

TRABAJO FIN DE GRADO

PENSAMIENTOS INTRUSOS EN POBLACIÓN NO  
CLÍNICA

Estudio comparativo sobre frecuencia, reacción emocional,  
interferencia, valoraciones y estrategias

*Autor/a:*

Paloma Sánchez Guerrero

*Director/a:*

María Roncero Sanchís

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comparar la frecuencia, reacción emocional, interferencia causada, valoraciones y estrategias puestas en marcha por la población no clínica ante cuatro tipos de pensamientos intrusos (pensamientos intrusos obsesivos, pensamientos intrusos alimentarios, pensamientos intrusos dismórfico-corporales y pensamientos intrusos hipocondríacos) a través del Cuestionario de Pensamientos Intrusos Desagradables (CUPIDES), autoinforme que evalúa estas dimensiones. Se contó con una muestra de 40 participantes de entre 18 y 26 años, sin ningún trastorno mental diagnosticado. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de la población (88,75%) experimenta pensamientos intrusos, al menos ocasionalmente. En cuanto a la comparación de las diferentes dimensiones, se encontró que no existían diferencias en cuanto a la frecuencia de aparición ni las valoraciones de los cuatro pensamientos intrusos, aunque sí hubo diferencias en cuanto a la reacción emocional causada, la interferencia en la vida diaria y las estrategias puestas en marcha. En definitiva, los resultados sugieren que los pensamientos intrusos son un fenómeno transdiagnóstico, con muchas características comunes entre los cuatro subtipos evaluados.

**Palabras clave:** pensamientos intrusos, espectro obsesivo-compulsivo; población no clínica

## ABSTRACT

The aim of this study was to compare the frequency, emotional reaction, interference, assessments and strategies implemented by the non-clinical population to four types of intrusive thoughts (obsessive intrusive thoughts, eating intrusive thoughts, body dysmorphic intrusive thoughts and hypochondriac intrusive thoughts) through the self-report Cuestionario de Pensamientos Intrusos Desagradables (CUPIDES). It took a sample of 40 participants between 18 and 26 years old, with no diagnosed mental disorder. The results show that the majority of the population (88.75%) experienced intrusive thoughts, at least occasionally. As for the comparison of different dimensions, it was found that there were no differences in the frequency of occurrence or the valuations of the four intrusive thoughts, although there were differences in the caused emotional reaction, interference in daily life and strategies implemented. In short, the results suggest that intrusive thoughts are a transdiagnostic phenomenon, with many common characteristics among the four subtypes tested.

**Keywords:** intrusive thoughts; obsessive compulsive spectrum; nonclinical population

# INDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	2
Introducción.....	4
Marco teórico.....	5
1. Pensamientos Intrusos.....	5
1.1. Definición y prevalencia en población general.....	5
1.2. Diferencias con las obsesiones clínicas.....	5
1.3. Modelos Cognitivos del TOC.....	6
2. Espectro Obsesivo Compulsivo (EOC).....	7
3. Comparación de las intrusiones mentales, valoraciones y estrategias en diferentes trastornos del EOC.....	7
3.1. Intrusiones mentales en el trastorno obsesivo-compulsivo.....	7
3.2. Intrusiones mentales en el trastorno dismórfico corporal.....	10
3.3. Intrusiones mentales en trastornos de la alimentación.....	10
3.4. Intrusiones mentales en la hipocondría.....	11
4. Objetivos.....	12
Método.....	12
1. Participantes.....	12
2. Instrumentos.....	13
3. Procedimiento.....	13
Resultados.....	14
Discusión.....	15
Referencias.....	20
Anexos.....	23
1. Cuestionarios.....	24

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la literatura, numerosos estudios se han dedicado a investigar la aparición de diferentes intrusiones cognitivas en la población general, con la intención de extrapolar los resultados a la población clínica, y de entender las causas y mantenedores de los diferentes trastornos, así como diferenciar lo considerado psicopatológico de lo normativo. Los estudios dedicados a este campo proporcionan información valiosa sobre una gran variedad de subtipos específicos de cogniciones involuntarias. Aún así, la gran mayoría se han centrado en el estudio de las obsesiones, el TOC y los pensamientos intrusos obsesivos, relegando a un segundo plano a los otros trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo, aun teniendo características muy similares a este. Actualmente se está investigando sobre los trastornos de la conducta alimentaria con mayor consistencia, en cambio, son muy pocos los estudios que se interesan por las valoraciones, creencias y estrategias de control relacionadas con las intrusiones que aparecen en el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría.

Aunque se ha demostrado la presencia de pensamientos intrusos, así como la interferencia causada en la vida de la persona, las creencias y valoraciones disfuncionales de tales pensamientos y el uso de estrategias de control para reducir la ansiedad causada en los trastornos mencionados, ningún estudio ha tratado de comparar estas dimensiones de los cuatro trastornos en población general. Los estudios, en su mayoría, se han centrado en examinar cada intrusión cognitiva por separado, lo que limita las consideraciones a nivel global de la importancia en la vida diaria de los individuos no clínicos, impidiendo que se conozca realmente la prevalencia de las intrusiones cognitivas, en su conjunto, en la población general. El presente trabajo pretende precisamente eso, comparar en un mismo estudio los diferentes subtipos de intrusiones, su frecuencia de aparición, la reacción emocional y la interferencia que causan, las valoraciones y las estrategias de control empleadas por la población no clínica, con la intención de comprender los elementos psicopatológicos comunes y específicos de los trastornos mencionados. Por lo tanto, se pretende analizar las diferencias entre estos cuatro tipos de pensamientos intrusos: pensamientos intrusos obsesivos, pensamientos intrusos alimentarios, pensamientos intrusos dismórficos corporales y pensamientos intrusos relacionados con la hipocondría.

# MARCO TEÓRICO

## 1. PENSAMIENTOS INTRUSOS

### 1.1. Definición y prevalencia en población general:

Los pensamientos intrusos, también llamados intrusiones mentales o cognitivas, fueron definidos por Rachman en 1981 como “pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, los cuales son indeseados o inaceptables, interrumpen la actividad que se está llevando a cabo, se atribuyen a un origen interno y son difíciles de controlar”. Varios estudios han demostrado que los pensamientos intrusos son universales, es decir, son experimentados por toda la población, tengan un trastorno mental o no (Rachman, 2014). Es más, en la mayor parte de las investigaciones se constata que una gran mayoría de las personas normales (entre el 80% y el 99%) indica haber experimentado, al menos ocasionalmente, pensamientos intrusos desagradables, siendo su forma de aparición y sus contenidos similares a los de las obsesiones clínicas, aunque entre unos y otras existan diferencias de naturaleza cuantitativa: las obsesiones clínicas son más frecuentes y como consecuencia se experimentan con mayor intensidad, siendo percibidas como más difíciles de resistir (Berry y Laskey, 2012; Morillo et al., 2003).

### 1.2. Diferencias con las obsesiones clínicas:

Las obsesiones, presentes en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), también son experimentadas en forma de pensamiento, imagen o impulso (Clark, 2004. En Roncero, 2011), aparecen de manera recurrente e intrusa, irrumpen de forma involuntaria en el flujo de pensamiento consciente y resultan difíciles de controlar (Rachman, 2014). El paciente las reconoce como irracionales y absurdas, le causan mucha molestia y le resultan desagradables e inaceptables (Berry y Laskey, 2012). Las intrusiones mentales “normales” son entendidas como la raíz de las obsesiones, pero la diferencia entre ellas está, según Rachman y de Silva (1978), en que las obsesiones son más frecuentes e incontrolables, son valoradas como más intensas e inaceptables y tienen una cualidad egodistónica que no está presente en la población no clínica. Esto se encuentra también en un estudio más reciente hecho por Rowa y Purdon en 2003, en el que, además, observaron que los pensamientos obsesivos tienen el mismo contenido que los pensamientos intrusos “normales”. Siguiendo en la línea de estos estudios, Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió (2004) expusieron que las obsesiones son más frecuentes, causan más interferencia y malestar, son evaluadas de manera más negativa y se emplean estrategias más disfuncionales para su control.

### **1.3. Modelos Cognitivos del TOC:**

Rachman y de Silva (1978) fueron los primeros en plantear que la población comunitaria experimentaba un tipo de cogniciones con forma y contenido similar a las obsesiones clínicas encontradas en los pacientes con TOC, aunque encontraron diferencias en cuanto a la frecuencia y la angustia causada.

Las actuales teorías cognitivas sobre el TOC otorgan un papel fundamental a los pensamientos intrusos en la patogénesis de este trastorno (Morillo et al., 2003), entendiéndolos como análogos de las obsesiones clínicas y como la base del desarrollo de éstas, aunque estos no solo están presentes en el trastorno obsesivo-compulsivo. Estos enfoques se apoyan en el supuesto de que la mayor parte de la gente experimenta pensamientos, imágenes e impulsos intrusos no deseados de vez en cuando; sosteniendo que las intrusiones no son problemáticas en sí, a menos que sean malinterpretadas y/o se hagan intentos de controlarlas de forma desadaptativa o poco realista (Radomsky et al., 2014). Por tanto, desde esta perspectiva cualquier pensamiento, independientemente de su contenido o contexto, podría llegar a transformarse en una obsesión clínica si se asocia con una valoración patológica y con procesos de neutralización (Salkovskis y Freeston, 2001. En Clark et al., 2014).

A lo largo de la literatura sobre el TOC han ido surgiendo diferentes modelos cognitivos relevantes, los cuales, aunque difieren en cuanto a los aspectos a los que dar más importancia, se basan en varios supuestos comunes (Clark y Purdon, 1993; Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989. En García-Soriano, 2008): a) las obsesiones clínicas tienen su origen en los pensamientos intrusos, que se dan en población no clínica; b) el que un pensamiento intruso se convierta, o no, en una obsesión depende del significado y valoración que la persona otorgue a sus pensamientos, y no en la mera presencia de estos; c) las valoraciones o interpretaciones disfuncionales conducen a que el pensamiento se perciba como algo angustiante y a que se pongan en marcha estrategias para su control; d) las estrategias de control de los pensamientos son vistas como un factor importante de mantenimiento o agravamiento del problema; e) la existencia de ciertas creencias disfuncionales que desencadenan las valoraciones desadaptativas de los pensamientos intrusos y predisponen a padecer TOC.

El Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) propuso seis creencias básicas a estudiar en el origen y mantenimiento del TOC: a) Responsabilidad excesiva b) Importancia pensamientos; c) Sobreestimación de la amenaza; d) Importancia controlar los pensamientos; e) Intolerancia a la incertidumbre; y, f) Perfeccionismo.

## **2. ESPECTRO OBSESIVO COMPULSIVO (EOC)**

Además de en la población general, los pensamientos intrusos están presentes en una gran variedad de trastornos. Los trastornos en los que se evidencian estas intrusiones forman el Espectro Obsesivo Compulsivo (EOC), en el que se incluyen los trastornos que se dan con una alta comorbilidad en el TOC, trastornos que comparten una serie de características clínicas, de curso, demográficas, etiopatogénicas y genéticas, en los que también se pueden encontrar pensamientos intrusos y conductas similares a los rituales del TOC (Menchón, 1997; Pena-Garijo y Ruipérez, 2012). El listado de trastornos que se incluyen en este espectro varía de unos autores a otros pero, en general, hay un acuerdo en los siguientes: trastorno dismórfico corporal, hipocondría, trastornos de tics, trastornos de control de impulsos (en especial los que conllevan autolesiones, como la onicofagia y la tricotilomanía), trastornos de la conducta alimentaria y trastornos impulsivos de la personalidad. (Menchón, 1997; Hollander y Evers, 2004).

La teoría más extendida es la teoría multidimensional del EOC de Hollander (Hollander y Evers, 2004; Pena-Garijo y Ruipérez, 2012), según la cual el espectro obsesivo-compulsivo, además del TOC, está formado por tres grandes grupos de trastornos. Es curioso remarcar que en su categorización de los diferentes trastornos agrupa los trastornos alimentarios, el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría en un mismo grupo “trastornos caracterizados por la presencia de ideación obsesiva y sintomatología compulsiva”, lo que da a entender que estos tres trastornos tienen dimensiones sintomáticas muy parecidas al TOC, por lo que están relacionados entre sí (para saber más sobre esta teoría, ver Hollander y Evers, 2004).

## **3. COMPARACION DE LAS INTRUSIONES MENTALES, VALORACIONES Y ESTRATEGIAS EN DIFERENTES TRASTORNOS DEL EOC**

### **3.1. Intrusiones mentales en el trastorno obsesivo-compulsivo:**

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones, pensamientos intrusos que causan malestar, las cuales el individuo intenta ignorar, suprimir o neutralizar realizando una compulsión (DSM-5, 2014).

Según los modelos de la génesis del TOC, la valoración que el sujeto haga de sus pensamientos intrusos está relacionada con el aumento de la frecuencia de los mismos y esto, a su vez, incrementa la probabilidad de que un pensamiento intruso se convierta en una obsesión clínica (Clark, 1986; Freeston et al., 1991. En Morillo et al., 2003). Si el sujeto valora que es

necesario e importante controlar su pensamiento intruso, es muy probable que desarrolle estrategias para hacerlo, incluyendo comportamientos de supresión y neutralización. Paradójicamente, estas estrategias disfuncionales, aún incrementando la sensación de control en un primer momento, producen un aumento en el estado de ánimo negativo y en la frecuencia de aparición del pensamiento, y por tanto reducen la capacidad de controlarlo (Salkovskis, 1989. En Morillo et al., 2003).

Se ha encontrado apoyo a la relevancia de las creencias propuestas por el OCCWG en el TOC (García-Soriano, 2008), aunque también es cierto que ninguna de estas creencias es específica de este trastorno, sino que se han evidenciado en otros trastornos del EOC.

Al comparar las valoraciones realizadas sobre los pensamientos intrusos más molestos en pacientes TOC y población general, Morillo, Belloch y García-Soriano (2007. En García-Soriano, 2008) observaron que el grupo clínico indicó estar más preocupado porque su obsesión se convirtiera en realidad, experimentándola como más inaceptable o inmoral, dando mayor importancia a su control y sintiéndose más responsables por las posibles consecuencias de la misma.

Las estrategias de control más utilizadas en este trastorno son los rituales compulsivos, la neutralización, la búsqueda de reaseguración y la evitación (García-Soriano, 2008), las cuales también se han encontrado en población no clínica, además de postularse como importantes en la explicación psicopatológica del trastorno (Clark, 2004. En García-Soriano, 2008; Freeston y Ladouceur, 1997). Además de estas estrategias, se ha ampliado la investigación para incluir cualquier respuesta que se realice ante una obsesión y que pueda tener un impacto o influencia sobre la persistencia de la misma. Entre las estrategias más estudiadas, cabe destacar la distracción, la parada de pensamiento, reemplazar el pensamiento por otro, el autocastigo, la autotranquilización, los intentos activos de supresión o la racionalización (García-Soriano, 2008).

Las estrategias de control que emplean las personas con TOC no resultan efectivas para eliminar las obsesiones y, aunque esto es evidente para la mayoría de los pacientes, siguen empleándolas. Los motivos para esta persistencia son varios, aunque los más destacables son (Carr, 1974; Leckman et al., 2000; Rachman y Shafran, 1998; Salkovskis, 1999. En García-Soriano, 2008): reducen la ansiedad a corto plazo; permiten que la persona considere que “las cosas ya están bien, como tienen que estar, o en su sitio”; el obsesivo cree que sus estrategias reducen la probabilidad de que ocurra un suceso indeseado, otorgando a estas un carácter protector de consecuencias catastróficas; disminuyen la responsabilidad percibida y asociada a la prevención del daño hacia uno mismo o hacia los demás; favorecen el mantenimiento de sus



creencias y valoraciones, evitando que obtengan evidencia en contra de estas.

Los trabajos que comparan muestras TOC con población general (Abramowitz et al., 2003; Fehm y Hoyer, 2004; Ladouceur et al., 2000; Belloch et al., 2007. En García-Soriano, 2008) han encontrado que los primeros emplean un amplio rango de estrategias de control, utilizando más a menudo estrategias de control disfuncionales, tales como los rituales compulsivos, la parada de pensamiento y, especialmente, el castigo.

### **3.2. Intrusiones mentales en el trastorno dismórfico corporal:**

Este trastorno se caracteriza por una permanente preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico (que no son observables o no tienen importancia para otras personas), que causa angustia y comportamientos repetitivos como respuesta a tal preocupación. (DSM-5, 2014; Onden-Lim y Grisham, 2012).

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con este trastorno varían en un continuo que va desde una ligera convicción hasta el delirio, pudiendo reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia (Phillips y Mcelroy, 1993. En Raich, 2004). Además, se ha evidenciado que reportan imágenes intrusas relacionadas con la apariencia más negativas y vivas que la población no clínica (Onden-Lim y Grisham, 2012), siendo estas más frecuentes, detalladas y causantes de angustia (Osman et al., 2004. En Onden-Lim y Grisham, 2013). Se debe tener en cuenta que estas alteraciones de la imagen corporal también se dan en individuos sin trastorno.

Los individuos con este trastorno organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal y se involucran en una serie de estrategias destinadas a reducir la ansiedad y otros estados emocionales negativos asociados con juicios sobre su propia apariencia (Onden-Lim y Grisham, 2012), pudiendo existir (Hollander y Anorowitz, 1999. En Raich, 2004): un comportamiento de limpieza y aseo excesivo; una evitación de mirarse al espejo, o hacerlo compulsivamente (comprobando su defecto durante muchas horas al día); una continua solicitud de información tranquilizadora sobre su defecto; comparación con otros individuos; realización de maniobras de camuflaje del defecto; o evitación de las situaciones sociales. Estas conductas tienen a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia, y por tanto, su trastorno.

Gran cantidad de investigaciones sugieren que los esfuerzos que hacen los pacientes con dismorfofobia por suprimir las intrusiones son ineficaces y desadaptativos, ya que los pensamientos no deseados tienen a aumentar, paradójicamente, después de un periodo de supresión (Abramowitz, Tolin y Street, 2001; Wenzlaff y Wegner, 2000. En Onden-Lim y

Grisham, 2012). Además, el aumento de la frecuencia del pensamiento suele ir acompañado de emociones negativas como la frustración y la ansiedad, lo que hace que se incrementen la supresión y otras conductas de evitación (Purdon, 1999; Salkovskis y Campbell, 1994. En Onden-Lim y Grisham, 2012).

### **3.3. Intrusiones mentales en trastornos de la alimentación:**

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por un patrón alimentario alterado (restringir la alimentación, tener un impulso irresistible por comer, etc.), junto a una serie de prácticas encaminadas a “compensar” los efectos de la ingesta (hacer ejercicio excesivo, vomitar, tomar laxantes, etc.) (Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008).

Las intrusiones alimentarias se caracterizan por su naturaleza egosintónica, la cual cree que le acercan a lo que desea (el control sobre la comida y su cuerpo, y la ansiada delgadez) (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Bemis, 1982; Veale, 2002. En Roncero, 2011). Es más, piensan que estos pensamientos negativos les ayudan a incrementar la motivación y les aportan sensación de protección, aunque valoran sus pensamientos como excesivos, causantes de ansiedad, peligrosos e incontrolables, viéndolos como una prueba de que ellas no son “normales” (Woolrich, Cooper y Turner, 2008).

Desde el modelo cognitivo de los trastornos alimentarios se cree que las evaluaciones negativas que la persona asigna a sus pensamientos, como consecuencia de las creencias disfuncionales sobre ellos, llevarán a un incremento de la ansiedad, lo que a su vez aumentará la necesidad de controlar los pensamientos, produciéndose un efecto rebote que mantendrá el trastorno (Clark, 2005; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985. En Roncero, 2011). La valoración que el sujeto haga de sus pensamientos intrusos está relacionada con el aumento de la frecuencia de los mismos y esto, a su vez, incrementa la probabilidad de que un pensamiento intruso se convierta en una obsesión clínica (Clark, 1986; Freeston et al., 1991. En Morillo et al., 2003). Si el sujeto valora que es necesario e importante controlar su pensamiento intruso, es muy probable que desarrolle estrategias para hacerlo, incluyendo comportamientos de supresión y neutralización. Paradójicamente, estas estrategias disfuncionales, aún incrementando la sensación de control en un primer momento, producen un aumento en el estado de ánimo negativo y en la frecuencia de aparición del pensamiento, y por tanto reducen la capacidad de controlarlo (Salkovskis, 1989. En Morillo et al., 2003).

Se han estudiado las mismas creencias que el OCCWG atribuyó al TOC en las pacientes alimentarias y, en general, los estudios demuestran la presencia de estas en los trastornos alimentarios (Humphreys et al., 2007; Lavender et al., 2006. En Roncero, 2011): se

ha demostrado que tanto las pacientes como las personas que hacen dieta tienden a emplear varias estrategias para controlar o suprimir las intrusiones, tales como la rumiación, distracción, evitación y supresión, lo que hace plantearse la necesidad de control como requisito esencial en el mantenimiento de los TCA (Woolrich et al., 2008).

Al evaluar las consecuencias y las valoraciones que las pacientes TCA hacen de sus pensamientos, así como las estrategias utilizadas para su control, Woolrich et al. (2008) encontraron que las consecuencias emocionales negativas fueron, principalmente, la disminución del estado de ánimo y el incremento de la ansiedad. En cuanto a las valoraciones de sus pensamientos, descubrieron que todas eran negativas. Aun así, las pacientes apuntaron que una utilidad de sus pensamientos era incrementar su motivación. Por último, postularon que las estrategias de control disfuncionales podrían jugar un papel importante en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, al observar que estas pacientes empleaban más estrategias de castigo, de supresión, de distracción conductual, de rumiación y de evitación de estímulos desencadenantes que la población general. Otro estudio más reciente encontró que los pensamientos intrusos de las pacientes alimentarias les ocasionan peores consecuencias emocionales, incluyendo tristeza, culpa, ansiedad y vergüenza que a la población general, así como unas valoraciones más disfuncionales (Perpiñá et al., 2008)

Los esfuerzos por evitar y suprimir las intrusiones sobre comida, ejercicio y apariencia llevan a incrementar la frecuencia y la relevancia de los pensamientos, ejerciendo un papel mantenedor (Cooper y Shafran, 2008; Ward, Bulik, y Johnston, 1996. En Roncero, 2011). La estrategia de supresión también ha sido asociada con un efecto rebote en la frecuencia de estos pensamientos en muestras no clínicas (Erskine y Georgiou, 2010; Soetens, Braet, Dejonckheere y Roets, 2006. En Roncero, 2011).

### **3.4. Intrusiones mentales en la hipocondría:**

La hipocondría consiste en una preocupación, convicción de y/o miedo a tener una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos, que persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas (DSM-IV, 1994; Fallon et al., 2012). Aunque la preocupación por la posibilidad de parecer y los temores a desarrollar una enfermedad grave constituyen experiencias habituales (Fernández y Fernández, 1998), una de las características distintivas de la hipocondría es el poder descriptivo de enfermedad que las personas con este trastorno otorgan a las sensaciones o síntomas corporales que experimentan, sin tener en cuenta el peso que puedan tener como signos de enfermedad (Castañeiras y Belloch, 2000).

Los modelos teóricos de la hipocondría han planteado que los procesos cognitivos tales como la hipervigilancia corporal y la focalización en las sensaciones físicas están implicados en el desarrollo del trastorno (Barsy, 1992. En Martínez y Belloch, 2004), demostrándose que los pacientes hipocondríacos atienden selectivamente a la información asociada a su preocupación por la enfermedad, asignando un significado negativo a la información indeterminada potencialmente relacionada con amenazas físicas (Martínez, Belloch y Botella, 2001). Estas interpretaciones erróneas afectan a un extenso rango de síntomas, los cuales son interpretados como señal de una enfermedad de desarrollo insidioso o progresivo (cáncer), llevando a los pacientes a realizar conductas de vigilancia, comprobación y búsqueda activa de consulta y tranquilización (Salkovskis y Clark, 1993. En Martínez et al., 2001).

Martínez et al. (2001) descubrieron que estos pacientes, a diferencia de la población general, tienden a magnificar el peligro potencial representado por cualquier tipo de sensación física y a responder ante ésta con comportamientos disfuncionales, tales como la evitación/escape de las situaciones, búsqueda de protección, vigilancia, comprobación, inspección, verificación, búsqueda activa de consulta y demanda de información tranquilizadora. También encontraron que los pacientes con hipocondría tienden a interpretar catastróficamente los síntomas influidos por la activación fisiológica en la misma medida que aquellos no influidos, asociando con una enfermedad grave de curso insidioso y progresivo las sensaciones corporales no influidas por la activación fisiológica.

#### **4. OBJETIVOS**

El objetivo principal del presente trabajo de fin de grado fue comparar en población no clínica cuatro subtipos de pensamientos intrusos con contenido relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos alimentarios, el trastorno dismórfico corporal, y la hipocondría, a nivel de la frecuencia de aparición, la reacción emocional, la interferencia que causan, las valoraciones y las estrategias de control empleadas.

### **MÉTODO**

#### **1. Participantes**

La muestra de este estudio se compuso de 40 participantes sin ningún trastorno mental diagnosticado (28 mujeres y 12 hombres), con una media de edad de 21,38 años (rango de 18 a 26 años). El 82,5% eran estudiantes universitarios, cursando estudios de psicología el 57,5% de estos. En cuanto al estado civil, el 87,2% eran solteros y el 12,8% vivían en pareja. La mayoría de la muestra (69,2%) tenía un nivel socioeconómico medio, repartiéndose los

restantes entre el nivel medio-bajo (20,5%) y el nivel medio-alto (10,3%). Todos los sujetos dieron su consentimiento explícito para participar en el estudio.

## **2. Instrumentos**

*Cuestionario de Pensamientos Intrusos Desagradables CUPIDES*: Este autoinforme evalúa cuatro subtipos de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos e indeseados (pensamientos intrusos obsesivos, dismórfico-corporales, alimentarios e hipocondríacos). Evalúa la frecuencia con la que son experimentados, así como las consecuencias emocionales, la egodistonia, la interferencia, las valoraciones y las estrategias realizadas.

Consta de cuatro bloques, uno para cada subtipo de pensamiento. A su vez, cada bloque está dividido en dos partes: en la primera parte aparecen varios ítems con contenidos concretos de cada tipo de intrusión, en los que se pregunta la frecuencia con una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 6 (siempre/ “durante todo el día”), y el malestar provocado, de 0 (nada molesta) a 4 (extremadamente molesta). La segunda parte de cada bloque evalúa con una escala de respuesta tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (siempre/mucho), la reacción emocional (2 ítems), la interferencia (1 ítem), la egosintonía/egodistonia (1 ítem), las valoraciones (3 ítems: la importancia dada al pensamiento, la importancia dada al control de este y el FPA probabilidad-moral) y las estrategias disfuncionales (6 ítems: adaptación, supresión, autocastigo, compulsión y reaseguración, y “no hacer nada”) que ocasiona el pensamiento intruso considerado por la persona como el más molesto experimentado en los últimos tres meses.

## **3. Procedimiento**

Los participantes se seleccionaron al azar entre los estudiantes del campus de Teruel de la Universidad de Zaragoza y varias bibliotecas de la ciudad de Huesca, y colaboraron de manera voluntaria. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, y completaron la hoja de datos sociodemográficos. A continuación se procedió a entregarles el CUPIDES y a explicarles las instrucciones para completar el cuestionario. Durante la administración del cuestionario la autora del presente trabajo estuvo presente para solucionar cualquier duda que les surgiera a los participantes. El criterio de inclusión de estos fue que tuvieran la mayoría de edad y que no presentaran ningún trastorno mental en el momento del estudio.

En cuanto al procedimiento estadístico, se analizaron a nivel de ítems los estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica), explorando los datos, en algunos casos, por medio de frecuencias y porcentajes. Respecto a las comparaciones, se procedió a realizar un análisis de varianza (MANOVA) de dos factores con medidas repetidas, para averiguar entre qué variables había diferencias significativas. El primer factor consta de 4

niveles (PIO, PID, PIA, PIH), mientras que el segundo factor consta de 5 niveles (frecuencia, reacción\_emocional, interferencia, valoraciones y estrategias). Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS 19.0

## RESULTADOS

En primer lugar, se analizó cual era el pensamiento intruso escogido como más molesto por los participantes para cada uno de los contenidos. En la tabla 1 se muestran los pensamientos intrusos más molestos. El **pensamiento intruso obsesivo** experimentado como más molesto en los últimos tres meses fue el 4 “así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales sobre dudas existenciales sin sentido” (20% de la muestra). De los **pensamientos intrusos dismórfico-corporales** expuestos en el cuestionario, el percibido como el más molesto fue el 1 “así porque sí, sino ningún motivo especial, se me mete en la cabeza el pensamiento de que tengo un defecto físico horrible, asqueroso” (31,4% de la muestra). En cuanto a los **pensamientos intrusos alimentarios**, el 8 “cuando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de: estoy gordo/a” fue experimentado por el 33,3% de la muestra. El **pensamiento intruso de la hipocondría** numero 8 “cuando algún ser querido siente alguna molestia en su cuerpo, por pequeña que sea, me asalta la idea de si estará desarrollando una enfermedad grave” fue experimentado por un 21,6% de los individuos.

Tabla 1. *Pensamientos intrusos más molestos experimentados en los últimos 3 meses*

	nº	Definición	n	Frecuencia	Malestar
PIO	4	Dudas existenciales sin sentido	20%	4	3
PID	1	Defecto físico horrible, asqueroso	31,4%	3,81	2,63
PIA	8	Al verme, pensar “estoy gordo/a”	33,3%	3,9	3,1
PIH	8	Enfermedad grave de un ser querido	21,6%	2,87	3,75

Al analizar la **frecuencia** de las diferentes intrusiones consideradas como más molestas de los cuatro grupos se observa que la media en los cuatro contenidos es “a veces/una o dos veces al mes” (véase Tabla 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro tipos de PI ( $p>0,05$ ). Respecto a la **reacción emocional** causada por las intrusiones más molestas, los resultados obtenidos muestran diferencias significativas ( $p<0,001$ ) entre los PI de hipocondría y las restantes cogniciones involuntarias, siendo estos

los que más emocionalidad negativa causan. Los PI de hipocondría causaron más emociones negativas que los PI obsesivos, los PI dismórfico-corporales y los PI alimentarios (véase tabla 2), reflejando que estas últimas son las que menos reacciones emocionales causan. Al medir la **interferencia** ocasionada por los pensamientos intrusos, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre varias intrusiones. Los PI obsesivos causaron mayor interferencia que los PI dismórfico-corporales y PI alimentarios. Los primeros interfirieron de la misma manera que los PI de hipocondría, diferenciándose significativamente estos últimos de los PI alimentarios por una mayor interferencia. En cuanto a las **valoraciones negativas** de los diferentes pensamientos intrusos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre ellos. Aun así, sin llegar a haber diferencias, cabe destacar que los que más valoraciones negativas suscitaron fueron los PI de hipocondría. Por último, en las **estrategias** utilizadas frente a los pensamientos intrusos más molestos, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los PI dismórfico-corporales y los PI alimentarios; y entre estos últimos y los PI de hipocondría. No habiendo estas diferencias con los PI obsesivos, obteniéndose valores entre “casi nunca” y “a veces”.

Tabla 2. *Comparación de frecuencia, reacción emocional, interferencia, valoraciones y estrategias en los cuatro tipos de pensamientos intrusos*

	TOC	TDC	TCA	HIPOC	$F_{(3,25)}$	$\eta^2_p$
Frecuencia	3.32 (1.59)	3.68 (1.19)	3.43 (1.48)	2.89 (1.66)	1.768	0.175
Reac. Emocionl	2.30 (1.25) <sup>a</sup>	2.00 (1.05) <sup>a</sup>	1.77 (1.19) <sup>a</sup>	2.91 (0.98) <sup>b</sup>	23.653	0.739
interferencia	2.28 (1.30) <sup>a</sup>	1.68 (1.09) <sup>b</sup>	1.46 (1.37) <sup>b</sup>	2.03 (1.35) <sup>ac</sup>	5.895	0.414
valoraciones	1.98 (0.75)	2.00 (0.85)	1.82 (0.99)	2.12 (0.96)	1.028	0.110
estrategias	1.60 (1.03) <sup>a</sup>	1.71 (0.91) <sup>ab</sup>	1.29 (0.92) <sup>ac</sup>	1.80 (1.02) <sup>ab</sup>	3.528	0.297

a,b,c – significacion  $p < 0,005$

Nota: los datos están expresados como: Media (Desviación típica)

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo ha sido comparar los diferentes pensamientos intrusos en población general con la intención de comprobar si existen diferencias, o no, en cuanto a la frecuencia con la que se experimentan, las reacciones emocionales que ocasionan, la interferencia que causan en la vida diaria, las valoraciones que se hacen sobre ellos y las estrategias que se usan para controlarlos.

En primer lugar, antes de interpretar los resultados obtenidos las dimensiones

analizadas, es interesante resaltar que la prevalencia obtenida de los pensamientos intrusos en la muestra (88,75%) reafirma los hallazgos obtenidos en estudios anteriores (Belloch et al., 2004; Morillo et al., 2003; Rachman, 2014) corroborando que un alto porcentaje de la población no clínica (80-90%) experimenta pensamientos intrusos a lo largo de su vida, por lo que se demuestra la “normalidad” y “universalidad” de estos.

Por lo que respecta a la comparación de la **frecuencia de aparición** de los diferentes PI experimentados como más molestos y, como se muestra en los resultados, no se han encontrado diferencias entre las cuatro intrusiones, lo que quiere decir que la población no clínica tiene pensamientos intrusos de todo tipo y por igual, sin destacar ninguno por una mayor aparición. Es decir, la frecuencia, entendida como cantidad de intrusiones cognitivas que tiene un individuo a lo largo de su vida, no es más alta dependiendo del contenido de la intrusión; los cuatro tipos de intrusiones aquí medidas son experimentadas con frecuencia similar. Por lo tanto, nuestros datos sugieren que los pensamientos intrusos, como señalan las teorías sobre el espectro obsesivo-compulsivo, son transdiagnósticos. Estos resultados son comparables a los obtenidos en otros estudios, como en el estudio de Roncero (2011), en el que al comparar las frecuencias de las intrusiones alimentarias más molestas con las de las intrusiones análogas a las obsesiones en población no clínica, se observan frecuencias similares, siendo además las frecuencias obtenidas muy parecidas a las expuestas en este trabajo, entorno a una o dos veces al mes. Teniendo en cuenta que las teorías sobre el espectro obsesivo-compulsivo hablan de una similitud sintomática entre los trastornos que crean este grupo, es lógico que las personas sanas experimenten pensamientos intrusos comparables a las intrusiones específicas de cada trastorno mencionado por igual, demostrando que la frecuencia de los PI dismórfico-corporales y los PI de hipocondría son semejantes a las intrusiones más comúnmente estudiadas. Por otro lado, la frecuencia de aparición de las intrusiones que se ha encontrado aquí concuerda con lo postulado por las teorías cognitivas sobre las diferencias cuantitativas entre población general y clínica (e.g., Belloch et al., 2004; Rowa y Purdon, 2003): mientras que la población clínica informa de una frecuencia alta, la población general presenta una frecuencia baja, hecho visto en este estudio.

En cuanto a las **reacciones emocionales** causadas por cada uno de los PI, las diferencias encontradas sugieren que los PI de hipocondría causan más ansiedad, tristeza, nervios y miedo que los demás, causando esta emocionalidad negativa “a menudo/bastante”. Entre los otros tres restantes, no existen diferencias en cuanto a la emocionalidad causada, informando los participantes de una reacción emocional negativa causada por la presencia de los pensamientos intrusos, en general, de “a veces/algo”. En comparación con lo PI de



hipocondría, los PI alimentarios son los que menos emocionalidad negativa ocasionan. Este dato puede ser explicado teniendo en cuenta el carácter casi “normativo” del descontento por el aspecto físico, lo que haría que la ansiedad causada por experimentar intrusiones sobre el aspecto físico y la dieta sea menor (Perpiñá et al., 2008). En conjunto, la presencia de la intrusión más molesta causa una emocionalidad baja. La reacción emocional está relacionada con la frecuencia, causando más reacciones negativas cuanto más frecuente es (Belloch y Morillo, 2002; Cabedo et al., 2004), por lo que, dado la relativamente baja frecuencia de aparición de las intrusiones, como se acaba de ver, es normal y previsible que en este tipo de población sin patología se produzcan pocas alteraciones emocionales, como ya se ha visto en otros estudios (Belloch et al., 2004; Cabedo et al., 2004; Morillo et al., 2003). Esta dimensión está estrechamente relacionada con la egodistonia en personas con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, por lo que sería interesante medir esta relación en población general en futuros estudios.

La **interferencia en la vida diaria** fue desigual entre las diferentes intrusiones, siendo los PI obsesivos los que más interferían en comparación con los PI dismórfico-corporales y los PI alimentarios, con una frecuencia media de “a veces”. Los PI dismórfico-corporales y los PI alimentarios no se diferencian por la interferencia creada, siendo las dos intrusiones que menos interferencias ocasionan, con una media de “casi nunca/poco”. Por otra parte, los PI de hipocondría ocasionaron la misma interferencia que los PI obsesivos, y más que los PI alimentarios. Aún con estas diferencias entre intrusiones, en global se observa que los pensamientos intrusos tienden a interferir poco en la vida de la población general, resultados que ya se vieron en el estudio de Roncero (2011) sobre las intrusiones alimentarias, en las que solo el grupo clínico reportó una interferencia en su concentración. Estos resultados también concuerdan con los encontrados por García-Soriano en 2008, en el que se observó que los PI obsesivos experimentados por la población general no generan reacciones emocionales negativas, ni interfieren demasiado, ni se valoran de forma muy disfuncional (resultados que coinciden con los encontrados en este estudio, en las tres dimensiones comentadas). A nivel más interpretativo, puede tener sentido que los PI obsesivos causen más interferencias en la vida diaria, ya que los pensamientos concebidos como más molestos son los de duda (existenciales, el haberse olvidado algo, o haberse dejado algo encendido), pensamientos muy comunes en la población general y que tienen que ver con actos cotidianos, como parecen señalar también Belloch et. al (2004).

Por lo que respecta a las **valoraciones negativas** de las intrusiones, los resultados señalan que las personas sin patología valoran sus intrusiones con cierto grado de

disfuncionalidad (al igual que encontró García-Soriano en 2008 respecto a las intrusiones obsesivas), aunque bajo. Como se encuentra en el estudio de Cabedo et al. (2004), las valoraciones disfuncionales llevan a un incremento de las consecuencias emocionales en la población clínica, por lo que las bajas valoraciones encontradas aquí podrían explicar que las consecuencias emocionales negativas también lo fueran. El hecho de que la población no clínica tiene este tipo de creencias, iguales en contenido a las que tienen las personas con trastornos, aunque con baja intensidad, avala la consideración de que la diferencia entre la normalidad y la psicopatología es de naturaleza cuantitativa.

Por otro lado, el que no se encuentren diferencias significativas en las valoraciones entre los diferentes contenidos de las intrusiones muestra el carácter transdiagnóstico de esta dimensión, viéndose que ante los cuatro tipos de intrusiones cognitivas se hacen valoraciones similares. Estas valoraciones y creencias disfuncionales se han estudiado desde las teorías cognitivas del TOC como contribuyentes a la aparición y/o mantenimiento del trastorno. Los resultados obtenidos en este estudio, además de avalar la postura de que estas valoraciones son análogas a las de las personas normales, también plantean dudas sobre la especificidad de estas para el TOC, poniendo de manifiesto que las mismas creencias se tienen en los tres trastornos restantes. Teniendo en cuenta los pocos estudios sobre los otros trastornos, estos resultados marcan un principio para próximas investigaciones, evidenciando que en los cuatro trastornos se hacen valoraciones respecto a la importancia del pensamiento, la importancia de controlarlos y la fusión pensamiento-acción y, por tanto, se podría entender estas valoraciones disfuncionales como mantenedoras de los cuatro trastornos.

Al medir la frecuencia con la que los individuos ponían en marcha **estrategias de control** del pensamiento, se encontraron diferencias significativas entre las desencadenadas por los PI dismórfico-corporales y por los PI alimentarios, y entre estos últimos y los PI de hipocondría. Estas diferencias ponen de manifiesto que ante los PI dismórficos y los PI de hipocondría se ponen en marcha más frecuentemente estrategias de control que ante los PI alimentarios, sin haber diferencias significativas entre los dos primeros, ante los cuales se utilizan estrategias “a veces”. Mientras, en los PI alimentarios no se utilizan casi nunca. Por su parte, los PI obsesivos, ante los cuales no se utilizan estrategias con frecuencia diferente de los otros tres, ponen en marcha estrategias “a veces”. Por lo tanto, de media en general, se pondrán en marcha estrategias de control ante los diferentes pensamientos con una frecuencia de “a veces”, resultados que contrastan con los resultados obtenidos por García-Soriano (2008) y por Belloch et al. (2004), en los cuales la población no clínica casi siempre hace cosas para controlar los pensamientos intrusos obsesivos. Sin embargo, sí concuerdan con el estudio de

Roncero (2011), en el cual el grupo no clínico no experimentó grandes consecuencias emocionales por sus intrusiones, logrando su control al no realizar ningún esfuerzo especial para suprimirlas o neutralizarlas. Por tanto, el hecho de que la población general utilice pocas estrategias, o las ponga en marcha con poca frecuencia, es una diferencia importante con los grupos clínicos de los diferentes trastornos, que se esfuerzan activamente por neutralizar o suprimir sus intrusiones. Aun así, los resultados de la línea de investigación con población normal, hacen que se considere que las personas sin patología utilizan una gran diversidad de estrategias en respuesta a un pensamiento desagradable en lugar de limitarse a “no hacer nada” con los mismos (Freeston y Ladouceur, 1997), por lo que sería recomendable comparar las estrategias por separado, análisis que se escapa a este estudio, el cual tiene una intención de comparar las dimensiones de forma más global.

En definitiva, los resultados anteriormente comentados avalan la creencia dimensional, según la cual las personas sin patología también tienen intrusiones cognitivas, extrapolando este conocimiento no solo al TOC y a los trastornos alimentarios, sino también al trastorno dismórfico corporal y a la hipocondría. También se ha observado que las intrusiones de los cuatro trastornos no son extremadamente frecuentes, interfieren relativamente poco en la vida diaria del individuo y crean pocas consecuencias emocionales negativas, además de valorarse menos negativamente y ante las cuales se ponen en marcha pocas veces estrategias de control. Todos estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en diferentes estudios, los cuales hablan de diferencias cuantitativas entre población normal y población clínica (e.g., Belloch et al., 2004), avalando el continuo de normalidad-patología. Aun así, el objetivo principal de este estudio era comparar tales dimensiones entre diferentes tipos de intrusiones mentales, habiéndose demostrado que sí que existen diferencias significativas en cuanto a las reacciones emocionales causadas, la interferencia y la estrategias puestas en marcha, siendo iguales la frecuencia de aparición de los pensamientos intrusos y las valoraciones sobre estos, lo que demuestra que las intrusiones mentales son un fenómeno transdiagnóstico, las cuales actúan de manera mas o menos diferente en población general.

En cuanto a las limitaciones encontradas en el presente estudio, cabe resaltar el tamaño de la muestra, el cual es reducido, por lo que la generalización de los resultados podría ser poco fiable. También es importante señalar las limitaciones derivadas de la propia modalidad del instrumento utilizado: el autoinforme, con lo que no se puede asegurar la ausencia de sesgos en cuanto a deseabilidad social, o accesibilidad y fidelidad de los recuerdos. Otra limitación en cuanto a la generalización de los resultados obtenidos son los datos con los que se ha trabajado, dado que se han analizado las dimensiones en base a un solo pensamiento

intruso por sujeto (el experimentado como el más molesto).

Respecto a las consideraciones para el futuro, resultaría interesante estudiar también los contenidos específicos de las intrusiones. Como ponen de manifiesto varios estudios (Cabedo et al., 2004; Roncero, 2011), la dimensión egodistonia/egosintonía está estrechamente relacionada con las demás variables medidas, por lo que la comparación de esta variable entre los diferentes trastornos podría arrojar resultados atractivos. Este estudio se ha centrado en la comparación de los pensamientos intrusos en la población no clínica, por lo que para poder encontrar explicaciones más esclarecedoras en cuanto a las características comunes o diferentes de las intrusiones cognitivas, serían necesarios estudios que trabajaran también con muestra clínica.

Cabe decir que el estudio del TOC y los trastornos alimentarios es muy amplio, encontrándose diferentes teorías sobre su aparición y mantenimiento, y con una literatura tan extensa que es difícil abarcar los descubrimientos en un solo trabajo. Por otra parte, las investigaciones sobre los pensamientos intrusos en el trastorno dismórfico corporal y la hipocondría son muy escasas, por lo que, ahora que se han evidenciado características comunes entre estos trastornos sería necesario dedicar los estudios a comprender estas psicopatologías en su conjunto. En definitiva, aunque disponemos de bastantes datos sobre el papel de las valoraciones, las estrategias y las consecuencias emocionales en la génesis y/o el mantenimiento de estos trastornos, es evidente que quedan muchas cuestiones abiertas por explorar.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association, APA (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association, APA (2014). *DSM 5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Belloch, A., Roncero, M., y Perpiñá, C. (2012). Ego-Syntonicity and Ego-Dystonicity Associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 94-106.
- Berry, L. M., y Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 125-132.

- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jiménez, A., y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Castañeiras, C., y Belloch, A. (2000). Estímulos verbales asociados a la hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 103-113.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gomez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A. S., Shams, G., Sica, C., Simos, G., y Wong, W. (2014). Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 292-299.
- Fallon, B. A., Harper, K. M., Landa, A., Pavlicova, M., Schneier, F. R., Carson, A., Harding, K., Keegan, K., Schwartz, T., y Liebowitz, M. R. (2012). Personality disorders in hypochondriasis: Prevalence and comparison with two anxiety disorders. *Psychosomatics*, 53, 566-574.
- Fernández, R., y Fernández, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10, 259-270.
- Freeston, M., y Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335-348.
- García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Hollander, E., y Evers, M. (2004). Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: what do we know? Where are we going? *Clinical Neuropsychiatry*, 1, 32-51.
- Martínez, M. P., y Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondría en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 299-311.
- Martínez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (2001). Tendencias atribucionales en la hipocondría: caracterización y cambios en el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 143-165.
- Menchón, J. M. (1997). Espectro y trastorno obsesivo-compulsivo. *Psiquiatría Biológica*, 4. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/ansiedad/trobseivo-65/etiologia-310/espectro-y-tratorno-obsesivo-compulsivo/>
- Morillo, M., Giménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C., y Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones, y

- estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 23-38.
- Onden-Lim, M., y Grisham, J. R. (2012). The relationship between body dysmorphic concerns and the effects of image suppression: Implications for models of body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 189-195.
- Onden-Lim, M., y Grishman, J. R. (2013). Intrusive imagery experiences in a high dismorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 99-105.
- Pena-Garijo, J., y Ruipérez, M. A. (2012). *Actualización en el Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas*. Recuperado de: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/69468/55893.pdf?sequence=1>
- 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, 187-2003.
- Rachman, S. (1981). Part I – unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (2014). Global intrusive thoughts: A comentary. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 300-302.
- Rachman, S., y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 1 – You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Roncero, M. (2011). *Los trastornos de la conducta alimentaria y el espectro obsesivo-compulsivo: intrusiones mentales, egodistonia y creencias*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Rowa, K., y Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 1-11.
- Woolrich, R. A., Cooper, M. J., y Turner, H. M. (2008). Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 16, 11-20.

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIOS

Nombre y apellidos del entrevistador: \_\_\_\_\_

Tfno. de contacto del entrevistador: \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

REFERENCIA/IDENTIFICACIÓN:

EDAD: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ Varón ☐ Mujer

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

Soltero ☐ Divorciado/ separado o viudo ☐ Casado ☐

Viviendo en pareja ☐

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo ☐ Medio-bajo ☐ Medio ☐ Medio-alto ☐ Alto ☐

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios o elementales ☐ Medios ☐ Superiores (universitarios) ☐

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad haya requerido atención especializada? SI ☐ NO ☐

DIAGNÓSTICO PPAL: -----

DIAGNÓSTICO/S EN EL PASADO:

CONSUMO DE ALCOHOL: NO ☐ SI ☐; CUÁNTO/DÍA:

CONSUMO CIGARRILLOS: NO ☐ SI ☐; CUÁNTO/DÍA:

CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS: NO ☐ SI ☐; QUÉ/CUÁNTO/DÍA:

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES NO ☐ SI ☐; QUÉ/CUÁNTO/DÍA:

HACES DIETA: SI ☐ NO ☐

HACES EJERCICIO : NO ☐ SI ☐; HORAS/SEMANA

☞ A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE CUESTIONARIOS A LOS QUE TIENES QUE CONTESTAR SEGÚN LAS INDICACIONES CONCRETAS QUE SE DAN EN CADA UNO DE ELLOS.

☞ POR FAVOR, RESPONDE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS.

☞ TEN EN CUENTA QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. ÚNICAMENTE NOS INTERESA CONOCER TU PROPIA EXPERIENCIA

TODOS LOS DATOS SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE



## **CONSENTIMIENTO**

Acepto participar en este estudio, en la Universidad de Zaragoza (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Asimismo, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Fdo.

## *Cuestionario de Pensamientos Intrusos Desagradables (CUPIDES)®*

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos algo molestos, desagradables, perturbadores o incluso inaceptables, que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez.

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

Este tipo de pensamientos se denominan **“INTRUSIONES MENTALES”**, o **PENSAMIENTOS REPENTINOS NO DESEADOS, NO BIENVENIDOS** y pueden aparecer en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

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

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

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

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

## GRUPO 1. INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON CONTENIDOS DESAGRADABLES

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

### Escala de respuesta para la FRECUENCIA

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

### Escala de respuesta para el MALESTAR

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

Nº	CONTENIDO DE LA INTRUSIÓN MENTAL, NO DESEADA, REPENTINA	FRECUENCIA (0-6)	MALESTAR (0-4)
1	Utilizando un objeto cortante, como un cuchillo, unas tijeras, o una herramienta, he tenido intrusiones mentales de herir o hacer daño a una persona cercana (un familiar, un amigo/a).		
2	Estando en un lugar alto, como un acantilado, un puente o un edificio alto, he tenido intrusiones mentales de saltar al vacío.		
3	Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales (p. ej. hombre/mujer, animales, muertos, etc.)		
4	Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales sobre dudas existenciales sin sentido: p. ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.		
5	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de haberme ensuciado o contaminado por haber tenido un contacto, aunque sea muy leve, con secreciones corporales, como sudor, saliva, orina, deposiciones, etc.		
6	Estando en un lugar público, he tenido intrusiones mentales de si me he contaminado o he podido contraer una enfermedad por tocar algo que han tocado desconocidos, como por ejemplo los pomos de las puertas, la tapa de un retrete, dinero, un teléfono público, etc.		
7	Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo ¿me habré dejado encendido algo en casa? (el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.)		
8	Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo ¿habré olvidado algo importante?		
9	Aunque un lugar, como el despacho, mi casa, etc., parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de que determinados objetos (muebles, ropa, CDs, ...) no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden (simetría, color, etc.)		
10	Aunque un lugar, como el despacho, mi casa, etc., parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de que determinadas cosas deben estar en “su sitio”.		
11	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de que ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.)		
12	Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de que determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.)		
13	He tenido estas otras intrusiones desagradables (por ej, canciones desagradables, hacer o decir algo obsceno o pecaminoso; que tu mismo/a, o amigos o familiares están en peligro y pueden ser víctimas de violencia) Por favor, escríbelas tal y como las has experimentado:		

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decide cuál de las intrusiones que has tenido con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1** es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te ha afectado cuando la has tenido.

La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número \_\_\_\_\_ de la lista anterior.

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

pensamiento ☐      imagen ☐      impulso ☐      sensación física ☐      duda ☐

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ experimentas o haces cuando tienes TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA.**

**Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1, por favor deja esta página en blanco y ve a la página siguiente (GRUPO 2) para continuar el cuestionario.**

Utiliza esta escala para responder. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados:

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

**CUANDO ME VIENE A LA CABEZA MI INTRUSIÓN MÁS MOLESTA:**

Me asusta, me pone nervioso/a o ansioso/a	0	1	2	3	4
Me pone triste	0	1	2	3	4
Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
Hago caso a lo que “me dice” la intrusión	0	1	2	3	4
No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
Me digo “para, déjalo ya”	0	1	2	3	4
Me río a mi mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Me pongo a hacer cosas (ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, etc.) para dejar de tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas PARA TRANQUILIZARME O ASEGURARME DE QUE LA INTRUSIÓN NO TIENE IMPORTANCIA, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4

## GRUPO 2. INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON EL ASPECTO FÍSICO

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

### Escala de respuesta para la FRECUENCIA

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

### Escala de respuesta para el MALESTAR

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

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

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decide cuál de las intrusiones que has tenido con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1** es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te ha afectado cuando la has tenido.

La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número \_\_\_\_\_ de la lista anterior.

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

pensamiento ☐      imagen ☐      impulso ☐      sensación física ☐      duda ☐

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ experimentas o haces cuando tienes TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA.**

**Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1, por favor deja esta página en blanco y ve a la página siguiente (GRUPO 2) para continuar el cuestionario.**

Utiliza esta escala para responder. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados:

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

**CUANDO ME VIENE A LA CABEZA MI INTRUSIÓN MÁS MOLESTA:**

Me asusta, me pone nervioso/a o ansioso/a	0	1	2	3	4
Me pone triste	0	1	2	3	4
Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
Hago caso a lo que “me dice” la intrusión	0	1	2	3	4
No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
Me digo “para, déjalo ya”	0	1	2	3	4
Me riño a mi mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Me pongo a hacer cosas (ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, etc.) para dejar de tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas PARA TRANQUILIZARME O ASEGURARME DE QUE LA INTRUSIÓN NO TIENE IMPORTANCIA, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4

### GRUPO 3. INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON LA DIETA Y EL EJERCICIO FÍSICO

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

#### Escala de respuesta para la FRECUENCIA

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

#### Escala de respuesta para el MALESTAR

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

Nº	CONTENIDO DE LA INTRUSIÓN MENTAL, NO DESEADA, REPENTINA	FRECUENCIA (0-6)	MALESTAR (0-4)
1	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza el pensamiento, o la imagen, de qué como, qué debo y qué no debo comer.		
2	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza: “Tengo que hacer ejercicio”.		
3	Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto tengo el impulso de ponerme a comer sin parar, hasta que me lo acabe todo.		
4	En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento: ¿Debería vomitar?		
5	En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento, o la imagen de: “No debería haber comido nada de esto”.		
6	En cuanto he acabado de comer, me asalta el impulso de quemar calorías, hacer ejercicio.		
7	Si alguien me mira, aunque no me diga nada, me viene a la cabeza el pensamiento: “He engordado”.		
8	Cuando me estoy preparando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen, de: “Estoy gordo/a”.		
9	He tenido estas otras intrusiones mentales sobre la dieta y el ejercicio (por favor, escríbelas tal y como las has experimentado):		

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decide cuál de las intrusiones que has tenido con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1** es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te ha afectado cuando la has tenido.

La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número \_\_\_\_\_ de la lista anterior.

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

pensamiento ☐      imagen ☐      impulso ☐      sensación física ☐      duda ☐

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ experimentas o haces cuanto tienes TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA.**

**Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1, por favor deja esta página en blanco y ve a la página siguiente (GRUPO 2)** para continuar el cuestionario.

Utiliza esta escala para responder. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados:

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

**CUANDO ME VIENE A LA CABEZA MI INTRUSIÓN MÁS MOLESTA:**

Me asusta, me pone nervioso/a o ansioso/a	0	1	2	3	4
Me pone triste	0	1	2	3	4
Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
Hago caso a lo que “me dice” la intrusión	0	1	2	3	4
No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
Me digo “para, déjalo ya”	0	1	2	3	4
Me río a mi mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Me pongo a hacer cosas (ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, etc.) para dejar de tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas PARA TRANQUILIZARME O ASEGURARME DE QUE LA INTRUSIÓN NO TIENE IMPORTANCIA, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4



#### GRUPO 4. INTRUSIONES MENTALES RELACIONADAS CON LA SALUD

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

##### Escala de respuesta para la FRECUENCIA

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

##### Escala de respuesta para el MALESTAR

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

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

Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decide cuál de las intrusiones que has tenido con una **FRECUENCIA DE AL MENOS 1** es la **más MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que más te ha afectado cuando la has tenido.

La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número \_\_\_\_\_ de la lista anterior.

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

pensamiento ☐      imagen ☐      impulso ☐      sensación física ☐      duda ☐

Las siguientes preguntas están relacionadas con lo que **TÚ experimentas o haces cuando tienes TU INTRUSIÓN MÁS MOLESTA.**

**Si no has tenido ninguna intrusión con una frecuencia de al menos 1, por favor deja esta página en blanco y ve a la página siguiente (GRUPO 2) para continuar el cuestionario.**

Utiliza esta escala para responder. Indica el grado en que estás de acuerdo, o se aplica a ti cada uno de los enunciados:

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

**CUANDO ME VIENE A LA CABEZA MI INTRUSIÓN MÁS MOLESTA:**

Me asusta, me pone nervioso/a o ansioso/a	0	1	2	3	4
Me pone triste	0	1	2	3	4
Interrumpe lo que esté haciendo, me desconcentra	0	1	2	3	4
Me resulta inaceptable, va en contra de lo que deseo, o de mis valores y creencias	0	1	2	3	4
Creo que si la tengo, significa que es algo importante	0	1	2	3	4
Creo que es importante controlarla y dejar de pensar en eso	0	1	2	3	4
Creo que si lo pienso, es más posible que suceda, o que sea verdad	0	1	2	3	4
Hago caso a lo que “me dice” la intrusión	0	1	2	3	4
No hago nada, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
Me digo “para, déjalo ya”	0	1	2	3	4
Me río a mi mismo/a por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Me pongo a hacer cosas (ordenar, comprobar, tocar cosas o tocarme, lavar, limpiar, rezar, contar, etc.) para dejar de tener esa intrusión	0	1	2	3	4
Busco información sobre la intrusión o pregunto a otras personas PARA TRANQUILIZARME O ASEGURARME DE QUE LA INTRUSIÓN NO TIENE IMPORTANCIA, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4