



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL COMPULSIVE BEHAVIOR AND OBSESSIVE RELATION TO BODY IMAGE CONCERN

Valdés Díaz, María, Guillot Valdés, María.

mvaldes@us.es

Obsesiones, compulsiones, preocupación imagen corporal, género, edad

Obsessions, Compulsions, Body Image Concern, Gender, Age.

RESUMEN

Antecedentes. En la preocupación por la imagen corporal desempeña un papel muy destacado las obsesiones basadas en creencias de insatisfacción corporal. *Objetivo.* Se pretende analizar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos y su asociación con la preocupación por la imagen corporal en una muestra de sujetos no clínicos. Se predice que aquellas personas con elevados niveles de preocupación por el cuerpo presentarán mayor número de comportamientos obsesivos-compulsivos, sobre todo entre las mujeres.

Método. Participantes. La muestra está formada por 69 sujetos de ambos sexos (53% mujeres), con edades comprendidas entre los 18 y los 58 años (Media=33,75 DT=13,77). *Diseño.* Se siguió un diseño ex post-facto para una medida (transversal) con un muestreo no probabilístico intencional por accesibilidad. *Instrumentos.* Inventario de Obsesiones y compulsiones- revisado (OCI-R; Foa, Kozak, Salkovskins, Coles y Amir, 1998; revisado en 2002) y la versión autoinformada del Examen del Trastorno dismórfico (BDDE-SR) (Rosen y Reiter, 1996).

Resultados. Se obtienen relaciones significativas entre las preocupaciones dismórficas medidas con el BDDE-SR y los comportamientos obsesivo-compulsivos medidos con el OCI-R, tanto globalmente ($r=.293$, $p=.014$) como por factores (especialmente en *lavado* $r=.207$ $p=.044$, *obsesiones* $r=.425$, $p=.000$, *orden* $r=.275$, $p=.011$ y *neutralización* $r=.214$, $p=.039$). Existe un patrón diferenciado para estos criterios en función del género. Se observa que las subescalas de *Obsesiones* ($\beta=.435$, $t=3.602$, $p=.001$) y de *Orden* ($\beta=.272$, $t=2.316$, $p=.024$) son las que mejor predicen la preocupación por el cuerpo y consiguen explicar el 27,2% de la varianza ($F_{6,62}=3,859$ $p=.002$).

Conclusiones. La identificación de comportamientos obsesivos-compulsivos asociados a la preocupación por la imagen corporal puede ser relevante para la salud física y psicológica por su repercusión en el trastorno dismórfico corporal (TDC).

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

INTRODUCCIÓN

El cuerpo es la parte primera, más cercana y más externa de nuestro ser (Raich, 2001) pero se ha comprobado que es mucho más importante cómo lo vemos desde dentro que lo que se ve desde fuera (Cash y Smolak, 2011). La *imagen corporal* es un concepto multidimensional e interactivo que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo y no tiene por qué corresponderse con la realidad.

El proceso que se lleva a cabo desde la percepción física del propio cuerpo hasta su representación mental, es un fenómeno que incluye las actitudes y las conductas propias y que está matizado por aspectos personales (cognitivos, emocionales, biográficos, biológicos) y socioculturales o ambientales. En este sentido, recuérdese que cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza y cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo (Rodin, 1993). En la actualidad los estándares de belleza están basados en modelos pro-delgadez, suponiendo la internalización de estos ideales un factor de riesgo para la salud y el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal (Cogan, Bhalla y Sefa-Dedeh, 1996, Zuvire y Rodríguez, 2011). Hay evidencias de que las tendencias occidentales se están difundiendo rápidamente por numerosos países, por lo que la distorsión de la imagen corporal cada vez está teniendo más influencia tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Craig, Halavatau y Comino, 1999; Craig, Swinburn y Matenga, 1996). Reflejo de esta presión social por alcanzar los cánones de belleza y la insatisfacción con el propio cuerpo es el aumento del número de tratamientos dirigidos a modificar la imagen en la actualidad (Dowling, Jackson, Honigman, Francis, 2011; Picavet, Gabriels, Jorissen, Hellings, 2011; Javanbakht, Nazari, Javanbakht y Moghaddam, 2012; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Tener o no, una adecuada integración de la imagen corporal influirá de manera decisiva en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo (Rosen, 1992; Raich, 2001). Así, cuando las personas experimentan sus cuerpos de forma poco atractiva, indeseable o se rechazan y avergüenzan de sí mismas, se alude a *alteraciones de la imagen corporal* (Gilbert y Miles, 2002), pudiendo provocar, si se hace de forma persistente y exagerada, perturbaciones en la salud y desencadenar un *Trastorno dismórfico Corporal* (TDC) (clásicamente la dismorfia, dismorfobia o dismorfofobia) que hace referencia a la preocupación exagerada que tiene la persona por encontrarse uno o más defectos imaginarios que no son observables por los otros o leves anomalías físicas en determinadas zonas del cuerpo, y que le producen incomodidad, desagrado o malestar intenso (disforia). Esto conlleva la aparición de conductas repetitivas (p.e., mirarse en el espejo, autoobservación, tocamiento de las partes que no gustan, excesiva preparación para salir) o actos mentales (p.e., comparaciones de su propia apariencia con la de otras personas) en relación con el aspecto físico, así como pensamientos recurrentes e intrusivos de insatisfacción corporal (creencias, ideas sobrevaloradas) que aumentan la disforia y la ansiedad.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

En la última edición del DSM (DSM-5, APA, 2013) este trastorno aparece incluido en el grupo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Otros trastornos relacionados, a diferencia de la consideración de versiones anteriores (DSM-IV-TR) que se encontraba recogido en los Trastornos Somatomorfos.

Podría entonces decirse que en la alteración de la imagen corporal (en su condición clínica) están presentes la *imagen corporal negativa* junto con el *malestar significativo* y el *deterioro de la conducta* sin olvidar la presencia de otros procesos mediadores y de mantenimiento, que facilitan la distorsión sobre la propia imagen (distorsiones perceptivas, rechazo a engordar, ideas de referencia, etc.) (Rodríguez Testal, 2013). En este sentido el concepto de alteración de la imagen corporal debe ser considerado como un espectro psicopatológico con expresiones distintas.

Se estima en el TDC una incidencia importante (por encima del 1-2,4%; en estudiantes hasta el 13%) (Rodríguez-Testal, 2013). En población española puede observarse hasta un 10% en la población general con puntuaciones significativas en las preocupaciones acerca del cuerpo, con apenas variaciones entre sexos (Raich, 2001). Tiende a presentar un curso crónico y cabe destacar la comorbilidad que presenta el TDC con otros trastornos ; así se ha evidenciado su presencia junto con el TOC (78% prevalencia), además del trastorno depresivo mayor (TDM) (con 76% de prevalencia), abuso de sustancias (sobre todo alcohol, con prevalencia de abuso y dependencia del 29 al 36%) fobia social (75% de los casos) y superior al 30% con respecto a todas las modalidades del los TCA y el trastorno de personalidad por evitación (Veale y Neziroglu, 2010).

En relación con el TOC, la sintomatología más destacada se refiere a la forma de focalizar el malestar de forma repetitiva, aunque se cuestione más sus pensamientos que en el caso del TDC. Las obsesiones (o intrusiones patológicas) son consecuencia de la presencia de creencias disfuncionales. Éstas últimas aumentan la egodistonia producto de la obsesión, y hacen que el individuo se centre en conductas y comportamientos que neutralicen la aparición de la obsesión (Cabedo, Belloch, Morillo, Jiménez y Carrió, 2004)

Las personas con TDC pueden aceptar que su preocupación excede la normalidad aunque están convencidas de la existencia de defectos en su imagen corporal (Raich, 2004). Rechazan profundamente un aspecto de su apariencia, o ésta en general, de forma que dirigen siempre sus pensamientos hacia una dirección de preocupación continua acerca del defecto que le desagrada. Los pensamientos además, se centran en como ocultar, tapar o eliminar ese defecto, por ejemplo mediante intervención quirúrgica (Rodríguez Testal, 2013). Estas preocupaciones son molestas, no deseadas, consumen mucho tiempo y son difíciles de controlar por la persona que las padece (APA, 2013). Estas personas realmente nunca están contentas con el resultado y terminarán por fijar su atención en el defecto o incluso en otro.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

Objetivos. Por un lado, se pretende analizar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos medidos con el OCI-R de forma global y teniendo en cuenta sus dimensiones (lavado, obsesiones, acumulación, orden, comprobación y neutralización) y su asociación con la preocupación por la imagen corporal, medida con el BDDE-SR en una muestra no clínica, teniendo en cuenta el género. Por otro, estudiar qué variables de tipo obsesivo-compulsivo poseen cierto valor predictivo sobre la preocupación por el cuerpo.

Hipótesis.

- 1) Se predice que aquellas personas con elevados niveles de preocupación por el cuerpo (BDDE-SR) presentarán mayor número de comportamientos obsesivos-compulsivos (OCI-R), sobre todo entre las mujeres.
- 2) Los comportamientos de *obsesiones* y *orden* (medidos con el OCI-R) tendrán cierto valor predictivo sobre la preocupación por el cuerpo (medido con el BDDE-SR).

Método

Participantes

La muestra está formada por 69 personas de ambos sexos (32 varones y 37 mujeres) adultas de población general, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años sin estudios universitarios, con una edad media de 33,75 años (DT=13,77) procedentes de la comunidad autónoma Andalucía. El 59,4% de las personas son solteras, el 34,8 están casados o tienen parejas y el 5,8 son separados o divorciados. Además, el 91,3% no presenta ningún antecedente de psicopatología frente al 8,7% que sí. La clase social del grupo muestral se sitúa en 41,85 (DT=22,63), intervalo de clase social baja (44-60) según Hollingshead (1975). A cada uno de los participantes se les solicitó el consentimiento informado una vez se les detalló los objetivos del estudio.

Diseño

Se siguió un diseño ex post-facto para una medida (transversal) con un muestreo probabilístico por accesibilidad, teniendo en cuenta que podían ser de ambos sexos y con una edad comprendida entre 18 y 65 años.

Instrumentos

- **Evaluación Inicial Autoaplicada** de creación propia para recoger la filiación necesaria del evaluado. Se trata de un conjunto de cuestiones que ayudan a recoger los datos sociodemográficos, nivel cultural, antecedentes familiares y personales relacionados con la salud mental, antecedentes de enfermedad, medicación, entre otros.
- **Inventario de Obsesiones y compulsiones- revisado (OCI-R)**, de Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, y Amir (2002). Se ha empleado la adaptación de Fullana et al. (2005). Consta de 18 ítems agrupados en seis subescalas: lavado, obsesiones, acumulación, orden, comprobación y neutralización. Cada ítem es valorado en un rango de respuesta de 0 a 4

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

para poder medir de manera más eficaz la variabilidad en la severidad relativa de los diferentes síntomas). Fue concebido y desarrollado con el objetivo de ser aplicable, no sólo a sujetos clínicos, sino también a la población general para evaluar conductas y pensamientos obsesivos subclínicos (Foa *et al.*, 1998, p. 207). Posee unas propiedades psicométricas adecuadas, con una estructura factorial clara, buenos índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest, una óptima validez convergente y, por último, una sensibilidad para distinguir entre pacientes con TOC y con otros trastornos de ansiedad, además de entre pacientes con TOC y personas sin problemas de ansiedad (Foa *et al.*, 2002; Hajcak, Huppert, Simons y Foa, 2004).

- **Examen del Trastorno Dismórfico corporal Autoinformado BDDE-SR** de Rosen y Reiter (1996). Adaptación experimental, Universidad de Sevilla. Consta de de 26 ítems (aunque cuatro están divididos en dos partes, a) y b) (9, 10, 11 y 16) destinada a la evaluación de la imagen corporal y el trastorno dismórfico. Evalúa aspectos cognitivos, emocionales y conductuales respecto a la imagen corporal. Incide tanto en la insatisfacción corporal como en las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. El esquema de la prueba es similar a la versión de entrevista BDDE, adaptada a la población española por Raich, Torras y Mora (1997) eliminando algunas de las limitaciones que presenta el formato heteroaplicado, como es el tiempo de duración y la fiabilidad entre jueces (Picavet, Gabriels, Jorissen, Hellings, 2011). Hay estudios que demuestran un acuerdo aceptable entre la versión autoinformada y el formato entrevista (Sarwer, Wadden y Pertschuk, 1998). El instrumento comienza pidiéndole a la persona que indique y numere por orden, las partes de su cuerpo con las que se encuentra más insatisfecho y que le han afligido más en las cuatro últimas semanas. Los síntomas presentes en esas cuatro semanas, son investigados por los demás ítems. La puntuación de los mismos oscila entre 0 y 6, excepto un ítem, el 16 que es dicotómico (SI/NO) De la suma de éstas, se obtiene la puntuación final. El punto de corte es 80 (la media) o mayor que éste (Rosen 1995). Por lo tanto, puntuaciones elevadas reflejan mayor insatisfacción. En la prueba se recoge tanto la intensidad del malestar, como la frecuencia en la realización de algunos comportamientos. Estas preguntas abarcan una amplia gama de síntomas clínicos relacionados con la preocupación, la insatisfacción, la evaluación negativa y excesiva importancia de la apariencia, la ansiedad, la preocupación social, la evitación de actividades y lugares, rituales de comprobación y camuflaje del cuerpo y diversos recursos que buscan tranquilizar a la persona. Las propiedades psicométricas han sido examinadas en una serie de estudios y han indicado la aceptable fiabilidad test-retest (.87 a .94), la consistencia interna (α de Cronbach = de .81 a .95) y la validez concurrente con otras medidas de trastornos de la imagen corporal (.69 a .83) (Rosen, Reiter y Orosan, 1995, Rosen y Reiter, 1996, Rosen y Ramirez, 1998). En la versión española en proceso de

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

validación se obtuvo una consistencia interna de .87 y una fiabilidad retest .81 (Núñez Gaitán et al. 2014).

Análisis Estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS v.22 para Windows. Se han aplicado estadísticos descriptivos y contrastes de medias para comparar las variables género, comportamientos obsesivos compulsivos y preocupación corporal en la muestra. Posteriormente se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. A continuación, se aplicó el modelo correlacional para conocer el grado en que están asociadas las variables objeto de estudio; esto es la preocupación dismórfica medida con el BDDE-SR y los comportamientos obsesivos-compulsivos (lavado, obsesiones, acumulación, orden, comprobación y neutralización) medidos con el OCI-R. La significación estadística se estableció para un intervalo de confianza del 95% y $p < .05$ como criterio.

RESULTADOS

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y contraste de medias en función del género en Preocupación dismórfica (BDDE-SR) y en comportamientos obsesivos-compulsivos (OCI-R)

VARIABLES	Muestra Total N = 69	Mujeres n =37	Varones n =32	Prueba t	Sign
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>		
BDDE-SR	35,71 (22,87)	43,21 (26,25)	27,03 (14,24)	-3,112	,003
OCI-R Total	24,68 (11,06)	27,02 (10,76)	21,96 (10,94)	-1,931	,058
OCI-R-Lavado	2,01 (2,40)	2,51 (2,64)	1,43 (1,98)	-1,889	,063
OCI-R- obsesiones	3,91 (3,36)	4,48 (3,53)	3,25 (3,07)	-1,538	,129
OCI-R-acumulación	5,97 (3,50)	6,0 (2,64)	5,93 (4,33)	-,073	,942
OCI-R -orden	6,18 (2,87)	7,08 (2,86)	5,15 (2,55)	-2,928	,005
OCI-R- comprobación	4,66 (3,53)	5,24 (3,04)	4,00 (3,97)	-1,468	,147
OCI-R -neutralización	1,92 (2,42)	1,70 (2,20)	2,18 (2,65)	,827	,411

En la Tabla 1 quedan reflejados los valores medios que han obtenido los participantes del estudio diferenciados por género, así como el contraste de medias. Puede observarse que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en *Preocupación dismórfica* medida con el BDDE-SR ($t = -3.112$, $p = .003$) respecto a los varones. Esta misma proporción para las mujeres también se pone de manifiesto en el caso de los comportamientos obsesivos compulsivos medidos con el OCI-R tanto en su puntuación total (aunque muy en el límite), como en el caso del componente de *orden* donde si se aprecia una diferencia más destacada ($t = -2.928$, $p = .005$).

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre la preocupación dismórfica (BDDE-SR) y los comportamientos obsesivos compulsivos (OCI-R) en toda la muestra

N= 69	OCI-R Total	OCI-R- Lavado	OCI-R- obsesiones	OCI-R- acumulación	OCI-R- orden	OCI-R- comprobación	OCI-R- neutralización
BDDE-SR	,293	,207	,425	-,012	,275	,014	,214
Sign.	,014	,044	,000	,460	,011	,454	,039

En la Tabla 2 se observa la relación positiva y estadísticamente significativa entre la *Preocupación dismórfica* (BDDE-SR) y los factores de *lavado*, *obsesiones*, *orden* y *neutralización* en toda la muestra estudiada (OCI-R). Al analizar más en detalle la asociación de las variables teniendo en cuenta el género, en la Tabla 3 quedan reflejados los resultados obtenidos.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre la preocupación dismórfica (BDDE-SR) y los comportamientos obsesivos compulsivos (OCI-R) en la muestra diferenciada por género.

		OCI-R- Lavado	OCI-R- obsesiones	OCI-R- acumulación	OCI-R- orden	OCI-R- comprobación	OCI-R- neutralización
BDDE-SR	Varones	,460**	,395*	,140	,077	,093	,358*
Sign.	(n=32)	,008	,025	,444	,675	,611	,044
BDDE-SR	Mujeres	,030	,403*	-,141	,225	-,150	,249
Sign.	(n=37)	,862	,013	,406	,181	,377	,137

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se observa en los varones mayor número de comportamientos obsesivos-compulsivos asociados a la preocupación dismórfica que en las mujeres. Así, en este género el ritual de *lavado*, las *obsesiones* y la *neutralización* parecen relacionarse de forma positiva y estadísticamente significativa con la *preocupación dismórfica*.

En las mujeres, en cambio, tan solo es el componente de *obsesiones* el que aparece vinculado de forma directa y significativa con la *preocupación dismórfica*.

Tabla 4. Análisis de Regresión lineal de los comportamientos obsesivos-compulsivos (OCI-R) sobre la preocupación dismórfica (BDDE-SR)

Modelo		Beta	t	Sign. Parcial
1	(Constante)		2,493	,015
	OCI-R-Lavado	,030	,247	,805
	OCI-R- obsesiones	,435	3,602	,001
	OCI-R-acumulación	-,225	-1,560	,124
	OCI-R -orden	,272	2,316	,024
	OCI-R- comprobación	,049	,353	,725
	OCI-R -neutralización	,010	,080	,937

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

Variable dependiente: BDDE-SR

En la Tabla 4 quedan reflejados los resultados del análisis de regresión lineal aplicado a las variables medidas con el OCI-R (entendidas como variables predictoras) sobre la variable de *preocupación dismórfica* (medida con el BDDE-SR). Se observa que las subescalas de *Obsesiones* y de *Orden* son las que mejor predicen la preocupación por el cuerpo y consiguen explicar el 27,2% de la varianza ($F_{6,62} = 3,859$ $p = .002$).

DISCUSIÓN

El objetivo que se pretendía alcanzar con este estudio era analizar la presencia de comportamientos obsesivos-compulsivos medidos con el OCI-R tanto de forma global como teniendo en cuenta sus dimensiones (lavado, obsesiones, acumulación, orden, comprobación y neutralización) y su posible asociación con la preocupación por la imagen corporal, medida con el BDDE-SR en una muestra no clínica. Además también se mostraba interés por hallar qué variables de tipo obsesivo-compulsivas predecían de manera más favorable la preocupación por el cuerpo; cuál de las contempladas en el estudio tenían mayor peso en este padecimiento.

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que las mujeres participantes en el estudio presentan niveles más elevados en la *preocupación por el cuerpo* y suelen destacar por tener más rituales de *orden* que en el caso de los varones. Esto coincide con las aportaciones realizadas por diversos autores (Raich 2001, 2004, Ramos, Rivera & Moreno 2010, Calado & Lameiras 2014) cuando afirman que la presión por lograr los estereotipos socioculturales y alcanzar el ideal de belleza es mayor en ellas, lo que genera un aumento de la preocupación por la imagen corporal en esta población y una mayor probabilidad de desarrollar algunos trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria. En esta misma línea está el trabajo de Merino, Pombo y Godás (2001), quienes tratan de relacionar actitudes alimentarias con ciertas variables determinantes en los trastornos de la imagen corporal, como sexo, percepción o insatisfacción corporal, entre otras. Estos autores encontraron diferencias entre población femenina y masculina, afirmando que las chicas, en mayor medida que los varones, se sienten insatisfechas con su cuerpo y apariencia física, se autoperceben obesas y desean estar más delgadas de lo que en realidad están (Merino *et al.* 2001). Aportaciones más recientes como la de Saucedo (2015) también han demostrado que las mujeres poseen una percepción de su imagen corporal más desajustada a la realidad que los varones pues sobreestiman su índice de masa corporal.

Por otro lado, el hecho de que las mujeres obtengan mayores puntuaciones en la variable *orden* puede estar en la línea de las aportaciones realizadas por Lambrou, Veale & Wilson (2012) al afirmar que estas personas tienen una mayor sensibilidad estética. Este hecho predispone a estas personas a ser más precisas a la hora de detectar la simetría y la perfección estética.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

En cuanto a la asociación entre los componentes medidos con el OCI-R (de tipo obsesivo-compulsivos) y la preocupación por el cuerpo, los hallazgos permiten confirmar la primera de las hipótesis planteadas pero tan solo parcialmente, ya que se obtiene relación positiva y estadísticamente significativa entre dichas variables pero, de forma inversa a lo que se esperaba en el planteamiento inicial; los resultados han evidenciado que se da en mayor medida en los varones que en las mujeres participantes del estudio. Así, se ha observado que los rituales de *lavado*, las *obsesiones* y la *neutralización* están más presentes en el género masculino cuando se relaciona con la *dismorfia corporal*, mientras que el de *obsesiones* es el único que manifiestan las mujeres del estudio asociado a preocupación por la imagen. Por tanto el nivel de malestar asociado a síntomas obsesivos-compulsivos es más elevado en los varones que en las mujeres del estudio cuando se vincula con la preocupación dismórfica. Pese a que el DSM-5 estima que el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se distribuye de forma similar en ambos sexos, tal vez estas diferencias encontradas podría explicarse por el hecho de que en los últimos años se ha expandido la cultura fitness, la cual transmite un ideal de belleza basado en la musculación y cuyo principal consumidor es el hombre. De hecho, se ha conceptualizado un tipo específico de Trastorno Dismórfico Corporal: Dismorfia Muscular (DM) que afecta casi exclusivamente a varones. Los sujetos con este trastorno están muy preocupados con la idea de que su estructura corporal es muy pequeña o poco musculosa (APA, 2013) y de ahí que utilicen el deporte como estrategia de control para hacer frente a su malestar, como conducta compensatoria y neutralizadora de sus obsesiones por tener una musculación que le satisfaga.

Pese a que el tamaño muestral no es elevado, como se señala en las limitaciones de este estudio, no se da una descompensación entre el grupo de varones ($n=32$) y mujeres ($n=37$) –algo frecuente en estudios previos sobre el espectro obsesivo-compulsivo– lo que ayuda a confirmar que las diferencias encontradas en la sintomatología obsesivo-compulsiva y su relación con la preocupación dismórfica pueden ser representativas de la población general.

Por otra parte, con la intención de profundizar un poco más en estas asociaciones bilaterales se aplicó el estadístico de regresión lineal que ha permitido detectar que de los componentes medidos con el OCI-R, los que mejor predicen la preocupación por el cuerpo son la *Obsesiones* y el *Orden* con una varianza explicada del 27,2% confirmándose la segunda hipótesis del estudio. Estos resultados coinciden con la concepción que tienen Hollander y Aronowitz (1999) sobre el tipo de creencias que predomina en las personas con trastorno dismórfico que son fundamentalmente descritas como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios. El delirio está confinado al defecto que se atribuye. Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un solo patrón de pensamiento. Raich (2004), por su parte, también recalca que los pensamientos y rituales obsesivos están presentes de forma destacada en el trastorno dismórfico corporal. Se trata de pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia, reconociendo incluso que su preocupación es excesiva.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

Finalmente, cabe destacar que el empleo del instrumento OCI-R, aplicable a población no clínica (Malpica, Ruiz, Godoy, Gavino, 2009) y sensible para discriminar pacientes con TOC y con otros trastornos de ansiedad, así como entre sujetos con TOC y sujetos sin problemas de ansiedad (Foa *et al.*, 2002; Hajcak, Huppert, Simons y Foa, 2004) ha permitido detectar la presencia de síntomas obsesivos compulsivos en la muestra participante en este estudio que, recordemos, pertenece a la población general lo que pone de manifiesto que la frecuencia de este trastorno es más elevada de lo que cabría esperar. Por tanto, sería preciso tomar conciencia de este aspecto que ya apuntaron diversos autores (Bland, Orn y Newman, 1988, Henderson y Pollard, 1988, Regier, Boyd, Burke, Rae, 1988) de cara a su prevención y que no se mantenga en una "epidemia oculta" (Jenike, 1989, p.539).

Limitaciones

Este trabajo cuenta con algunas *limitaciones*. Por una parte se podría señalar el efecto de la *deseabilidad social*, que no ha sido controlada de manera efectiva pues los instrumentos empleados carecen de una escala que pruebe el alcance de dicha relación. Esta tendencia a atribuirse uno mismo cualidades socialmente deseables y rechazar las no deseables puede producir efectos distorsionadores en la información que se proporciona acerca de uno mismo y sería conveniente tenerlas en cuenta en próximos estudios sobre todo cuando el interés radica en la apariencia física.

Por otra parte, la generalización de los datos queda limitada ya que la *población* estudiada pertenece toda a población general no clínica lo que ha impedido la posibilidad de comparar estos resultados con otros grupos que faciliten conclusiones más representativas. Además, el tamaño muestral es reducido. No obstante, se trata de un estudio preliminar que forma parte de un proyecto de trabajo más amplio y abarcador y pese a que el diseño es transversal y la muestra es intencional las conclusiones a las que se ha llegado permite aclarar qué comportamientos y rituales obsesivos-compulsivos pueden predecir la preocupación por la imagen corporal.

CONCLUSIONES

1. El sexo marca diferencias en la sintomatología de dismorfia corporal y en el componente obsesivo de orden; así las mujeres presentan niveles más elevados que los varones en la *sintomatología de trastorno dismórfico* (BDDE-SR) y en el componente de *orden* medido con el OCI-R.
2. Los varones que forman parte del grupo muestral muestran mayor número de comportamientos obsesivos-compulsivos que las mujeres asociados a la preocupación dismórfica. Así, el ritual de *lavado*, las *obsesiones* y la *neutralización* aparecen relacionados de forma positiva y estadísticamente significativa con la *dismorfia corporal*

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

4. En el grupo de mujeres participantes en el estudio, tan solo es el componente de *obsesiones* el que aparece relacionado con la variable de *dismorfia corporal*.
5. De todos los componentes medidos con el OCI-R, los que mejor predicen la aparición y desarrollo de *sintomatología de trastorno dismórfico* (medido con el BDDE-SR) son la escala de las *Obsesiones* y la del *Orden* (el conjunto de estos factores consigue explicar el 27,2% de varianza).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5ª edición)*. Washington DC.
2. Bland, R. C., Orn, H. & Newman, S. T. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32.
3. Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, M., Jiménez, A. & Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesiones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 465-479.
4. Calado, M., y Lameiras, M (2014). Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso. *Tirant lo Blanch*. Recuperado de
5. <http://0-biblioteca.tirant.com.fama.us.es/cloudLibrary/ebook/show/9788415442875>
6. Cash T.F., & Smolak, L. (2011). *Body Image. A handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press.
7. Cogan, J., Bhalla, S., & Sefa-Dedeh, A. (1996). A comparison study of United States and African students on perceptions obesity and thinne. *J. Cross Cult. Psychol.* 27, (1), 1996-1998.
8. Craig, P., Halavatau, V., & Comino, F. (1999). Perception of body side in the Tongan community : differences from and similarities to an Australian sample. *Interantional Journal obesity*, 23, (12), 1288-1294
9. Craig, P., Swinburn, B.A. & Matenga, T. (1996). Do Polynesians still believe that big is beautiful? Comparasion of body size perceptions and preferences of Coo
10. Dowling, N.A., Jackson, A.C., Honigman, R.J., & Francis, K.L. (2011). Psychological Characteristics and Outcomes of Elective Cosmetic Surgery Patients: The Influence of Cosmetic Surgery History. *Plastic Surgical Nursing*, 31, (4), 176-184.
11. Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. & Salkovskis, P.M.(2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14, 485-495
12. Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Casares, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

13. Gilbert, P. & Miles, J. (2002) (Eds.). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. London: Brunner-Routledge
14. Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123
15. Henderson, J. G. & Pollard, C. A. (1988). Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 747-752.
16. Hollander, E. & Aronowitz, B.R (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder. Managing the complicated patient. *Journal of clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 9), 27-31.
17. Javanbakht, M., Nazari, A., Javanbakht, A., & Moghaddam, L. (2012). Body dysmorphic factors and mental health problems in people seeking rhinoplastic surgery. *Acta Otorhinolaryngol. Ital.* 32 (1), 37-40
18. Jenike, M. A. (1989). Obsessive-compulsive and related disorders: A hidden epidemic. *New England Journal of Medicine*, 321, 539-541.
19. Lambrou, C., Veale, D., y Wilson, G. (2012). *Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training*. *Body Image*, 9, 86-92.
20. Malpica, M.J., Ruiz, V.M., Godoy, A. & Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2), 217-226
21. Merino, H., Pombo, M.G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), pp. 539-545. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=476>
22. Núñez-Gaitán, M^aC. Benítez-Hernández, M^a M., Senín-Calderón, C., Valdés-Díaz, M., Perona-Garcelán, S., Rodríguez-Testal, J.F. (2014). Indicadores de validez del cuestionario autoinformado BDDE para el Trastorno Dismórfico corporal. *Libro de actas del VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica*. Sevilla. Noviembre. (p. 601)
23. Picavet, V., Gabriels, L., Jorissen, M., & Hellings, P.W., (2011) Screening Tools for Body Dysmorphic Disorder in a Cosmetic Surgery Setting. *Laryngoscope*, 121, 2535-2541
24. Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
25. Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
26. Raich, R.M., Torras, J. & Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
27. Ramos, P., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*. 22 (1), 77-83.

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y SU RELACIÓN CON LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

28. Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D. & Rae, D. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epi-demiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
29. Rodin J. (1993) Cultural and psychosocial determinants of weight concerns. *Ann Intern Med*. 119 (7): 643-5.
30. Rodríguez Testal, J.F. (coord.) (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. Madrid: Síntesis.
31. Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of Bulimia: The individual and familial context* 157-177. Washington, DC: Hemisphere.
32. Rosen, J.C. & Ramirez, E. (1998). A comparison of Eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 441-449.
33. Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). "Development of the body dysmorphic disorder examination". *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766
34. Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P (1995). Assessment of body image in eating disorder with the body dysmorphic disorder. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 63, 263-269.
35. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, & Whitaker LA. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*, 101, 1644-1649.
36. Saucedo, T.J, Zaragoza, J., Villalón, L., Peña, A. & León, R. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. *Psicología y Salud*, 25(2), 243-251
37. Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F. Muyor, J.M. & López-Miñarro, P.A. (2013). Imagen Corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28,(1), 27-35
38. Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: a treatment manual*. Wiley: Chichester.
39. Zuvire, R.M & Rodríguez, M.D. (2011). Psychophysiological reactions to exposure of thin women images in college students. *Mex. J. Eat Disord*, 2 (1) 33-41