

El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos

Belén Pascual-Vera y Amparo Belloch

Universidad de Valencia, Valencia, España

The transdiagnostic nature of mental intrusions: A review and data-based proposal

Abstract. The objective of a transdiagnostic perspective in psychopathology is to better understand the commonalities among clinically different mental disorders on the basis of a set of shared etiopathogenic dimensions and processes. Unwanted intrusive cognitions (UI) and their functional consequences had been proposed as symptom dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Body Dysmorphic Disorder (BDD), Hypochondriasis (HYP) and Eating Disorders (EDs). In this article, we review the empirical data about the putative transdiagnostic nature of UI and their functional consequences in the four mentioned disorders. Firstly, the results about the universality and dimensionality of UI with contents of each disorder are reviewed. Secondly, data about UI as common symptom dimensions in OCD and EDs are presented. Finally, we offer information about our current research about the hypothetical transdiagnostic nature of UI with obsessional, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders contents.

Keywords: Mental intrusions; transdiagnostic; obsessive-compulsive disorder; body dysmorphic disorder; hypochondriasis; eating disorders.

Resumen. El propósito de adoptar un enfoque transdiagnóstico en psicopatología es comprender las comunalidades entre trastornos mentales clínicamente diferentes sobre la base de un rango de dimensiones y procesos etiopatogénicos compartidos. Las intrusiones mentales no deseadas (IM) y sus consecuencias funcionales se han propuesto como dimensiones de síntomas en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la Hipocondría (HIP) y los Trastornos Alimentarios (TA). Este artículo resume y actualiza los datos disponibles sobre el potencial valor transdiagnóstico de las intrusiones mentales y sus consecuencias funcionales en los cuatro trastornos mencionados. Se presentan, primero, los resultados sobre la universalidad y dimensionalidad de IM con contenidos característicos de cada trastorno; segundo, los datos sobre las IM como dimensiones de síntomas comunes en el TOC y los TA; por último, se aporta información sobre una investigación propia cuyo objetivo es poner a prueba la hipótesis del carácter transdiagnóstico de IM obsesivas, dismórficas, hipocondríacas y alimentarias.

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

Introducción

Frente a la caracterización categorial de los trastornos mentales en los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, que

establecen características únicas y específicas *de y para* cada trastorno, surge a principios de este siglo el denominado enfoque transdiagnóstico de la psicopatología (Sandín, 2012). Su objetivo es identificar los procesos disfuncionales nucleares que subyacen a trastornos mentales que, aun siendo diferentes en su manifestación clínica, mantienen tasas de comorbilidad más elevadas de lo que cabría esperar por azar, se ajustan bien a modelos explicativos similares, y responden a tratamientos a menudo idénticos. Un supuesto adicional de este enfoque es el de que los trastornos mentales, tal y como se contemplan en los sistemas actuales de diagnóstico psiquiátrico

Recibido: 23 de diciembre de 2017; aceptado: 22 de mayo de 2018
Correspondencia: Amparo Belloch, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez 21. 46010-Valencia. España. Correo-e: amparo.belloch@uv.es
Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias al Proyecto financiado por el MINECO (PSI2013-44733-R), al que está adscrita como Becaria de FPI la primera autora.

(i.e., CIE y DSM), son las versiones disfuncionales de procesos y experiencias mentales y del comportamiento que se producen y se manifiestan en personas sin trastornos mentales, es decir, que fluctúan a través de dimensiones continuas, sin puntos claros de corte entre la normalidad y la psicopatología (Cannon y Keller, 2006; Insel et al., 2010; Regier, Narrow, Kuhl, y Kupfer, 2009).

Este nuevo enfoque transdiagnóstico de la psicopatología, pero también del diagnóstico y la psicoterapia (p.ej., Grill, Castañeiras, y Fasciglione, 2017; García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales, y Sandín, 2016), tiene como objetivo avanzar en la comprensión de las complejas redes que existen entre trastornos clínicamente distintos, así como las transiciones de unos a otros que, en muchos casos, se producen en un mismo paciente. Se pretende con ello solventar algunas de las limitaciones derivadas de los sistemas categoriales, tales como la dificultad para establecer diagnósticos precisos, las altas tasas de comorbilidad (tanto intra-como entre-categorías), la «mutación» de un trastorno en otro, las dificultades para establecer etiopatogenias específicas y diferenciadas, y como consecuencia de todo ello, los problemas para establecer el curso de los distintos trastornos y las pautas más eficaces para su tratamiento. El cumplimiento de estos objetivos deberá por tanto optimizar los recursos y procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Barlow et al., 2011; Belloch, 2012; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011).

El listado de posibles variables transdiagnósticas que se vienen proponiendo desde principios de siglo es bastante amplio (para una revisión de algunos de los más importantes, véase el número especial dedicado a este tema en la *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (2012, vol. 17, nº 3). Las intrusiones mentales desagradables y no deseadas (en adelante, IM) se encuentran entre las posibles variables transdiagnósticas de la psicopatología que nuestro grupo viene proponiendo (p.ej., Belloch, 2012). Si bien se ha constatado la relevancia de las IM como análogos y/o pre-síntomas clínicos en el trastorno obsesivo-compulsivo, también se ha mencionado que su aparición y relevancia van más allá de este trastorno. De hecho, se han propuesto como variantes normativas de síntomas clínicos como las preocupaciones por defectos en el aspecto físico del trastorno dismórfico corporal (TDC) (Giraldo-O'Meara y Belloch, 2017a,b; Osman, Cooper, Hackmann, y Veale, 2004), las imágenes intrusas sobre la enfermedad y la muerte en la ansiedad por la enfermedad o hipocondría (Arnáez, García-Soriano, y Belloch, 2017; Muse, McManus, Hackmann, Williams, y Williams, 2010; Wells y Hackmann, 1993), o los pensamientos, imágenes, e impulsos sobre

la figura, la dieta y el ejercicio físico en los trastornos alimentarios (TA), especialmente en la anorexia nerviosa (Berry, Andrade, y May, 2007; Blackburn, Thompson, y May, 2012; Perpiñá, Roncero, Belloch, y Sánchez-Reales, 2011).

Aunque los cuatro trastornos mencionados (TOC, TDC, Hipocondría, y TA) tienen manifestaciones sintomáticas diferentes, comparten similitudes fenomenológicas y funcionales, según los modelos explicativos más aceptados para cada uno de ellos, además de variables clínicas relevantes, tales como edad de inicio, curso, y respuesta al tratamiento (Abramowitz y Braddock, 2006; Bartz y Hollander, 2006; Deacon y Abramowitz, 2008; Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016). Desde nuestra perspectiva, entre las semejanzas que recogen los modelos etiológicos explicativos se encuentran la experimentación involuntaria de ideas, impulsos, sensaciones, o imágenes, a menudo repetitivas, inoportunas, y casi siempre desagradables, que tienen consecuencias aun si cabe más desagradables: generan malestar, interfieren con el funcionamiento cotidiano, se valoran de un modo sesgado y disfuncional, y a menudo dan lugar a comportamientos y/o estrategias cuya finalidad es minimizar y/o afrontar el malestar y la interferencia que provocan. En suma, se producen relaciones funcionales entre un producto mental del que la persona es consciente, las IM, y el estado emocional, la calidad de vida, y los comportamientos que suscitan. Desde esta perspectiva, tanto las IM como sus consecuencias funcionales (i.e., malestar, egodistonia, interferencia, valoraciones sesgadas, comportamientos y estrategias de neutralización y control), podrían ser un factor común, con valor transdiagnóstico, en los trastornos mencionados (Belloch, 2012; Blom, Hagestein-de Brujin, de Graaf, ten Have y Denys, 2011), además de estar presentes en otros, como el insomnio (p.ej., Harvey y Payne, 2002; Schubert y Coles, 2013), el trastorno de estrés post-traumático (p.ej., Ehlers et al., 2002; Engelhard, van den Hout, Arntz, y McNally, 2002), la ansiedad generalizada, las adicciones, o la depresión (Clark, 2005, 2017).

En este artículo nos proponemos recopilar y analizar la información empírica disponible sobre las IM y sus consecuencias funcionales como variables transdiagnósticas para los cuatro trastornos que venimos mencionando: el TOC, el TDC, los TA, y la Hipocondría (HIP) en su acepción de «ansiedad por la enfermedad» del DSM-5 (APA, 2013). Presentaremos primero los resultados de las investigaciones centradas en cada una de las modalidades de IM, para revisar después los datos disponibles sobre las IM como dimensiones de síntomas comunes en el TOC y los TA. A continuación resumimos la información que surge de nuestra propia investigación más re-

ciente sobre el carácter transdiagnóstico de las IM, a partir del estudio de las similitudes y diferencias, en los mismos individuos, entre IM de los cuatro contenidos: obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios. Parte de esta información ha sido objeto de publicación por las mismas autoras en otros trabajos y más recientemente en Belloch y Pascual-Vera (2018). Por último, presentamos los datos de los que disponemos sobre la posible contribución de variables socio-culturales a las IM.

Intrusiones mentales y trastorno obsesivo-compulsivo

La presencia de obsesiones y los elementos definitorios de las mismas se han descrito desde muy antiguo, pero las controversias acerca su importancia como elemento organizador de trastornos mentales diferentes siguen vigentes, como se refleja en el nuevo DSM-5 con la configuración del espectro obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (APA, 2013).

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

La investigación sobre el papel que desempeñan las IM en el TOC es extensa y tiene sus raíces en los trabajos pioneros de Rachman y de Silva (1978). Estos autores

fueron los primeros en mostrar que las personas sin diagnóstico clínico de trastorno mental experimentaban IM con contenidos análogos a las ideas obsesivas de personas con TOC (en adelante, IM-obsesivas). Además, demostraron que la forma de aparición (súbita, no deseada, y con tendencia a recurrir) era asimismo similar a la de las obsesiones clínicas. La universalidad de las IM-obsesivas ha sido contrastada en muchos trabajos que muestran que entre el 80% y el 99% de la población general, de diferentes contextos y culturas, informan haber experimentado frecuentemente IM en forma de pensamientos, imágenes, o impulsos (p.ej., Clark et al., 2014; Moulding et al., 2014; Radomsky et al., 2014). Se ha demostrado, además, que las diferencias entre las IM-obsesivas «normales» y las IM-obsesivas «clínicas» son fundamentalmente de grado, en el sentido de que las segundas son más frecuentes, molestas y persistentes, además de más incontrolables e inaceptables o egodistónicas (García-Soriano, Belloch, Morillo, y Clark, 2011; Morillo, Belloch, y García-Soriano, 2007). Además, las estrategias que se ponen en marcha para hacer frente a las obsesiones se juzgan como poco exitosas en el caso de las obsesiones, a diferencia de lo que sucede con las IM obsesivas que experimentan las personas sin TOC (Calamari y Janeck, 1998; García-Soriano y Belloch, 2013; Janeck y Calamari, 1999; Rachman y de Silva, 1978).

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

La investigación sobre las IM-obsesivas muestra que, aunque se experimentan por la gran mayoría de la población tanto sin trastornos mentales como con trastornos

muy prevalentes (i.e., ansiedad, depresión), los pacientes con TOC las tienen con una frecuencia mucho mayor, las valoran de manera muy disfuncional, y ponen en marcha muchas e infructuosas estrategias para controlarlas y deshacerse de ellas (García-Soriano y Belloch, 2013; García-Soriano, Carrió, y Belloch, 2016). De hecho, son estas consecuencias de las IM y en especial, las estrategias para neutralizarlas y/o controlarlas, las que marcan una «línea roja» entre la normalidad (i.e., experimentar IM) y la psicopatología (i.e., que las IM se conviertan en obsesiones clínicas) (Belloch, Carrió, Cabedo, y García-Soriano, 2015).

Intrusiones mentales relacionadas con el aspecto físico.

Los primeros en poner de manifiesto la presencia de imágenes intrusas de contenidos relacionados con defectos en la apariencia física en pacientes con TDC fueron Osman, Cooper, Hackmann, y Veale (2004). Observaron que todos los participantes (18 personas con TDC, 18 controles no clínicos) describieron haber experimentado esas intrusiones con una frecuencia análoga. Pero los pacientes experimentaban imágenes desagradables sobre su apariencia y posibles defectos sin que mediara estímulo desencadenante alguno, las interpretaban de un modo más negativo y disfuncional, y su recurrencia era claramente mayor. Sus resultados fueron reproducidos posteriormente en población general: el 84% de los participantes en el estudio (N=65) afirmó haber experimentado imágenes intrusas con contenidos análogos a los referidos por pacientes con TDC (Onden-Lim y Grisham, 2014).

Giraldo-O'Meara y Belloch (2017a,b) han examinado de forma sistemática si estos fenómenos, que en la literatura se han operacionalizado como «preocupación dismórfica», tenían características fenomenológicas análogas a las obsesiones, en términos de intrusividad, recurrencia, e indeseabilidad, entre otras. Para ello desarrollaron el *Inventario de Pensamientos Intrusos sobre la Apariencia Física* (INPIAF), que evaluaba específicamente la frecuencia de estos pensamientos, imágenes, impulsos y/o sensaciones intrusas no deseadas sobre defectos en la apariencia física (en adelante, IM-dismórficas), así como las consecuencias funcionales asociadas a estos. Acorde con los estudios de Onden-Lim y Grisham (2014) el 90 % de los participantes no clínicos de una muestra amplia de la comunidad (583 personas), indicó haber experimentado al menos una IM-dismórfica en los tres meses precedentes. Las más frecuentes estaban relacionadas con «la necesidad de hacer algo para ocultar/disimular el defecto». El número de IM-dismórficas ex-

perimentadas fue alto (promedio de 12 sobre 27), aunque la frecuencia fue relativamente baja («varias veces al año»). Sin embargo, la frecuencia de la intrusión seleccionada como más molesta y, por tanto, la más cercana al significado clínico, se asoció con un impacto emocional elevado, gran interferencia en la vida cotidiana, valoraciones disfuncionales sobre su contenido, y estrategias de neutralización disfuncionales sobre la necesidad de controlar la intrusión, especialmente en contextos sociales.

La dimensionalidad de las IM-dismórficas desde la normalidad hasta la psicopatología fue asimismo examinada. Un grupo amplio de 443 personas sin riesgo de presentar un TDC fueron comparadas con un grupo de 77 participantes que cumplía criterios para un diagnóstico subclínico de TDC según el *Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal* (Phillips, Atala, y Pope, 1995). Los resultados mostraron que los participantes con diagnóstico subclínico de TDC experimentaron más IM-dismórficas (en torno a 21 intrusiones frente a las 11 del grupo sin riesgo), y con mayor frecuencia que las personas no vulnerables («1 o 2 veces al mes», frente a «varias veces al año»). Además, sus puntuaciones en las consecuencias funcionales asociadas con la IM más molesta fueron superiores a las del grupo sin riesgo, es decir, experimentaron más emociones negativas, valoraron de forma más disfuncional la intrusión, y pusieron en marcha más estrategias disfuncionales de control para atenuar el malestar y/o controlar la intrusión. En un estudio posterior, comparando pacientes con TDC, subclínicos y personas sin riesgo, se confirmaron estos resultados (Giraldo O'Meara y Belloch, 2018).

Hasta donde sabemos, los estudios de Giraldo O'Meara y Belloch (2017a,b; 2018) son los únicos publicados hasta la fecha que demuestran no solo la dimensionalidad y universalidad de las IM-dismórficas, sino además su similitud con las IM-obsesivas en términos de las conexiones funcionales que se establecen entre el mero hecho de experimentar una IM no deseada y la alteración del estado emocional de la persona, así como la necesidad de buscarle una explicación o interpretación y motivar un comportamiento o acción determinadas.

Intrusiones mentales relacionadas con la salud y la enfermedad

Wells y Hackmann (1993) fueron los primeros en describir la presencia de imágenes intrusas relacionadas con la enfermedad y la muerte en pacientes con ansiedad por la enfermedad o hipocondría. Años después Muse et al. (2010) evidenciaron que el 78% de un total de 55 pacientes con hipocondría experimentaron imágenes in-

trusivas con una frecuencia media elevada (de 3 a 4 veces al día) sobre contenidos tales como padecer una enfermedad grave o mortal (34.5%), morir a causa de una enfermedad (22.4%) y /o el impacto de la propia muerte, entre otros (36.2%). Todos ellos refirieron que estas imágenes eran recurrentes, puesto que experimentaban la misma imagen repetidamente.

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

Intrusiones mentales relacionadas con la figura, el peso, la dieta y el ejercicio

El estudio de las IM relacionadas con la figura, la dieta y el ejercicio físico, típicamente vinculadas con el espectro de los trastornos alimentarios (en adelante,

IM-alimentarias), ha recibido mayor investigación que las IM dismórficas e hipocondríacas. De hecho, se ha demostrado que del mismo modo que las IM-obsesivas constituyen la variante normativa de las obsesiones clínicas, las IM-alimentarias forman parte del continuo normalidad-patología en los Trastornos Alimentarios (p. ej., Perpiñá et al., 2011).

El modelo cognitivo de los TA plantea que los pensamientos disfuncionales con respecto al tamaño corporal, la figura, el peso, o lo que se debe comer para conseguir controlar el cuerpo, constituyen no sólo la causa de los síntomas manifiestos de los TA, sino que además contribuyen a su mantenimiento o perpetuación (Jones, Harris, y Leung, 2005). Desde esta perspectiva, puede hipotetizarse que los comportamientos disfuncionales relacionados con un patrón alimentario anómalo se deben, al menos en parte, a la intrusión repetida y persistente de pensamientos sobre la propia apariencia y el peso, que generan malestar e incertidumbre, son valorados de forma negativa, y que acaban provocando comportamientos tales como verificar el propio peso, hacer ejercicio, purgarse, o restringir la ingesta, entre otros. Así pues, emociones y comportamientos tan dispares como el miedo a ganar peso, el impulso a hacer dieta y/o ejercicio físico, o la necesidad de comprobar o verificar el peso, los impulsos de atracarse, o los de purgarse, tienen un carácter intruso y comportan rituales que interfieren y perjudican gravemente la calidad de vida de las personas. Además, a diferencia de lo que sucede con las IM-obsesivas, el estudio de los contenidos de IM que se producen en los TA brinda la oportunidad de trabajar con «contenidos» que son normativos y socialmente deseables y aceptados (Rabito-Alcón y Rodríguez-Molina, 2016).

No obstante lo anterior, las investigaciones publicadas sobre estos aspectos son todavía escasas. Perpiñá, Roncero, y Belloch (2008) publicaron el primer estudio, que sepamos, sobre las IM alimentarias en población general. El objetivo era, ante todo, constatar que, como se había hipotetizado, este tipo de contenidos intrusos se producían efectivamente en la población general, paso previo para su estudio en población clínica, pues de ser así se estaría poniendo a prueba la idea de la dimensionalidad entre lo normal y lo psicopatológico. Sus resultados mostraron que, como se había supuesto, todas las personas (N= 358) que completaron el instrumento de autoevaluación elaborado por las autoras (*Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios, INPIAS*) refirieron haber experimentado más de una de estas intrusiones durante los últimos tres meses. Además, las personas que obtuvieron puntuaciones elevadas en la Escala de Restricción (*Restraint Scale*, Herman y Polivy, 1980) y, por

tanto, podían considerarse como personas en situación de riesgo a padecer un TA (15% de la muestra), tuvieron un número significativamente mayor de IM alimentarias, y las experimentaron con mayor frecuencia, que las personas sin riesgo a TA. El grupo de riesgo también difirió significativamente del grupo sin riesgo en la egodistonia de las IM, la interferencia que provocaban, la disfuncionalidad de las valoraciones que hacían de sus IM, y las estrategias de control y neutralización que empleaban.

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

Uno de los resultados paradójicos de los estudios mencionados fue el grado de egodistonia que provoca-

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

Intrusiones mentales obsesivas y alimentarias: relaciones y diferencias

La posible asociación entre el TOC y los TA ha sido objeto de un buen número de investigaciones, de los que una gran mayoría se ha focalizado en el análisis de características clínicas compartidas (p. ej., síntomas ansioso-depresivos), así como de dimensiones comunes (p. ej., perfeccionismo), o bien en la comorbilidad entre ambos trastornos (p.ej., Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, y Masters, 2004; Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer, y Schnyder, 2002; Speranza et al., 2001). Sin embargo, son escasos los trabajos que han analizado las relaciones entre ambos trastornos tomando como punto de referencia las IM (Belloch, Roncero, y Perpiñá, 2016; Freid, 2007; García-Soriano, Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2014; Lavender, Shubert, de Silva, y Treasure, 2006; Roncero, Perpiñá, y Belloch, 2010).

Un primer aspecto que tienen en común el TOC y los TA es la universalidad de los dos contenidos de IM asociados a ellos, como muestran los estudios realizados tanto en población general como en personas con diagnósti-

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

En cuanto a las valoraciones que hacían de sus IM, en los pacientes TOC primaron las creencias de responsabilidad excesiva, importancia de controlar los propios pensamientos, y sobrevaloración del peligro asociada con los pensamientos (obsesiones), mientras que los pacientes con TA asignaron un mayor significado personal a sus intrusiones de lo que lo hicieron los pacientes con TOC. Ambos grupos evaluaron sus IM como importantes y puntuaron de forma análoga en las dos dimensiones de creencias tipo fusión pensamiento-acción (moral y probabilidad) y en las creencias sobre intolerancia a la incertidumbre. En cuanto a las estrategias empleadas para controlar las IM más molestas, los dos grupos de pacientes emplearon estrategias activas de distracción y de control del pensamiento. Una diferencia importante entre los dos grupos fue que las personas con TA llevaron a cabo comportamientos compensatorios que son muy poco habituales en el TOC, tales como hacer «lo que dice la IM» (por ej., hacer ejercicio, dieta, vomitar...). Este hecho apoya lo que comentamos antes: las IM alimentarias no son siempre egodistónicas para las pacientes con TA, o al menos no son valoradas como extrañas a ellas mismas. En algunos casos de TOC, por ej., pacientes con síntomas de contaminación/lavado/limpieza, la persona se ve de algún modo obligada a «hacer caso» a la intrusión (suciedad-asco-lavado), pero ello no suele ser experimentado como egosintónico, sino más bien como inevitable o imposible de no-hacer.

En un trabajo posterior, las mismas autoras (Belloch et al., 2016) se propusieron investigar de manera más directa la naturaleza transdiagnóstica de las IM, es decir, la búsqueda de factores etiológicos compartidos entre estos dos trastornos sintomatológicamente diferentes.

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

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

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

Partiendo de la información obtenida en estudios previos como los que venimos comentando hasta aquí, y

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

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

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

ron diferencias de género cuando se examinaron las IM con relevancia clínica, lo que sugiere que las diferencias de género se diluyen cuando nos encontramos con IM cercanas a la psicopatología.

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

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

Expresión de las IM en función del contexto socio-cultural

Un corolario de la afirmación que los modelos cognitivos hacen sobre la universalidad de las IM, es decir, sobre el hecho de que todas las personas las experimen-

tan, es el de que son fenómenos cognitivos independientes de la cultura y/o el contexto social. Este supuesto no ha sido puesto a prueba, que sepamos, salvo en el caso de las IM-obsesivas (p.ej., Moulding et al., 2014; Rado-msky et al., 2014). Las autoras de este trabajo, como integrantes del Research Consortium on Intrusive Fears (grupo de expertos sobre el TOC integrado por investigadores de 10 países) propusieron investigar este aspecto. Para ello, el cuestionario INPIDES, al que nos hemos referido en el anterior apartado, se tradujo a 6 idiomas (hebreo, inglés, italiano, persa, portugués y turco), con el fin de analizar la prevalencia de las cuatro modalidades de IM en cada uno de los países involucrados en el estudio. En el mismo, que se encuentra en fase de análisis de resultados, han participado finalmente 1.473 personas de 10 ciudades ubicadas en 7 países y 3 continentes: Europa (Florenia y Padua en Italia; Algarve en Portugal; Valencia, Teruel y Madrid, en España), América del Sur (Argentina, en Buenos Aires), y Asia Occidental (Tel Aviv, en Israel; Ankara, en Turquía; Teherán, en Irán).

Las IM más frecuentes en todos los países, fueron las dudas sobre haber hecho o dicho algo (entre las IM-obsesivas), las relacionadas con el darse cuenta de un defecto físico al mirarse en un espejo (entre las IM-dismórficas), las de tener un síntoma físico cuando se escucha, se lee, etc., algo sobre una enfermedad (entre las IM-hipocondriacas), y las relativas a la necesidad de ponerse a dieta o hacer ejercicio cuando se está comiendo (entre las IM-alimentarias). Además, más de la mitad de las personas entrevistadas (un 64,2% como promedio) informaron haber experimentado intrusiones mentales desagradables de los cuatro tipos en los últimos 3 meses.

En cuanto a la posible influencia de variables socio-culturales sobre la frecuencia con la que se experimentan los cuatro contenidos de IM y la molestia que ocasionan, los resultados analizados hasta el momento indican que, aunque con muy pequeñas variaciones, la frecuencia de estas IM es similar en todos los países y ciudades, y lo mismo sucede con la molestia que provocan: por ejemplo, las más frecuentes son las alimentarias, y las menos habituales las hipocondriacas. Argentinos, españoles, israelíes, e italianos informaron de unas tasas de recurrencia similares de las IM obsesivas y dismórficas, mientras que los iraníes dijeron experimentar los 4 contenidos con la misma frecuencia.

La molestia que provocaron las IM fue prácticamente la misma, independientemente de su contenido, en los argentinos, italianos, iraníes, e israelíes, pero a los españoles les provocaron mucha más molestia las hipocondriacas que las dismórficas o las alimentarias, y algo si-

milar les ocurría a los portugueses. Por su parte, a los participantes turcos les molestaron mucho menos las IM alimentarias que las demás.

Tomados en conjunto, estos resultados, aunque preliminares, sugieren que las IM, independientemente de su contenido, son verdaderamente experiencias mentales universales que siempre molestan cuando se experimentan y cuya recurrencia no está sujeta a variables transculturales. Desde un punto de vista clínico, y con todas las precauciones que requiere extrapolar datos desde una población no-clínica a otra con problemas de salud mental, los datos sugieren que los trastornos a los que, hipotéticamente, dan lugar las IM estudiadas, tienen una entidad clínica propia independiente de la influencia o el peso de valores culturales. El elevado porcentaje de personas que refiere experimentar con cierta frecuencia los 4 contenidos de IM estudiadas apoya su valor transdiagnóstico y, con ello, la necesidad de revisar la utilidad de los criterios diagnósticos basados en categorías excluyentes que son los que, al fin y al cabo, proponen los sistemas psiquiátricos de diagnóstico actuales.

A modo de conclusión

El punto de partida de este trabajo ha sido analizar las similitudes fenomenológicas y funcionales del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), en relación con el TDC, la Hipocondría, y los TA. Partiendo de la premisa de que el TOC sería el trastorno organizador principal, tal como apuntan los defensores de un espectro obsesivo-compulsivo, nos hemos centrado en el examen de las intrusiones mentales y sus consecuencias funcionales, ya que constituyen la variante normativa de los síntomas nucleares del TOC e, hipotéticamente, son variables dimensionales implicadas en la génesis y/o el mantenimiento de otros trastornos. El objetivo de este trabajo ha sido pues examinar los datos disponibles sobre la hipótesis del valor transdiagnóstico de intrusiones mentales con contenidos obsesivos, dismórficos, hipocondríacos y alimentarios, así como de sus respectivas consecuencias funcionales.

Una conclusión evidente de los datos que aportan los estudios que se han comentado, es el respaldo que proporcionan a nuestra hipótesis de partida: las IM y sus consecuencias funcionales tienen valor transdiagnóstico y su toma en consideración puede ayudarnos a comprender las complejas relaciones de comorbilidad que, en el contexto clínico real, se producen entre trastornos muy diferentes entre sí. La dimensionalidad de los síntomas, en el sentido de que las diferencias entre normalidad y psicopatología parecen ser más de grado que cualitativas, es otra de las conclusiones que se pueden extraer de

lo revisado aquí. Adoptar un enfoque transdiagnóstico supone un cambio de paradigma en el estudio de la psicopatología y la psicología clínica, y con ello en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Como planteaba Sandín (2012), esta perspectiva permite comprender los trastornos mentales sobre la base de un rango de dimensiones y procesos etiopatogénicos causales y/o mantenedores en una agrupación o familia de trastornos mentales.

El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales se revela tanto en su caracterización como dimensiones en un continuo de normalidad-patología, como por estar relacionadas etiológicamente (ya en su génesis, ya en su mantenimiento, o en ambos) en el conjunto de trastornos en los que se ha examinado, en este caso, por su relevancia clínica en el TOC, TDC, Hipocondría y TA. Es importante resaltar la alta tasa de prevalencia con la que fueron experimentados conjuntamente los cuatro contenidos de IM, y las relaciones que se mantuvieron entre los diferentes contenidos de intrusiones, independientemente del contexto socio-cultural. Estos datos indican que la propensión a experimentar IM de los contenidos mencionados es un factor de vulnerabilidad para la génesis y/o mantenimiento de estos trastornos. En consecuencia, su detección temprana puede ser importante en la prevención de esos trastornos, que como sabemos comparten edades de inicio y curso similares.

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

Sin embargo, también se ha mostrado aquí que existen diferencias en función de los contenidos de las intrusiones: por ejemplo, las IM alimentarias son fenómenos más generalizados que las IM hipocondríacas, las cuales a su vez se asocian a un mayor malestar emocional, mientras que las obsesivas interfieren más que las demás. En cierta medida, estas diferencias avalan la *hipótesis de la especificidad de contenidos*, según la cual «cada uno de los trastornos psicológicos tiene un perfil cognitivo diferente, que se pone de manifiesto en el contenido y la orientación de las cogniciones negativas y en los sesgos de procesamiento asociados con cada trastorno» (Clark, Beck, y Alford, 1999, p.127). En nuestra opinión, las diferencias observadas entre los cuatro contenidos de IM analizados no descartan su carácter transdiagnóstico a favor de la hipótesis de la especificidad de contenidos, sino que, más bien, sugieren que ambos enfoques ofrecen información complementaria. Desde la perspectiva de una psicopatología que busque establecer la etiopatogenia de los trastornos mentales, es importante y necesario conocer tanto las dimensiones o procesos que pueden ser comunes a una agrupación de trastornos, como el papel que juegan en el resultado final los contenidos específicos de cada uno de ellos (Belloch y Pascual-vera, 2018). Es muy posible que factores diferentes a los aquí comentados, tales como experiencias tempranas, estilos de apego, patrones de aprendizaje, estilos de crianza, características temperamentales, o normas, creencias y valores sociales, influyan de manera determinante en los contenidos de los miedos nucleares de cada persona y, por lo tanto, en los sesgos que se producen a la hora de analizar la información circundante y ponerla en relación con la almacenada en la memoria y experiencias de cada cual. Pero ello no invalida, sino que complementa y ayuda a entender mejor tanto la «anatomía» como la «fisiología» de aquellos procesos mentales que son comunes a los trastornos mentales en los que las emociones juegan un papel fundamental. Concebimos las IM como un proceso mental complejo, que tiene sus propias reglas funcionales que es necesario conocer para poder intervenir de manera eficaz cuando su aparición pone en riesgo a las personas.

En suma, incorporar la investigación transdiagnóstica a la psicopatología facilita la comprensión dimensional de los trastornos mentales y contribuye a mejorar tanto los diagnósticos como, seguramente, los tratamientos. Las IM y sus respectivas consecuencias funcionales son candidatas firmes para este análisis en el TOC, el TDC, la Hipocondría, y los TA. El desarrollo de instrumentos de evaluación transdiagnósticos, como el que hemos propuesto en este trabajo, el INPIDES, permite evaluar dimensiones de síntomas comunes entre trastor-

nos diferentes, y con ello, diseñar tratamientos basados en dimensiones y procesos psicopatológicos comunes subyacentes.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Abramowitz, J.S., & Braddock, A.E. (2006). Hypochondriasis: Conceptualization, treatment, and relationship to obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 503-519. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.008>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Arnáez, S., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2017). Hypochondriasis and illness intrusions: Development and validation of an assessment instrument. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 165-186.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, Ch.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York, Oxford University Press
- Bartz, J.A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 338-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.003>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencias, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Belloch, A., Carrió, C., Cabedo, E., & García-Soriano, G. (2015). Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 180-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.006>
- Belloch, A., Morillo, C., & Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.007>
- Belloch, A., y Pascual-Vera, B. (2018). Transdiagnóstico de las obsesiones y las compulsiones: una propuesta. *Revista de Psicoterapia*, 29, 53-72.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder-related intrusive thoughts: Differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*, 24, 446-454. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2458>
- Berry, L.-M., Andrade, J., & May, J. (2007). Hunger-related intrusive thoughts reflect increased accessibility of food items. *Cognition & Emotion*, 21, 865-878. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930600826408>
- Blackburn, J.F., Thompson, A.R., & May, J. (2012). Feeling good about being hungry: Food-related thoughts in eating disorders. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 243-257. <http://dx.doi.org/10.5127/jep.018711>
- Blom, R. M., Hagestein-de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M., & Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, 28, 870-875. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20853>
- Calamari, J. E. & Janeck, A. S. (1998). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Appraisal differences. *Depression and Anxiety*, 7, 139-140.
- Cannon, T. D., & Keller, M. C. (2006). Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 267-290. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095232>
- Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York, Guilford Press.
- Clark, D.A. (2017). *The Anxious Thoughts Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Ghisi, M. (2014). Part 3 - A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 292-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.006>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D.A., & Rhyno, S. (2015). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals. En: Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp.1-29). New York: Guilford Press,
- Deacon, B., & Abramowitz, J.S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 115-127. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00077-8)
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A., & McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of «intrusion-based reasoning» and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1415-1424. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00018-9)
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Freid, C. M. (2007). *Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: The development of the Obsessive Beliefs about Body Size and Eating Survey (OBBSES)*. Doctoral Dissertation. University of Vanderbilt. Recuperado de: <http://etd.library.vanderbilt.edu/available/etd-07252007-161356/unrestricted/CathrynMFreiddissertation.pdf>

- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 147-175. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811
- García-Soriano, G., & Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 441-448. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.005>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 474-482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Carrió, C., y Belloch, A. (2016). Psicopatología de las compulsiones de lavado en el trastorno obsesivo-compulsivo: no todos los pacientes lavan por los mismos motivos [Psychopathology of washing compulsions in obsessive-compulsive disorder: Not all patients wash for the same reasons]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*, 219-230. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.15901
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis. *European Eating Disorders Review, 22*, 191-199. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2285>
- Giraldo-O'Meara, M., y Belloch, A. (2017). Body dysmorphic disorder: An under-diagnosed problem. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*, 69-84. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17811>
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2017b). The Appearance Intrusions Questionnaire: A self-report questionnaire to assess the universality and intrusiveness of preoccupations about appearance defects. *European Journal of Psychological Assessment. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000406>*
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2018). Escalation from normal appearance related intrusive cognitions to clinical preoccupations in Body Dysmorphic Disorder: A cross-sectional study. *Psychiatry Research, 265*, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.047>
- Grill, S. S., Castañeiras, C., y Fasciglione, M. P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*, 171-181. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18122>
- Harvey, A. G., & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 267-277. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00012-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00012-2)
- Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. En: A.J. Stunkard (Ed.) *Obesity*. Filadelfia, P.A. Saunders.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinsen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*, 748-751. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 497-509.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review, 13*, 237-244. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.642>
- Kaye, W.H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2215-2221. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 331-342. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X53579>
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 284-289. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10013>
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1319-1333. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.005>
- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., ... & García-Soriano, G. (2014). Part 2. They scare because we care: The relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 280-291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.006>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 792-798. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 589-609. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Onden-Lim, M., & Grisham, J.R. (2014). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*, 99-105. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-012-9318-1>
- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory, 12*, 428-436. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000043>
- Pascual-Vera, B., Roncero, M., & Belloch (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema, 29*, 166-171. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2016.199>
- Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 18*, 43-51-. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.001>

- Perpiñá, C., Roncero, M., y Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: Desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS) *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 187-203. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4059>
- Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A., & Sánchez-Reales, S. (2011). Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: Exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*, 109, 108-126. <http://dx.doi.org/10.2466/02.09.13.18.PR0.109.4.108-126>
- Phillips, K.A., Atala, K.D., & 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.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.001>
- 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. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16991>
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99. [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(81\)90007-2](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(81)90007-2)
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Garcia-Soriano, G. (2014). Part 1-You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.002>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2009). The conceptual development of DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 166, 645-650. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020279>
- Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C., & Treasure, J. (2013). Ego-syntonicity and ego-dystonicity of eating-related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 208, 67-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.006>
- Roncero, M., Perpiñá, C., y Belloch, A. (2010). Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios y en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 101-113. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4089>
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 181-184.
- Schubert, J. R., & Coles, M. E. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and characteristics in individuals with delayed sleep phase disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 877-884. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5eb13>
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbau, O., Jeammet, P., & Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviour*, 2, 193-207. [http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00035-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00035-6)
- Wells, A., & Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-273. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465800010511>

