tanto por su reiterada aparición como por su contenido (Clark y Rhyno, 2005).

Según los modelos cognitivos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), las IM y sus consecuencias (i.e., emociones, interferencia, interpretaciones o valoraciones disfuncionales, y estrategias de neutralización contraproducentes) 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 IM 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, 2003).

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 (American Psychiatric Association, 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 exclusivas del TOC. Por ello se han propuesto como variantes normativas de síntomas clínicos diferentes, tales como las preocupaciones por defectos en la apariencia del trastorno dismórfico corporal (TDC) (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018, 2019; Osman et al., 2004), las imágenes intrusas sobre la enfermedad y la muerte en la ansiedad por la enfermedad o hipocondría (TH) (Arnáez et al., 2017; Muse et al., 2010), los pensamientos, imágenes, e impulsos sobre la figura, la dieta y el ejercicio físico en los trastornos alimentarios (TA), especialmente en la anorexia nerviosa (AN) (Blackburn et al., 2012; Belloch et al., 2016), y las imágenes, recuerdos, y sensaciones desagradables del

trastorno de estrés postraumático, y/o del insomnio persistente, entre otros (Clark y Rhyno, 2005).

Por lo que se refiere a los primeros cuatro trastornos mencionados (TOC, TDC, TH, y TA), diversos autores han propuesto su agrupación conjunta en el espectro o-c, basándose en las similitudes en varias 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 Jacoby, 2015; Steketee, 2012). 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 TAs. Desde esta perspectiva, los modelos explicativos más aceptados para cada uno de esos trastornos postulan que la experimentación de IM en forma de pensamientos, preocupaciones, 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.

A partir de este planteamiento, Belloch et al. (2016) examinaron por primera vez la posibilidad de que las IM y sus consecuencias funcionales pudieran operar como elementos transdiagnósticos en los TA y el TOC. Adoptaron una metodología intra-sujeto con el fin de recabar información fiable para la hipótesis transdiagnóstica, teniendo en cuenta que lo que se busca desde ese planteamiento es identificar procesos y factores fundamentales comunes que subyacen a trastornos clínicamente diferentes (Aldao, 2012; Belloch, 2012; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Sus resultados avalaron la hipótesis planteada, ya que las personas vulnerables a los TA y al TOC experimentaron un número mayor de IM con contenidos de ambos trastornos que las personas sin riesgo a estos trastornos.

Con este mismo planteamiento, Pascual-Vera et al. (2017, 2019) y Pascual-Vera y Belloch (2018a, 2018b) examinaron el carácter transdiagnóstico de cuatro contenidos de IM (TOC, TDC, hipocondría, y TA), adoptando también una perspectiva intra-sujeto. Los resultados evidenciaron asociaciones significativas en la frecuencia con la que se experimentaron los cuatro contenidos de intrusiones. Además, cuando un determinado contenido

se había experimentado de forma perturbadora, sucedía lo mismo con los otros tres. Pero también se evidenciaron similitudes y diferencias en la fenomenología funcional de estas cuatro intrusiones. Por ejemplo, todas las IM se valoraron de forma similar, en términos de la egodistonia que provocaban y las interpretaciones disfuncionales que las personas hacían de ellas. Además, todas promovieron la «necesidad de hacer algo» para controlarlas y/o neutralizarlas. En suma, los datos indicaban que existía una relación funcional entre experimentar una IM y una serie de síntomas característicos (Belloch et al., 2015; Purdon et al., 2011). En cuanto a las diferencias, se observaron en la frecuencia con que se experimentaron las intrusiones (la mayor se observó en las alimentarias), en el impacto emocional que generaban (mayor para las hipocondríacas), y en la interferencia en el funcionamiento diario (mayor para las obsesivas).

En conjunto, los estudios mencionados apoyan el valor transdiagnóstico de las IM y sus consecuencias funcionales para los cuatro trastornos. No obstante, el potencial papel etiopatogénico de las IM para todos ellos en conjunto está por dilucidar, así como el hipotético rol del TOC como trastorno nuclear organizador. El propósito principal de este trabajo ha sido analizar si la propensión a experimentar IM con los cuatro contenidos ya mencionados, constituye un factor de vulnerabilidad común para cuatro trastornos clínicamente diferentes (i.e., el TOC, el TDC, el TH y los TA). Es decir, si en esos trastornos las IM tienen un rol etiopatogénico análogo.

Para poner a prueba ese objetivo, nos planteamos dos hipótesis. La primera, que la tendencia a experimentar intrusiones de cuatro contenidos diferentes (obsesivos, dismórficos, hipocondríacos, y alimentarios), se relaciona con indicadores clínicos de los cuatro trastornos en los que esas intrusiones están presentes: TOC, TDC, TH y TAs, respectivamente. Puesto que partimos de la hipótesis del valor transdiagnóstico de las IM, esperamos encontrar asociaciones significativas entre la frecuencia y la molestia de los 4 contenidos específicos de IM y las medidas de síntomas de los cuatro trastornos mencionados, pero esperamos que el tamaño de las asociaciones sea mayor entre los contenidos específicos de IM y sus respectivas medidas de síntomas (p.ej., IM obsesivas y Obsessive-Compulsive Inventory-Revised), que con medidas de síntomas diferentes (p.ej., IM obsesivas e Índice Whiteley de hipocondría). Además, puesto que, como ya se ha dicho, las IM son la variante normativa de los síntomas clínicos característicos de los cuatro trastornos, esperamos que la frecuencia y molestia de las diferentes IM puedan predecir los síntomas de TOC, TDC, TH y TAs. La segunda hipótesis guarda relación con la expresada por expertos como G. Steketee (2012) de que

el TOC es el trastorno central de otros, entre los que se encuentran el TDC, el TH, y los TA. Y, puesto que está ampliamente documentado el rol etiológico de las IM en el TOC, planteamos que las personas con propensión clínicamente significativa al TOC experimentarán más consecuencias negativas cuando tienen IM con contenidos dismórficos, alimentarios e hipocondríacos (además de los obsesivos) que quienes no son vulnerables a padecer un TOC.

Método

Participantes

Muestra 1

La muestra total estuvo compuesta por 149 estudiantes universitarios ($M_{\text{edad}} = 27.95$; $DT = 11.74$ años; rango: 18 a 65 años; 69% mujeres). De ellos, 94 (63%) cursaban sus estudios en modalidad presencial, y el resto lo hacía a distancia (modalidad no presencial) ($\chi^2 = 10.208$, $p = .001$). La mayoría eran mujeres ($\chi^2 = 21.805$, $p = .001$), estaban solteras ($\chi^2 = 226.541$, $p < .001$) y tenían un nivel socio-económico medio ($\chi^2 = 177.455$, $p = .001$). Los estudiantes que cursaban a distancia eran mayores que los alumnos de la modalidad presencial ($M = 39.07$, $DT = 13.01$ años vs. $M = 21.45$, $DT = 2.29$ años; $t = -9.956$, $p = .0001$, $d = 1.886$), pero no se observaron diferencias significativas en el resto de variables. Dados estos resultados, se decidió controlar el efecto de la edad en los análisis.

Muestra 2

Para poner a prueba la segunda hipótesis se seleccionaron aquellos participantes que habían experimentado los cuatro contenidos de IM con una frecuencia y molestia ≥ 1 en los últimos tres meses. Esta decisión se basó en la necesidad de minimizar al máximo posible el sesgo de memoria involucrado en los estudios retrospectivos. Esta submuestra, extraída de la muestra 1, estaba compuesta por 39 personas ($M_{\text{edad}} = 26.8$, $DT = 11.21$ años; 75% mujeres), que representa un 26.17% del total inicial de participantes. Esta muestra se dividió a su vez en dos grupos en función de las puntuaciones en el Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R; Foa et al., 2002), tomando como punto de corte una puntuación total de 14, que es el establecido en muestras análogas a la del presente estudio para considerar presencia versus ausencia de riesgo a padecer TOC (Belloch et al., 2013). Según este punto de corte, el grupo de riesgo o vulnerable al TOC (R-TOC) incluyó 24 (61.53%) participantes y el

grupo sin riesgo (NoR-TOC) estuvo compuesto por 15 (38.46%) personas. No hubo diferencias entre los dos grupos en las variables demográficas estudiadas: edad (NoR-TOC: $M = 28.47$, $DT = 12.79$ años vs. R-TOC: $M = 26.04$, $DT = 10.45$ años; $t_{2,37} = 0.61$), género (61% mujeres), nivel socio-económico ($\chi^2 = 2.886$, $p = .409$), y estado civil ($\chi^2 = 3.735$, $p = .292$). Tampoco se observaron diferencias entre los participantes de ambos grupos en las puntuaciones de los cuestionarios de síntomas (ver descripción en el apartado siguiente): Cuestionario del TDC ($M_{R-TOC} = 2.33$, $DT = 1.74$ vs. $M_{NoR-TOC} = 1.90$, $DT = 1.04$; $t_{2,37} = -0.81$); Índice Whiteley ($M_{R-TOC} = 4.79$, $DT = 3.02$ vs. $M_{NoR-TOC} = 2.93$, $DT = 2.89$; $t_{2,37} = -1.90$); Cuestionario de las actitudes hacia la comida (EAT-26) ($M_{R-TOC} = 12.00$, $DT = 15.40$ vs. $M_{NoR-TOC} = 12.00$, $DT = 15.6$; $t_{2,37} = 0$).

Instrumentos

Hoja de datos socio-demográficos. Los datos requeridos fueron los siguientes: edad, género, años de educación, estado civil y nivel socioeconómico. También se incluyeron dos preguntas adicionales sobre el estado de salud mental (i.e., diagnósticos y tratamientos) en el año precedente.

Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES; Pascual-Vera et al., 2017, 2018b, 2019) es un cuestionario de auto-informe, que evalúa la frecuencia y molestia de cuatro grupos de intrusiones mentales no deseadas (obsesivas, dismórficas, hipocondríacas y relacionadas con los trastornos alimentarios), y las relaciones funcionales (emociones, valoraciones y estrategias de control) de cada conjunto de intrusiones. El INPIDES incluye una definición detallada de las IM y las diferentes modalidades en que pueden experimentarse (i.e. imágenes, pensamientos / dudas, impulsos, o sensaciones físicas). Después de la descripción inicial, se presentan los cuatro grupos de IM: obsesivas (IM-TOC) (13 ítems), dismórficas (IM-TDC) (10 ítems), hipocondríacas (IM-TH) (11 ítems), y alimentarias (IM-TA) (9 ítems). Los encuestados evalúan cada IM en términos de su frecuencia de aparición (de 0 = nunca, a 6 = siempre) y de la molestia que generan (de 0 = no es nada molesta, a 4 = es extremadamente molesta). En este estudio, el alfa de Cronbach de los cuatro contenidos de IM fue satisfactorio: IM-TOC: frecuencia $\alpha = .83$; molestia $\alpha = .83$; IM-TDC: frecuencia $\alpha = .90$; molestia $\alpha = .89$; IM-TH: frecuencia $\alpha = .88$; molestia $\alpha = .89$; IM-TA: frecuencia $\alpha = .87$; molestia $\alpha = .89$.

Una vez se ha respondido a cada grupo de IM se presenta la segunda parte del cuestionario, que es igual para cada grupo/contenido de IM. En esta parte el encuestado

tiene que escoger, del listado inmediatamente anterior, la IM más molesta de las experimentadas en los últimos tres meses con una frecuencia ≥ 1 . A continuación se le pide que responda a una serie de preguntas (abiertas/cerradas) que hacen referencia a las características fenomenológicas y funcionales de la ocurrencia de la IM más molesta que ha escogido. El participante indica la modalidad / modalidades en que ha experimentado la intrusión, distinguiendo entre pensamiento/duda, imagen, impulso, sensación física, con la posibilidad de marcar varias modalidades de presentación. Posteriormente, se le pide que describa con sus propias palabras esta intrusión, con el fin de favorecer el efecto de primado. Después, indica cuándo fue la última vez que tuvo esta intrusión en la escala Likert de frecuencia previamente mencionada y posteriormente, mediante dos preguntas abiertas se le solicita que describa los posibles estímulos/situaciones vinculados con la ocurrencia de la intrusión (¿qué estabas haciendo cuando tuviste esta intrusión?, ¿ocurrió algo antes de que la tuvieras?). A continuación se pide valorar las consecuencias asociadas a la IM escogida a través de 14 ítems (de 0 = nunca / no / nada, a 4 = siempre / frecuentemente): malestar emocional (ansiedad, tristeza), interferencia, egodistonia, las valoraciones disfuncionales que se atribuyen a la IM (importancia del pensamiento, importancia del control del pensamiento, y fusión pensamiento-acción) y las estrategias de control y / o neutralización que la persona emplea para manejar la IM: no hacer nada, supresión del pensamiento, comportamientos (manifiestos y encubiertos), auto-castigo, búsqueda de información y re-aseguración, distracción positiva, y evitación. El listado de intrusiones de cada contenido y las consecuencias funcionales fueron seleccionadas a partir de cuestionarios de auto-informe previamente validados, que evalúan intrusiones relacionadas con el TOC (García-Soriano et al., 2011), con el TDC (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018, 2019), con la enfermedad y la muerte o hipocondríacas (TH) (Arnáez et al., 2017), y con los TA (Belloch et al., 2016). El cuestionario está disponible en Español e Inglés para su libre utilización previa solicitud a las autoras.

Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa et al., 2002; versión española de Belloch et al., 2013). Es un cuestionario de autoinforme que evalúa el malestar asociado a los síntomas obsesivos compulsivos. Está compuesto por 18 ítems valorados en una escala Likert de 5 puntos (0 «nada» a 4 «muchísimo»). Consta de 6 escalas de síntomas obsesivo compulsivos (Limpieza, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización) y una puntuación total (0-72 puntos). En

este estudio la consistencia interna para la puntuación total fue satisfactoria: $\alpha = .86$.

Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ; Phillips et al., 1995; versión española de Giraldo-O'Meara, 2017). El BDDQ puede ser completado como auto-informe o entrevista clínica. En este estudio se administró como autoinforme para valorar la presencia de síntomas dismórficos y su diferenciación con trastornos alimentarios, tomando como referencia los criterios del DSM-IV. Incluye 12 ítems, formulados como preguntas, con distintos formatos de respuesta (sí/no, de desarrollo y de opción múltiple), los cuales evalúan insatisfacción corporal, malestar, interferencia en las distintas áreas de funcionamiento, consecuencias de la evitación, y cantidad de tiempo empleado pensando en las preocupaciones. Para establecer un diagnóstico de TDC las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.

Índice Whiteley (Whiteley Index, WI; Pilowsky et al., 1984; versión en español de Avia, 1993). Consta de 14 ítems incluidos en tres factores que evalúa la gravedad de las actitudes hipocondríacas (preocupación corporal, miedo a la enfermedad y convicción de enfermedad) y que se responden mediante una escala dicotómica (Sí/No). La consistencia interna en el presente estudio ha sido aceptable ($\alpha = .75$).

Cuestionario de las actitudes hacia la comida (Eating Attitudes Test, EAT-26; Garner et al., 1982; versión española de Castro et al., 1991). Consta de 26 ítems que evalúan actitudes y comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios, principalmente con la AN, aunque también con la bulimia nerviosa, y es útil como medida de cribado de aquellas personas con elevado riesgo de padecer un TA por presentar una especial preocupación por los alimentos, su aspecto corporal y, en cierta medida, son susceptibles a la presión social para controlar su peso. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert que va desde «nunca» hasta «siempre». Este instrumento, además de la puntuación total, que indica la gravedad de los síntomas, consta de las escalas *dieta*, *bulimia y preocupación por el alimento*, y *control oral*. La consistencia interna de la puntuación total obtenida en este estudio ha sido satisfactoria ($\alpha = .92$).

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados entre los asistentes a las clases que las autoras imparten en sus respectivas Universidades, así como por medio de anuncios en la

página web del grupo de investigación, solicitando participación voluntaria en un estudio sobre valores y creencias sobre pensamientos desagradables. En el caso de los estudiantes de la universidad presencial, se invitó a los posibles participantes a contactar con las autoras para una entrevista. En esta entrevista se les informaba del propósito general y del procedimiento de evaluación y se solicitaba su consentimiento explícito para participar. Una vez firmado el consentimiento informado, se programaba una sesión de evaluación donde se proporcionaba el protocolo de evaluación que contenía los instrumentos mencionados. Las sesiones se realizaron en grupos de 25-35 personas en presencia de una de las autoras (B.P-V). Los participantes que informaron haber tenido problemas de salud mental en los últimos 6 meses, estar en tratamiento psicológico o farmacológico, o no tener entre 18 y 65 años de edad, no fueron incluidos en los análisis de datos ($n = 7$). Los participantes no recibieron ninguna compensación por su colaboración. El estudio recibió la aprobación del Comité Ético de la Universidad.

Análisis estadísticos

El nivel de significación estadística se fijó en .05 (dos colas) para todos los análisis. Se calcularon correlaciones bi-variadas (Pearson) entre la frecuencia y molestia de los cuatro contenidos de IM, evaluados con el Inventario de Pensamientos Intrusos Desagradables (INPIDES), y las puntuaciones totales en los auto-informes de síntomas de TOC (OCI-R), TDC (BDDQ), hipocondría (WI) y TA (EAT-26). Los coeficientes de correlación se compararon mediante la transformación en z de Fisher (una cola). Se realizaron cuatro análisis de regresión múltiple (método: pasos sucesivos) para examinar posibles predictores de las puntuaciones en los cuestionarios clínicos. En cada uno de ellos, la VD fue la puntuación total en cada uno de los cuestionarios y las VI fueron las puntuaciones en frecuencia y molestia de los cuatro contenidos de IM. Se llevaron a cabo pruebas t de comparación de medias (grupos independientes) para examinar las relaciones funcionales asociadas a las cuatro IM en participantes con/sin vulnerabilidad al TOC. Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa IMB SPSS Statistics (versión 22).

Resultados

Hipótesis 1. Asociaciones entre la frecuencia y molestia de los cuatro contenidos de IM y las medidas clínicas de TOC, TDC, TH y TA.

Tabla 1. Correlaciones entre la frecuencia y molestia de cuatro contenidos de intrusiones mentales y cuestionarios de síntomas ($N = 149$)

Cuestionarios de síntomas		<i>Intrusiones obsesivas</i>		<i>Intrusiones dismórficas</i>		<i>Intrusiones hipocondríacas</i>		<i>Intrusiones alimentarias</i>	
		Frecuencia	Molestia	Frecuencia	Molestia	Frecuencia	Molestia	Frecuencia	Molestia
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
Índice Whiteley	<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

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; OCI-R: Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado; BDDQ: Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal; EAT-26: Cuestionario de actitudes hacia la comida-26.

Para poner a prueba esta hipótesis se utilizó la muestra 1 ($n=149$). Los resultados se exponen en la Tabla 1¹. Cada uno de los cuatro contenidos de intrusiones correlacionó significativamente con su correspondiente indicador de síntomas, tanto en la frecuencia de aparición de las IM como en la molestia. Las correlaciones más elevadas, tanto en frecuencia como en molestia, se observaron entre las IM alimentarias y su correspondiente indicador de síntomas, el EAT-26. Por el contrario, las más bajas fueron las que se produjeron entre la frecuencia de las IM obsesivas y el OCI-R, y entre la molestia de las IM dismórficas y el BDDQ.

Las puntuaciones totales en los cuestionarios que evalúan síntomas obsesivos, dismórficos, y alimentarios (OCI-R, BDDQ y EAT-26) correlacionaron significativamente con la frecuencia de los cuatro contenidos de IM. Los mayores coeficientes se observaron entre la frecuencia de las IM-alimentarias y el BDDQ y la frecuencia de IM-dismórficas y el EAT-26. Sin embargo, la medida de hipocondría (WI) se asoció únicamente con la frecuencia de las IM-obsesivas, pero no con las IM-dismórficas ni con las IM-alimentarias.

Como se observa en la Tabla 1, las intrusiones obsesivas mantuvieron relaciones entre moderadas y altas con todos los indicadores de síntomas, mientras que en el resto de intrusiones las asociaciones con sus propios indicadores de síntomas fueron las más importantes. Para constatar en qué medida esta observación era significativa estadísticamente, se comparó el tamaño de las asociaciones entre los contenidos de las intrusiones y sus correspondientes medidas de síntomas (ej., IM-TOC y OCI-R) con el de las asociaciones entre intrusiones y

medidas no específicas (ej., IM-TOC vs. BDDQ). Los resultados mostraron que el tamaño de la correlación entre las IM-TOC y el OCI-R fue igual que el de las asociaciones entre esas intrusiones y el resto de medidas de síntomas (i.e., BDDQ, WI, EAT-26). Por lo que se refiere a las intrusiones dismórficas, la asociación entre ellas y el BDDQ fue estadísticamente mayor que el tamaño de las correlaciones con el OCI-R ($z = 2.04$, $p = .02$) y el WI ($z = 2.53$ $p = .005$). Sin embargo, el tamaño de la asociación entre las intrusiones dismórficas y el BDDQ fue el mismo que entre esas intrusiones y la medida específica de los TA, el EAT-26 ($z = 1.02$ $p = .15$). Respecto a las intrusiones hipocondríacas, su asociación con el WI fue mayor que la observada con el OCI-R ($z = 3.31$, $p = .0005$), pero no hubo diferencias significativas con el resto de coeficientes. Por último, la asociación entre las intrusiones alimentarias y el EAT-26 fue significativamente mayor que las correlaciones observadas entre esas intrusiones y el resto de cuestionarios (todas las z , $p \leq .05$).

Por lo que se refiere a la capacidad predictiva de las IM sobre los síntomas de TOC, TDC, TH y TA, en la Tabla 2 se muestran los resultados. Como puede observarse, la frecuencia de las intrusiones obsesivas fue la única variable que predijo la puntuación total en el OCI-R con un 13.9% de la varianza total explicada. La puntuación en el cuestionario del TDC se explicaba sobre todo por la frecuencia de las intrusiones alimentarias (un 35% de la varianza total), y en segundo lugar por la frecuencia de las intrusiones obsesivas (un 8.8% de varianza). Sin embargo, ni la frecuencia ni la molestia de las intrusiones dismórficas entraron como predictores en la ecuación. Por lo que se refiere a la puntuación en hipocondría, fue explicada por la frecuencia y molestia de las intrusiones hipocondríacas (con un 32% y un 3.5%,

¹ El n de cada par de correlaciones varía en función del número de participantes que presentaban IM en ambos pares de medidas.

respectivamente), pero también por la molestia asociada a las intrusiones dismórficas que explicaron hasta un 4.5% de la puntuación en el WI. Por último, el único

predictor de la puntuación en el EAT-26 fue el malestar asociado a las intrusiones alimentarias, que explicaba un 65.5% de la varianza.

Tabla 2. Ecuación final de regresión de las puntuaciones en los cuestionarios de síntomas y las frecuencias y molestias de cada contenido de intrusiones mentales (IM) ($N = 114$)

Variable dependiente	Variables independientes	ΔR^2	t	p
OCI-R	Frecuencia de intrusiones obsesivas	.139	3.566	.001
BDDQ	Frecuencia de intrusiones alimentarias	.351	4.466	.001
	Frecuencia de intrusiones obsesivas	.088	2.497	.017
Índice Whiteley	Frecuencia de intrusiones hipocondríacas	.320	3.514	.001
	Molestia de intrusiones hipocondríacas	.035	2.732	.008
	Molestia de intrusiones dismórficas	.045	-2.414	.018
EAT-26	Molestia de intrusiones alimentarias	.655	10.401	.001

Nota. OCI-R: Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado; BDDQ: Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal; EAT-26: Cuestionario de actitudes hacia la comida.

Hipótesis 2. Diferencias en las relaciones funcionales asociadas a los cuatro contenidos de IM en participantes con y sin vulnerabilidad al TOC.

Para este objetivo se contó con la muestra 2 ($n = 39$). Los resultados se presentan en la Tabla 3. Como era de esperar, en las personas vulnerables al TOC, compara-

das con las no vulnerables, las intrusiones con contenidos obsesivos tuvieron un mayor impacto emocional, fueron valoradas como más egodistónicas y de forma más disfuncional. Además, utilizaron más estrategias de distracción para controlar las intrusiones que el grupo sin riesgo.

Tabla 3. Diferencias en las consecuencias funcionales asociadas a los cuatro contenidos de intrusiones mentales en participantes con y sin riesgo al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Consecuencias	Riesgo-TOC ($n = 24$)	No Riesgo-TOC ($n = 15$)	t (37)	d
<i>Intrusiones obsesivas</i>				
Impacto emocional	2.04 (1.00)	1.10 (0.78)	-3.074**	1.04
Egodistonia	1.50 (1.64)	0.26 (0.59)	-3.347**	1.00
Valoraciones disfuncionales	1.87 (0.76)	1.08 (0.62)	-3.337**	1.13
Distracción	1.45 (1.35)	0.60 (1.05)	-2.091*	0.70
<i>Intrusiones dismórficas</i>				
Egodistonia	1.65 (1.46)	0.73 (0.96)	-2.335*	0.74
Valoraciones disfuncionales	1.94 (1.21)	1.19 (0.81)	-2.291*	0.72
Distracción	1.66 (1.52)	0.53 (0.91)	-2.902**	0.90
Evitación	1.62 (1.40)	0.53 (1.06)	-2.576**	0.87
<i>Intrusiones hipocondríacas</i>				
Impacto emocional	2.91 (1.10)	1.96 (1.20)	-2.490*	0.82
Distracción	2.04 (1.45)	0.92 (1.14)	-2.447*	0.85
<i>Intrusiones alimentarias</i>				
Evitación	1.87 (1.56)	0.57 (0.75)	-3.44**	1.06

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. Los datos se expresan como M (DT). Solo se incluyen los datos en los que hubo diferencias significativas entre los dos grupos establecidos.

Ese mismo patrón se reprodujo cuando se analizaron los otros contenidos de intrusiones mentales, ya que se

observaron diferencias significativas en las consecuencias funcionales atribuidas a cada contenido intruso en-

tre los dos grupos. Así, las personas con riesgo de TOC, comparadas con las personas sin riesgo, experimentaron las intrusiones dismórficas como más disfuncionales y egodistónicas y esas intrusiones promovieron una mayor utilización de estrategias de distracción y evitación. Del mismo modo, en el grupo de riesgo las intrusiones hipocondríacas generaron mayor malestar emocional y promovieron más estrategias de distracción para controlarlas, que en el grupo sin riesgo. En relación con las intrusiones alimentarias, la única diferencia significativa fue que las personas del grupo de riesgo para TOC utilizaron más estrategias de evitación ante esas intrusiones que el grupo sin riesgo.

Discusión

Las propuestas de agrupación del espectro O-C se asientan en las características compartidas entre el TOC y un conjunto de trastornos relacionados con este, como el TDC, la hipocondría y los TA. Centrándonos en las similitudes fenomenológicas entre estos trastornos, las intrusiones mentales podrían ser dimensiones etiopatogénicas compartidas entre ellos, pese a que sus respectivas expresiones clínicas sean claramente diferentes. Estudios previos apoyan el valor transdiagnóstico de las IM y sus consecuencias funcionales para los cuatro trastornos mencionados. Sin embargo, este es el primer trabajo, que sepamos, que examina específicamente si la tendencia a experimentar intrusiones mentales de cuatro contenidos distintos (obsesivos, dismórficos, hipocondríacos, y alimentarios), constituye un factor de vulnerabilidad para estos trastornos. Para ello, se plantearon dos objetivos, formulados como hipótesis. El primero planteaba que la tendencia a experimentar intrusiones de contenidos obsesivos, dismórficos, hipocondríacos, y alimentarios se relacionaba con indicadores clínicos de TOC, TDC, TH y TA, y en consecuencia, que la frecuencia y molestia generada por intrusiones mentales con tales contenidos podrían explicar la sintomatología de cada trastorno, evaluada mediante instrumentos de auto-informe específicos.

Como era de esperar, las intrusiones con contenidos que versaban sobre temores relevantes o específicos de cada trastorno (p.ej., IM obsesivas) se relacionaron con su correspondiente indicador clínico (p.ej., OCI-R), tanto en la frecuencia de aparición como en la molestia. Pero también se observó que la frecuencia de todas las intrusiones, independientemente de su contenido, se relacionaba con indicadores no específicos de cada trastorno (p.ej., IM obsesivas e Índice Whiteley), lo que supone un apoyo a nuestra hipótesis sobre el valor transdiagnóstico de las IM. Este apoyo se refuerza con el dato que

indica que la correlación entre las intrusiones obsesivas y el OCI-R es similar al tamaño de las asociaciones entre esas intrusiones y las medidas de síntomas «no TOC», es decir, el BDDQ, WI, y EAT-26. No obstante, el tamaño de las asociaciones entre el resto de intrusiones (dismórficas, hipocondríacas y alimentarias) y sus respectivos auto-informes de síntomas fueron significativamente mayores que las observadas entre estas intrusiones y los cuestionarios no específicos de las mismas. Tomados en conjunto, estos resultados podrían estar respaldando el papel organizador de las IM obsesivas, como elemento principal del TOC en la configuración de este espectro de trastornos, pero también el posible rol que desempeñan los contenidos o temores específicos en la propensión a determinados trastornos.

Los análisis de regresión mostraron que todas las intrusiones mentales fueron predictoras de las puntuaciones obtenidas en los indicadores clínicos (cuestionarios). Este resultado avalaría la idea de que la presencia y molestia de un fenómeno mental de carácter recurrente, indeseado y desagradable, como son las intrusiones mentales, explica parte de la sintomatología de estos trastornos, y por tanto resulta plausible su implicación en la génesis y mantenimiento de los mismos. Sin embargo, nuestros hallazgos también revelaron diferencias en la predicción de los síntomas en función de los diferentes contenidos de las intrusiones mentales. Por ejemplo, en el caso del TOC y los TA, los únicos contenidos de intrusiones que explicaron las puntuaciones en los indicadores clínicos de estos trastornos fueron sus intrusiones específicas (i.e. obsesivas y alimentarias respectivamente). Estos resultados son coherentes con estudios que señalan que pacientes con TA, al contrario de lo que sucede con las personas con TOC, tienden a poner en marcha estrategias de control disfuncionales sólo cuando las intrusiones alimentarias se experimentan de forma muy molesta (Belloch et al., 2016; García-Soriano et al., 2014).

En el caso del TDC y el TH, los análisis de regresión mostraron que las puntuaciones en los instrumentos se explicaron por varios conjuntos de IM. Con relación al TDC, las intrusiones que predijeron la sintomatología fueron las de tipo obsesivo y alimentario, lo cual podría reflejar tanto las similitudes clínicas entre el TDC y el TOC (Osman et al., 2004; Phillips et al., 2010) como la estrecha relación del TDC con los TA, tal y como se revela en los estudios que indican altas tasas de comorbilidad entre ambos trastornos (Kollei et al., 2013). Es posible que la importante asociación observada entre los dos trastornos se deba a las dificultades para el diagnóstico del TDC, un trastorno que se ha calificado de «silencioso» y con elevada tendencia a ocultarse (Fang y Wil-

helm, 2015; Giraldo-O'Meara y Belloch, 2018 2019). De hecho, en la práctica clínica resulta difícil en no pocas ocasiones diferenciar un síntoma de TA con uno de TDC (p.ej., tapar u ocultar partes del cuerpo que se consideran defectuosas por «gordas», evitar ciertos alimentos «por si aumentan mi barriga»). Ambos trastornos comparten distorsiones de la imagen corporal, lo que indica la existencia de otros factores comunes entre ambos, distintos a las IM. Por otro lado, el dato de que las IM dismórficas no predijeran las puntuaciones en su correspondiente cuestionario de síntomas, el BDDQ, puede deberse al hecho de que este instrumento está concebido como de cribado y diagnóstico, más que de síntomas propiamente dicho.

Respecto al TH, las intrusiones que predijeron los síntomas fueron tanto las hipocondríacas como las dismórficas. Estos resultados podrían estar reflejando las similitudes entre la hipocondría y el TDC, hasta el punto de que hasta no hace mucho se encontraban en la misma categoría diagnóstica de los manuales de clasificación psiquiátrica, los trastornos somatoformes (en el DSM-IV-TR) o somatomorfos (en la CIE-10). La alusión a sensaciones físicas en los ítems que describen ambos tipos de intrusiones en el INPIDES, podrían explicar parte de los resultados obtenidos. Por otro lado, la inclusión tanto de la hipocondría como del TDC en el espectro O-C en la próxima edición de la CIE (Kogan et al., 2016; Stein et al., 2016), refuerza la idea de que existen similitudes entre ambos trastornos que es, en definitiva, lo que indican nuestros resultados.

En conjunto los resultados respaldan el papel de las intrusiones mentales como factores de vulnerabilidad para los trastornos estudiados, a la vez que sugieren el rol que desempeña la especificidad de los diversos contenidos de las IM para explicar la propensión específica a determinados trastornos. Además subrayan que, pese a que presentan diferentes manifestaciones sintomáticas, comparten comunidades a considerar de cara a la evaluación y tratamiento de los mismos.

Nuestra segunda hipótesis planteaba que la propensión o vulnerabilidad a padecer un TOC se asociaba a más consecuencias negativas cuando se experimentaran IM, independientemente de cuál fuera su contenido. Esta hipótesis se fundamentaba en las propuestas que consideran el TOC como el trastorno central organizador del espectro obsesivo-compulsivo. Los resultados apoyan la hipótesis en términos generales. Las personas vulnerables al TOC respondieron ante la presencia de las cuatro intrusiones de forma diferente a como lo hicieron los participantes sin riesgo. Por ejemplo, los primeros valoraron las intrusiones obsesivas y dismórficas de forma más egodistónica y disfuncional, y además emplearon

más estrategias de evitación para controlarlas, que las personas sin riesgo. Asimismo, las intrusiones obsesivas y las hipocondríacas provocaron mayor malestar emocional y, de nuevo, más estrategias, en este caso de distracción, en los participantes con riesgo. Sin embargo, por lo que se refiere a las IM alimentarias, el grupo de riesgo únicamente utilizó más estrategias de evitación de la intrusión, pero no hubo diferencias en otras variables con el grupo sin riesgo. El hecho de que se trate de personas jóvenes y en su mayoría mujeres, podría estar influyendo en estos resultados. Es decir, una IM alimentaria desagradable y molesta, que según otros estudios experimenta el 100% de la población femenina joven (Belloch et al., 2016), provoca interferencia, malestar emocional, y es interpretada disfuncionalmente por todas las personas, independientemente de su potencial vulnerabilidad al TOC. Ahora bien, el hecho de que sólo las personas vulnerables al TOC utilicen la evitación, una estrategia de neutralización altamente contraproducente y disfuncional, puede ser entendida como un salto cualitativo importante entre la normalidad y la psicopatología obsesiva.

Por otro lado, los resultados ofrecen apoyo a los modelos cognitivos actuales de los trastornos objeto de este estudio en gran parte de las dimensiones evaluadas (i.e., el impacto emocional, la egodistonia, las interpretaciones disfuncionales y ciertas estrategias de control contraproducentes, como la evitación). Además, las similitudes evidenciadas entre los cuatro tipos de intrusiones y sus consecuencias funcionales son consistentes con los estudios que señalan el carácter transdiagnóstico de estos fenómenos (Pascual-Vera et al., 2017, 2019; Pascual-Vera y Belloch, 2018a, 2018b), a la vez que sugieren el papel organizador del TOC como trastorno central.

Conviene mencionar varias limitaciones de este trabajo. Por un lado se trata de un estudio retrospectivo, con lo que la influencia de los sesgos de memoria sobre las respuestas puede ser un problema. Intentamos disminuir este riesgo estableciendo un periodo temporal limitado, de 3 meses, que es el habitual en los cuestionarios que evalúan IM. Además, para facilitar el acceso a las IM que las personas escogían como más molestas, y por tanto, facilitar su primacía, se pedía que la escribieran de nuevo con sus propias palabras y que se recordara el contexto de aparición. En relación con las limitaciones de la segunda hipótesis, si bien el empleo de muestras análogas para el estudio de dimensiones de síntomas psicopatológicos es adecuado, es necesario contar con un tamaño muestral mayor para establecer grupos de participantes de riesgo y no riesgo para el TOC. Además, estos resultados deben ser reproducidos en población clínica, lo que permitiría establecer puntos

de corte en las diferentes puntuaciones del INPIDES para establecer diferencias entre la normalidad y la psicopatología. Por último, dada la universalidad de las IM, sería de interés explorar las posibles diferencias transculturales tanto en su frecuencia de aparición como en la molestia que generan, teniendo en cuenta sus diversos contenidos.

En conclusión, los datos obtenidos de este trabajo apoyan la idea de que las intrusiones mentales son factores de vulnerabilidad en trastornos relacionados con el TOC, como el TDC, el TH y los TA, y que, por lo tanto, permiten explicar parte de la sintomatología de los mismos. Además, los contenidos específicos sobre los que versan las diferentes intrusiones parecen tener un rol relevante en la propensión a trastornos como los aquí mencionados. Asimismo, nuestros resultados avalan el carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales, y sugieren considerarlas como dimensiones de síntomas relevantes para la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales clínicamente diferentes.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

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. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 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.
- Avia, M.D. (1993). *Hipocondría. (Hypochondriasis)*. Martínez Roca.
- 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*, 17, 261-277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.006>
- 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://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.05.001>
- 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. <https://doi.org/10.1002/erv.2458>
- 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. <https://doi.org/10.5127/jep.018711>
- Castro, J., Toro, J., Salameiro, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-189.
- 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). Guilford Press.
- Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187-212. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849>
- 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. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- 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. <https://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://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Giraldo-O'Meara, M. (2017). *Universalidad y dimensionalidad de los pensamientos intrusos relacionados con el aspecto físico y su relación con la habilidad metacognitiva. (Universality and dimensionality of appearance-related defects intrusive thoughts and their relationships with the metacognitive ability)* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia (España)]. Roderic. <http://hdl.handle.net/10550/58521>
- 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>

- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2019). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment*, 35, 423-435. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000406>
- 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. <https://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. <https://doi.org/10.1002/eat.22067>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00099-2)
- 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. <https://doi.org/10.1080/09658210444000043>
- 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 expression and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 85-96. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.005>
- Pascual-Vera, B., y 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(2), 135-147. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20738>
- 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. <https://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. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.199>
- 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://doi.org/10.1016/0163-8343\(84\)90070-7](https://doi.org/10.1016/0163-8343(84)90070-7)
- Phillips, K.A., Atala, K.D., & Pope, H.G. (1995). *Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder*. [Ponencia de reunión científica]. 148th meeting of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Association.
- 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. <https://doi.org/10.1002/da.20709>
- 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://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.001>
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(81\)90007-2](https://doi.org/10.1016/0146-6402(81)90007-2)
- Steketee, G. (Ed.). (2012). *The Oxford Handbook of Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195376210.001.0001>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10>