



¿Cuál es el papel de las “*Not Just Right Experiences*” en el trastorno obsesivo-compulsivo y en el trastorno dismórfico corporal? Una revisión sistemática cualitativa

Which is the role of “*Not Just Right Experiences*” in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder? A qualitative systematic review

Autora: Clara López de Lerma Alarcón

Tutora: Belén Pascual Vera

Trabajo de Fin de Máster
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
Curso 2022-2023

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
1.1. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)	5
1.2. “No está como debería estar”: las <i>Not Just Right Experiences</i> en el TOC	8
1.3. El Estudio de la Relación entre las NJRE y los Síntomas Obsesivos-Compulsivos en la Población General	11
1.4. Justificación y Relevancia del Estudio	12
1.5. Objetivos Generales y Específicos	13
2. Metodología	13
2.1. Criterios de Elegibilidad	13
2.2. Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda.	14
2.3. Selección de Artículos y Diagrama PRISMA.....	15
2.4. Características de los Estudios y Proceso de Extracción de Datos	15
3. Resultados	17
3.1. Datos Preliminares.....	17
3.2. Análisis del Contenido según los Objetivos	21
3.2.1 <i>Objetivo Uno: Características Clínicas de las NJRE en el TOC y el TDC</i>	21
3.2.2 <i>Objetivo Dos: Relación entre las NJRE y la Gravedad del TOC y del TDC.</i>	22
3.2.3 <i>Objetivo Tres: Factores Mediadores de la Relación entre las NJRE y la Sintomatología</i>	23
3.2.4 <i>Objetivo Cuatro: Implicaciones de las NJRE en el Tratamiento Psicológico</i>	24
4. Discusión	25
Referencias bibliográficas	30
Anexos	37
Agradecimientos	56

Resumen

Introducción y objetivos: Las *not just right experiences* o NJRE son sensaciones subjetivas de que algo no es o está como “debería”. Estas se han relacionado con los síntomas obsesivo-compulsivos y otras dimensiones como la incompletud o las creencias disfuncionales obsesivas. El principal objetivo de este trabajo fue examinar la relevancia clínica de las NJRE en población con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno dismórfico corporal (TDC). Concretamente, se propusieron los siguientes objetivos: a) analizar las características clínicas de las NJRE, b) estudiar la relación entre las NJRE y la gravedad de los síntomas, c) descubrir los factores mediadores entre las NJRE y los síntomas TOC y TDC d) averiguar las implicaciones de las NJRE en el tratamiento de estos trastornos. **Método:** Se llevó a cabo una revisión sistemática cualitativa que incluyó un total de 11 artículos. **Resultados:** Las NJRE son experiencias frecuentes y graves en los individuos con TOC y TDC. Además, las NJRE se relacionan con algunos síntomas y con la gravedad de ambos trastornos. El perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la incompletud son potenciales mediadores. **Conclusión:** Las NJRE son un fenómeno relevante en estos trastornos. Sin embargo, hacen falta estudios que examinen el valor transdiagnóstico de estas experiencias en el espectro obsesivo-compulsivo.

Palabras clave: *not just right experiences*, NJRE, incompletud, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal, revisión sistemática.

Abstract

Introduction and objectives: Not just right experiences or NJRE are subjective sensations that something is not as it “should”. They have been related to the obsessive-compulsive symptoms and other dimensions such as incompleteness or the obsessive dysfunctional beliefs. The main objective of this work was to examine the clinical relevance of NJRE in the obsessive-compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) population. Specifically, the following objectives were proposed: a) to analyse the NJRE clinical characteristics b) to study the relationship between NJRE and the gravity of the disorders c) to discover the mediating factors between NJRE and OCD and BDD symptoms d) to find out the implications of NJRE in the treatment of these disorders. **Method:** A systematic review was carried out, which included 11 articles. **Results:** NJRE are frequent and severe experiences in OCD and BDD individuals. Moreover, NJRE are related to certain symptoms and the gravity of both disorders. Perfectionism, intolerance of uncertainty and incompleteness are potential mediators. **Conclusion:** NJRE are a relevant phenomena in these disorders. However, more studies that examine the transdiagnostic value of these experiences in the obsessive-compulsive spectrum are needed.

Keywords: not just right experiences, NJRE, incompleteness, obsessive-compulsive disorder, body dysmorphic disorder, systematic review.

1. Introducción

1.1. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC)

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno dismórfico corporal (TDC) forman parte del espectro de trastornos obsesivo-compulsivos (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Esta categoría diagnóstica incluye aquellos trastornos caracterizados por la presencia de fenómenos obsesivos y conductas repetitivas. Además de las características clínicas compartidas, los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (O-C) presentan similitudes en la edad de inicio, el curso y la respuesta al tratamiento, así como en indicadores familiares y de comorbilidad (Clark, 2020).

El TOC es el trastorno organizador del espectro O-C y se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones (o ambas). Los síntomas ocupan una cantidad sustancial de tiempo en el día a día y generan un grado de interferencia elevado en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral (APA, 2013). Las obsesiones son pensamientos, impulsos (o urgencias), sensaciones o imágenes mentales de carácter indeseado e intrusivo, que además se manifiestan de forma persistente y recurrente. Estos fenómenos obsesivos generan un elevado grado de malestar y se consideran como inaceptables, irracionales e incontrolables. Su contenido suele ser desagradable y de distinto tipo. Por ejemplo, las obsesiones pueden centrarse en la agresión a uno mismo u otros, en el orden y la simetría, en temores de contaminación y enfermedad, entre otros.

En respuesta a la obsesiones y el malestar que generan, la persona intenta ignorarlas, suprimirlas y/o neutralizarlas, llevando a cabo compulsiones (APA, 2013; Belloch et al., 2020). Las compulsiones forman parte de las llamadas “estrategias de neutralización” y son conductas repetitivas manifiestas o encubiertas, fruto del malestar provocado por las obsesiones o bien por el seguimiento de reglas establecidas caracterizadas por una gran inflexibilidad. Las compulsiones pueden ser manifiestas u observables y/o encubiertas. Las compulsiones observables más comunes son las de lavado o limpieza, comprobación, orden y simetría, repetición, acumulación y búsqueda de re-aseguración. Las compulsiones encubiertas o actos mentales son aquellas conductas que se hacen “mentalmente”, como por ejemplo contar o repasar, y suelen ser más variadas e idiosincrásicas (Belloch et al., 2020).

Las motivaciones subyacentes a las distintas obsesiones y compulsiones también son diversas. Clásicamente el TOC se ha caracterizado como un trastorno de ansiedad, sin embargo, la última edición del DSM-5 contempla una gran variedad de respuestas afectivas, entre las que se encuentran el afecto negativo, el asco, la sensación de incompletud o inacabado (*incompleteness* o INC) y las *not just right experiences*¹ (NJRE). La diversidad de síntomas obsesivo-compulsivos, junto con los diferentes motivadores de síntomas, justifican, entre otros factores, que el TOC se considere un trastorno heterogéneo.

El otro trastorno objeto de interés en este trabajo es el trastorno dismórfico corporal (TDC). Uno de sus síntomas nucleares es la preocupación provocada por la percepción de un defecto físico que no es percibido por los otros o, al menos, no de la misma manera que la persona que lo padece (APA, 2013). Esta preocupación se produce de forma reiterada, consumiendo mucho tiempo del día, además de ir acompañada de la creencia de que es incontrolable. Asimismo, una persona con este trastorno puede tener varias preocupaciones a la vez, y estas pueden cambiar conforme pasa el tiempo. Las partes del cuerpo que generan estas inquietudes son, comúnmente, aquellas que forman parte de la cara y la cabeza como la nariz, el pelo, la piel y los ojos (Hartmann y Lyons, 2017). No obstante, hay otras zonas que también generan malestar en una gran parte de las personas con TDC, como por ejemplo las nalgas, las piernas, el abdomen, los senos o los genitales (Veale et al., 1996). De igual forma, las preocupaciones pueden girar en torno a características tales como el tamaño, la forma, el color o la simetría o bien centrarse en otras causas como la presencia de acné, cicatrices, arrugas o marcas (Veale y Matsunaga, 2014).

El segundo síntoma nuclear del TDC lo componen las conductas, tanto manifiestas como encubiertas, que el individuo lleva a cabo en respuesta a las preocupaciones. Al igual que en el caso del TOC, estas también son consideradas como excesivas, repetitivas, incontrolables y se realizan de manera ritualizada (Wilhelm et al., 2013). La finalidad de estos comportamientos puede ser la ocultación del defecto (recurriendo al maquillaje, ropa, etc.), su modificación (por ejemplo, mediante operaciones estéticas), la búsqueda de re-aseguración en los

¹ *Nota de la autora:* se ha decidido mantener el anglicismo debido a que la mayor parte de la literatura relacionada con esta temática está escrita en este idioma, siendo escasos los artículos en español.

otros, la comprobación a través del tacto o mediante la observación del aspecto físico en el espejo y otras superficies reflectantes (Belloch et al., 2020; Bjornsson et al., 2010; Veale y Riley, 2001).

Tomados en conjunto, el TOC y el TDC comparten la presencia de fenómenos obsesivos y respuestas funcionales vinculadas con estos, tales como las conductas repetitivas. Estos trastornos parecen ser similares tanto desde un punto de vista estructural o topográfico como fenomenológico o funcional (Abramowitz y Jacoby, 2015). Además, comparten ciertas similitudes en el curso, respuesta al tratamiento, tasas de comorbilidad y familiaridad.

En cuanto al curso, este tiende a ser crónico. En el caso del TOC, el inicio del trastorno se sitúa en la adolescencia o a principios de la edad adulta, siendo habitual que las primeras manifestaciones tengan lugar entre los 8 y los 11 años. (Farrell et al., 2006; Guizick et al., 2017). Algo similar ocurre en el TDC, el cual suele desencadenarse a los 15-16 años. Sin embargo, su diagnóstico tiende a ser muy tardío, principalmente por la ocultación de los síntomas por parte de los individuos (Phillips et al., 2006a; Veale et al., 1996). Esta demora en la búsqueda de ayuda profesional y en la obtención del diagnóstico también se da en los individuos con TOC, aunque de forma menos acusada que en el TDC (Del Valle et al., 2017). Relacionado con este último aspecto se encuentra el nivel de *insight* o el grado de conciencia que tiene la persona acerca de su problema psicológico, el cual no es estático, sino que fluctúa a lo largo del tiempo. En concreto, este suele ser menor en las personas con TDC, quienes en ocasiones llegan a presentar ideas autorreferenciales de naturaleza delirante (Phillips, 2004; Phillips et al., 2006b). Asimismo, presentan mayores tasas de suicidio y mayor comorbilidad con la depresión que los sujetos con TOC (Conroy et al., 2006; Phillips et al., 2012; Shaw et al., 2016).

Por otro lado, la evidencia señala que la respuesta de las personas con TOC y TDC al tratamiento es similar en ambas poblaciones, ya sea farmacológico (a través de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS) o psicológico (con terapia cognitivo-conductual o TCC) (Veale et al., 2014).

Otro punto en común son las altas tasas de comorbilidad entre estos dos trastornos. La comorbilidad vital en pacientes con TOC de padecer TDC se sitúa entre el 8,7 y el 15%, mientras que un tercio de los pacientes con TDC presentan comorbilidad vital con el TOC (Brakoulias et al. 2017; Lochner et al., 2014; Torres et

al., 2016). No obstante, algo que reflejan los artículos enfocados al estudio de la mejoría de la sintomatología en ambos trastornos es que esta no se da bidireccionalmente. Resulta que, en los pacientes con TDC que presentan un TOC comórbido, los síntomas de dismorfia corporal remiten una vez mejoran los síntomas obsesivo-compulsivos, cosa que no ocurre en el caso inverso, es decir, los síntomas propios de un TOC primario no disminuyen cuando se reduce la sintomatología dismórfica (Phillips y Stout, 2016).

Por último, se ha descubierto un nexo a nivel familiar, pues el TOC es un trastorno que se da frecuentemente en los familiares de personas con TDC y a su vez, el TDC es uno de los problemas que más suele darse en familiares de pacientes TOC (Hollander et al., 1993; Bienvenu et al., 2000; Bienvenu et al., 2011).

En definitiva, todos estos argumentos han apoyado la inclusión del TOC y el TDC en la misma categoría diagnóstica, tanto en el DSM-5 como en la CIE-11.

1.2. “No está como debería estar”: las *Not Just Right Experiences* en el TOC

Como se ha mencionado previamente, el TOC es un trastorno caracterizado por una gran heterogeneidad, lo cual ha dificultado su conceptualización teórica. Belloch, García-Soriano y Giraldo (2020) resaltan tres argumentos que apoyan la separación del TOC del grupo conformado por los trastornos de ansiedad, situándolo en una categoría diagnóstica distinta. El primero hace alusión a la motivación de las compulsiones que, en muchos pacientes, no es la disminución de la ansiedad provocada por las obsesiones, sino la necesidad de “terminar” o “completar” la conducta que están realizando. El segundo hace referencia a los elementos disparadores de las obsesiones y compulsiones de contaminación, que en muchos casos es el miedo (y por ende, la ansiedad), pero en otros es el asco. El tercero señala las dificultades en la inhibición comportamental que presentan las personas con TOC (ya sea porque no puedan detener la conducta una vez iniciada o, como ocurre en otras ocasiones, el problema se encuentra en la no iniciación de esta), las cuales tienen un correlato neurológico pero que no está vinculado necesariamente con la ansiedad. En el trabajo de García-Soriano et al. (2016) se refleja esta variabilidad en las motivaciones subyacentes a las compulsiones a través del análisis de la sintomatología y la respuesta al tratamiento de tres pacientes que realizaban rituales de lavado.

Desde un punto de vista cognitivo, también se ha planteado la existencia de diferentes dimensiones motivacionales subyacentes a los síntomas obsesivo-compulsivos. Summerfeldt, Kloosterman, Antony y Swinson (2014), proponen la existencia de dos de ellas: la evitación del daño (en inglés, *harm avoidance* o HA) y la incompletud. Siguiendo con el ejemplo de la compulsión de lavado, según este modelo esta conducta manifiesta podría verse impulsada por dos motivaciones distintas: a) evitar contraer una enfermedad (evitación del daño) o b) lograr una sensación específica de limpieza, textura o temperatura “perfectas”, de forma que las manos estén como “deberían” estar (incompletud). Dicho de otro modo, la persona puede lavarse por diferentes razones, y, por tanto, el foco no estaría en qué es lo que el individuo hace, si no en por qué lo hace (Summerfeldt, 2004).

La incompletud no es un constructo que haya nacido recientemente, puesto que hace más de un siglo Janet (1903) lo describía por primera vez en uno de sus libros: los *sentimientos de incompletud* (para un resumen de este trabajo consultar Pitman, 1987). Casi noventa años más tarde, Rasmussen y Eisen (1992) hicieron que resurgiera el interés por la incompletud gracias a la propuesta de un modelo psicopatológico que constaba de tres elementos: la evaluación excesiva del riesgo, la duda patológica y la sensación de incompletud o inacabado. Posteriormente, Summerfeldt elaboró el modelo descrito anteriormente, enfatizando el papel único que tiene la sensación de inacabado en los fenómenos obsesivo-compulsivos, como las obsesiones de orden/simetría, magia y superstición y las compulsiones de orden y comprobación (Belloch et al., 2020; Summerfeldt, 2004; Summerfeldt, 2014).

Dos constructos que derivan de los sentimientos de incompletud son los fenómenos sensoriales (o *sensory phenomena*) y las NJRE. Los fenómenos sensoriales constan, por un lado, de sensaciones corporales que normalmente se perciben a través del tacto, del sistema musculoesquelético y/o las vísceras. Por otro lado, también incluyen sensaciones mentales como los sentimientos de urgencia, de liberación de energía, la incompletud y las percepciones *not just right* (Miguel et al., 2000). Así pues, las NJRE son fenómenos de naturaleza perceptiva que traen consigo un malestar asociado debido a que las cosas “no están bien” o “como deberían estar”, promoviendo que las personas se vean envueltas en conductas repetitivas y ritualizadas con el objetivo de que esa sensación de tensión o incomodidad desaparezca. Es más, ciertos investigadores han defendido el carácter meramente perceptivo de estas experiencias, en vez de considerarlas fruto

de creencias perfeccionistas (Coles et al., 2003; Rasmussen y Eisen, 1992; Summerfeldt, 2004).

También se han asociado las NJRE con otros constructos vinculados con la sintomatología obsesivo-compulsiva, como son las creencias disfuncionales, que en sus orígenes se relacionaron más con la dimensión de evitación del daño que propone Summerfeldt. Las creencias disfuncionales constan de seis dimensiones de creencias nucleares obsesivas propuestas por el Grupo de Trabajo de Cogniciones Obsesivo-Compulsivas (OCCWG, 1997). Estas son las siguientes: 1) la sobrevaloración de la importancia del pensamiento, 2) la importancia de controlar los pensamientos, 3) la sobrevaloración de las amenazas, 4) la responsabilidad excesiva, 5) la intolerancia a la incertidumbre y 6) el perfeccionismo. En este subapartado nos centraremos en las dos últimas, ya que son las que más se han visto relacionadas con las NJRE.

Por un lado se encuentra la intolerancia a la incertidumbre, definida como “creencias sobre la necesidad de estar seguro, sobre la capacidad de hacer frente a cambios impredecibles y sobre el adecuado funcionamiento en situaciones que son inherentemente ambiguas” (OCCWG, 1997, p. 678). En lo que a la asociación entre esta intolerancia y las NJRE respecta, hay estudios que parecen confirmarla. Fergus (2014) observó que las puntuaciones de intolerancia a la incertidumbre predecían de manera significativa la presencia de NJRE. A esto se suman los resultados del estudio de Bragdon y Coles (2017), que encontraron en su modelo un subgrupo de individuos caracterizados por una elevada incompletud, una baja motivación para evitar el daño y elevados niveles de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, demostrando así el vínculo existente entre estos elementos. Y lo que es más, Bottesi et al. (2017) descubrieron que las NJRE tenían un papel mediador en la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y las conductas de comprobación.

Por el otro se encuentra el perfeccionismo, el cual puede definirse como una tendencia a establecer y perseguir estándares muy elevados y poco realistas, acompañada de una evaluación demasiado crítica de uno mismo (Frost et al., 1990). En cuanto a la relación entre este constructo y las NJRE, Coles et al. (2003) destacaron en un trabajo que las NJRE podrían representar una forma de perfeccionismo que tiene una relación única con los síntomas obsesivo-compulsivos, en contra de aquellos estudios previos que no habían conseguido demostrar la existencia de una relación entre el perfeccionismo y las características

del TOC. Años más tarde, Moretz y McKay (2009) encontraron que el perfeccionismo podría jugar un papel específico en ciertas manifestaciones TOC (concretamente en las compulsiones de comprobación). Además, en un estudio se observó que algunos subtipos de los fenómenos sensoriales estaban asociados con puntuaciones específicas de las subescalas de perfeccionismo específicas (p.ej., las NJRE se relacionaron con las subescalas “dudas sobre las acciones”, “organización” y “estándares personales”) mientras que otros no (Lee et al., 2009). Por último, Irwin y Jones (2017) trataron de elicitare NJRE mediante tareas conductuales en las que se incluyeron estímulos visuales, auditivos y táctiles. Estas dos investigadoras encontraron fuertes relaciones entre las calificaciones de estas tareas y las medidas de autoinforme (NJRE, incompletud, síntomas obsesivo-compulsivos, perfeccionismo y sensibilidad a la ansiedad), además de observar que, el perfeccionismo y la sensibilidad a la ansiedad fueron predictores significativos del desempeño de la tarea.

1.3. El Estudio de la Relación entre las NJRE y los Síntomas Obsesivos-Compulsivos en la Población General

Pese a lo que cabría esperar, las NJRE y su vinculación con los síntomas obsesivo-compulsivos han sido ampliamente estudiadas en la población general. Normalmente, la evaluación de estas experiencias ha sido a través de instrumentos de autoinforme, aunque recientemente está aumentando el número de investigaciones que emplean tareas experimentales que emplean diferentes estímulos sensoriales, siendo los visuales los que se utilizan con mayor frecuencia.

Para empezar, Sica et al. (2012) llevaron a cabo un estudio longitudinal de un año de duración, disponiendo para ello de una muestra de estudiantes universitarios. Los resultados reflejaron que las NJRE explicaban la variación de los síntomas obsesivos-compulsivos a lo largo del tiempo, así como que las NJRE estaban asociadas con los síntomas obsesivos de orden y lavado, pero no con los de comprobación.

Posteriormente, un grupo de investigación confeccionó un instrumento (PIC-NR10) compuesto por imágenes de objetos cotidianos con el objetivo de evaluar las NJRE relacionadas con los síntomas de simetría, orden y organización (en inglés *symmetry, ordering and arranging*, con las siglas SOA). Hallaron asociaciones significativas entre el PIC-NR10 y los síntomas SOA, así como con otros síntomas

obsesivos-compulsivos relevantes. Asimismo, elevadas puntuaciones en el PIC-NR10 predijeron mayores puntuaciones de NJRE previas a la tarea, mayor cantidad de tiempo para completarla y mayores puntuaciones de cambios en las medidas cantidad y gravedad de NJRE antes y después de la tarea (Davine et al., 2018).

Además, Sica y colaboradores (2019), crearon una medida visual de NJRE conformada por 15 imágenes, de forma ligeramente parecida al estudio previamente mencionado. Dos descubrimientos de este trabajo que cobran importancia son: por un lado, el hecho de que esta medida visual de NJRE estuviera más asociada a la medida de autoinforme de NJRE que con las puntuaciones de ansiedad y depresión; y por el otro, que la puntuación total de este instrumento visual predijo todo tipo de síntomas obsesivo-compulsivos.

En cuanto a las compulsiones de lavado, las cuales también suelen ser bastante frecuentes, Cogle et al. (2011) encontraron que tanto el número, la intensidad de las NJRE y la respuesta afectiva al desorden presente en una tarea NJRE en vivo predecían la duración del lavado de manos.

Por último, Horncastle et al. (2022) hicieron un metaanálisis cuyo objetivo fue cuantificar la relación entre los fenómenos sensoriales (NJRE e incompletud) con los síntomas obsesivo-compulsivos en población general y clínica. Como cabría esperar, se observó que la relación entre los fenómenos sensoriales y los síntomas obsesivo-compulsivos era más fuerte que la que se daba entre estos fenómenos y los síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, se halló que la asociación entre estos síntomas y los niveles informados de fenómenos sensoriales era similar en ambos grupos de población.

Para concluir, se podría decir que las NJRE se han visto vinculadas con varios de los síntomas obsesivo-compulsivos más comunes en población no diagnosticada de TOC.

1.4. Justificación y Relevancia del Estudio

El hecho de que las NJRE sean experiencias vinculadas con los síntomas obsesivo-compulsivos plantea la necesidad de examinar hasta qué punto pueden ser también relevantes en otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Las similitudes entre el TOC y el TDC, principalmente en el dominio de los síntomas nucleares, podría sugerir que las NJRE son también experiencias comunes en este trastorno. Nuestro trabajo pretende contribuir en esta dirección. Por otro lado, en la

línea del metaanálisis de Horncastle y colaboradores (2022), otro de los propósitos de este estudio es avanzar en la comprensión del papel de las NJRE en el TOC, centrándonos en examinar las características clínicas de las NJRE en pacientes, los factores que median la relación entre las NJRE y la sintomatología propia del TOC, así como el rol que estas experiencias pueden tener de cara al tratamiento psicológico.

1.5 Objetivos Generales y Específicos

El objetivo principal de este trabajo es revisar y analizar la evidencia científica disponible sobre las NJRE en pacientes con TOC y personas con síntomas de TDC.

En concreto, los objetivos específicos son:

1. Investigar las características clínicas de las NJRE en la población TOC y en aquella con TDC.
2. Examinar la relación entre las NJRE y la gravedad del TOC y del TDC.
3. Estudiar los factores mediadores de la relación entre las NJRE y la sintomatología obsesivo-compulsiva y dismórfica corporal.
4. Determinar las implicaciones de las NJRE en el tratamiento psicológico de ambos trastornos.

Por último, se plantea como hipótesis la posible transdiagnosticidad de las NJRE en el TOC y el TDC.

2. Metodología

2.1. Criterios de Elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se establecieron teniendo en cuenta la fecha de publicación de los artículos, el idioma en el que estuviesen escritos, el tipo de publicación, las variables evaluadas y la población objeto de estudio. Así pues, los criterios de inclusión y no inclusión fueron los siguientes:

- 1. Fecha de publicación:** se escogieron estudios publicados entre los años 2013 y 2022. La decisión de fijar el año 2013 como punto de corte vino motivada por el hecho de que fue el año en el que el DSM-5 (APA, 2013) creó la categoría diagnóstica del espectro obsesivo-compulsivo, en la que se incluyeron el TOC y el TDC.

2. **Idioma:** se seleccionaron estudios en inglés, puesto que es la lengua en la que está escrita la mayor parte de la bibliografía relacionada con la temática de las NJRE.
3. **Tipo de documento:** se incluyeron artículos originales que permitiesen la lectura del texto en su totalidad.
4. **Tipo de artículo:** se eligieron artículos de investigación que recogieran estudios empíricos sobre las NJRE. Se excluyeron los estudios de caso ya que, a pesar del valor que poseen a nivel profesional debido a las cuestiones que plantean, la generalización de los resultados y las conclusiones obtenidas en este tipo de trabajos es limitada. Tampoco se incluyeron artículos de revisión ni metaanálisis.
5. **Variables medidas:** se escogieron todos aquellos artículos que proporcionasen una evaluación de NJRE y los síntomas obsesivo-compulsivos y dismórficos, mediante instrumentos de autoinforme y/o tareas experimentales elaboradas con esta finalidad.
6. **Tipo de población:** se seleccionaron aquellos trabajos que contaban con población clínica adulta con diagnóstico de TOC y TDC. Además, se incluyeron grupos de adultos de la población general o subclínica para el TDC. Se tomó este criterio ya que el TDC es un trastorno infradiagnosticado, de difícil detección y diagnóstico.

2.2. Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron, como fuentes principales de bibliografía, las bases de datos científicas Scopus y Web Of Science (WOS).

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda inicial exploratoria a modo de aproximación general al tema objeto de estudio, la cantidad de información existente y su calidad, para así poder determinar los términos de búsqueda más apropiados. Para ello se utilizaron las siguientes palabras clave: *not just right experiences*; *njre*; *obsessive compulsive disorder*; y *body dysmorphic disorder*.

A continuación, se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva acorde a los criterios de elegibilidad seleccionados. Las combinaciones de palabras clave y booleanos empleadas en esta búsqueda avanzada fueron: (((("not" just right experiences) OR (njre)) AND (((obsessive compulsive disorder) OR (ocd)) OR ((body dysmorphic disorder) OR (body dysmorphia))))); (((("not" just right experiences)

OR (njre)) AND (((body dysmorphic disorder) OR (body dysmorphia)))) ; (((("not" just right experiences) OR (njre)) AND (((obsessive compulsive disorder) OR (ocd)))).

De esta manera se consiguió acotar la cantidad de artículos recabada en la primera búsqueda, obteniendo casi en su totalidad artículos que abordasen esta temática.

La búsqueda y la posterior selección de artículos tuvo lugar entre los meses de diciembre del año 2022 y febrero del año 2023. La búsqueda finalizó el día 9 de febrero de 2023.

2.3. Selección de Artículos y Diagrama PRISMA

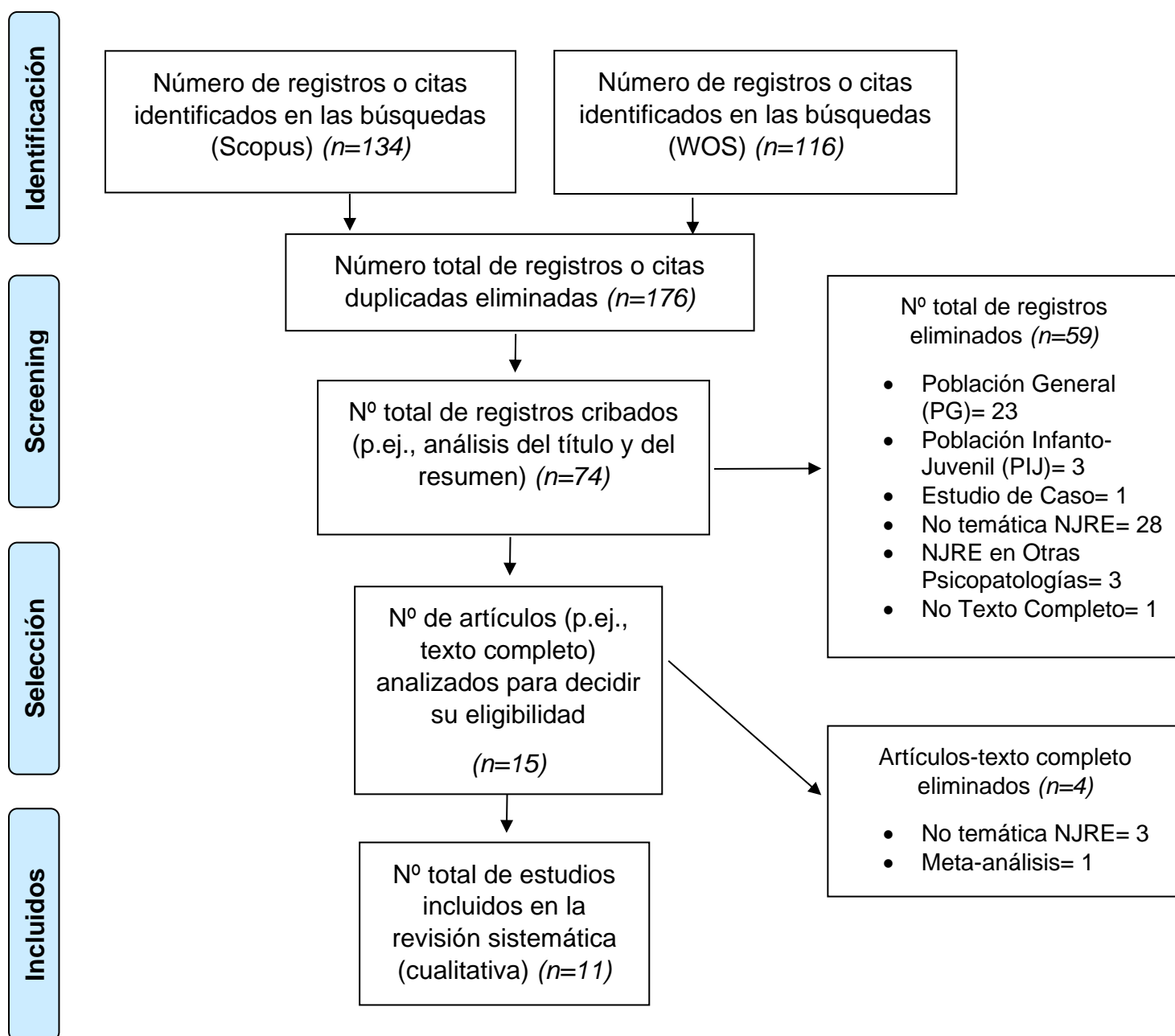
La **Figura 1** muestra el diagrama PRISMA, que recoge todo el procedimiento de selección de los estudios, desde la identificación de los registros iniciales y los motivos de no inclusión, hasta la selección final de los trabajos de esta revisión. Como se observa, en la primera fase se identificaron un total de 250 artículos en las dos bases de datos y 74 artículos fueron seleccionados para analizar su elegibilidad. Se descartaron 59 artículos, puesto que la mayoría o bien no abordaban la temática de las NJRE o bien se centraban en el estudio de estas experiencias en población general. A continuación, se procedió a la lectura y análisis del texto completo de los artículos restantes y, finalmente, se incluyeron 11 artículos.

Para la selección de los artículos se contó con la participación de dos evaluadoras, haciéndose así una revisión por pares. El método empleado para ello consistió en la creación de un semáforo tricolor (con los colores verde, naranja y rojo) mediante el cual ambas evaluadoras clasificaron los estudios según los criterios de elegibilidad, en primer lugar la autora de este trabajo y posteriormente la directora de este (B.P.V). De esta forma, se consensuó la selección de los trabajos que componen la revisión.

2.4. Características de los Estudios y Proceso de Extracción de Datos

El proceso de extracción de datos y el análisis cualitativo de los estudios se realizó en dos fases. En la primera se incluyó información contextual de cada uno de los artículos, como el título, los/las autores/as, el año de publicación y la fuente. En la segunda fase se analizó el contenido, obteniéndose así información acerca de los objetivos, la muestra utilizada, los resultados y las principales conclusiones. Para examinar la información recogida en ambas fases consulte el apartado de **Anexos**.

Figura 1. Diagrama PRISMA.

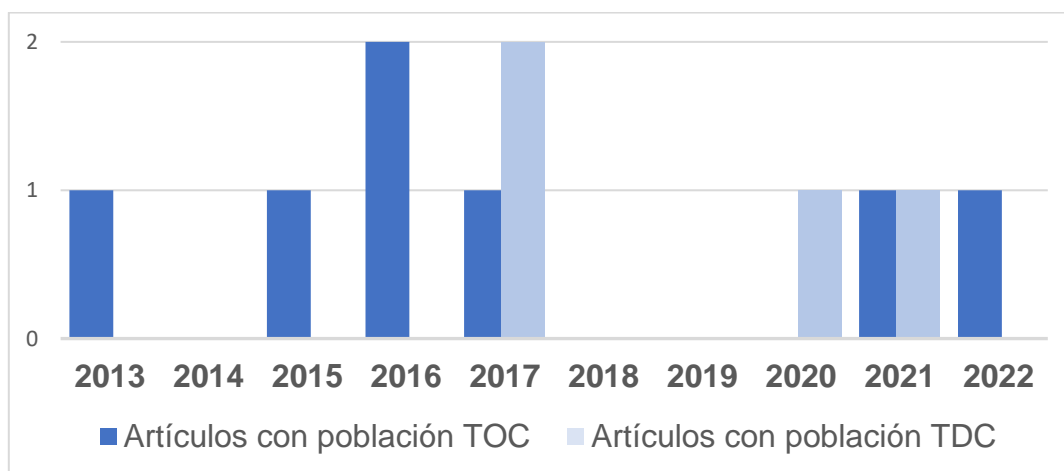


3. Resultados

3.1. Datos Preliminares

El número de artículos identificados en las búsquedas fue reducido. De los 11 artículos revisados, siete se centraban en el estudio de las NJRE en pacientes adultos diagnosticados de TOC (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016; Fornés-Romero y Belloch, 2017; Ghisi et al., 2013; Pascual-Vera et al., 2021; Sica et al., 2015) y solo cuatro contaban con personas que presentaran problemas de dismorfia corporal (Cerea et al., 2021; Summers y Cogle; 2017; Summers et al., 2017; Summers et al., 2020). La **Figura 2** muestra el número de publicaciones por año, teniendo en cuenta el trastorno principal estudiado (TOC o TDC).

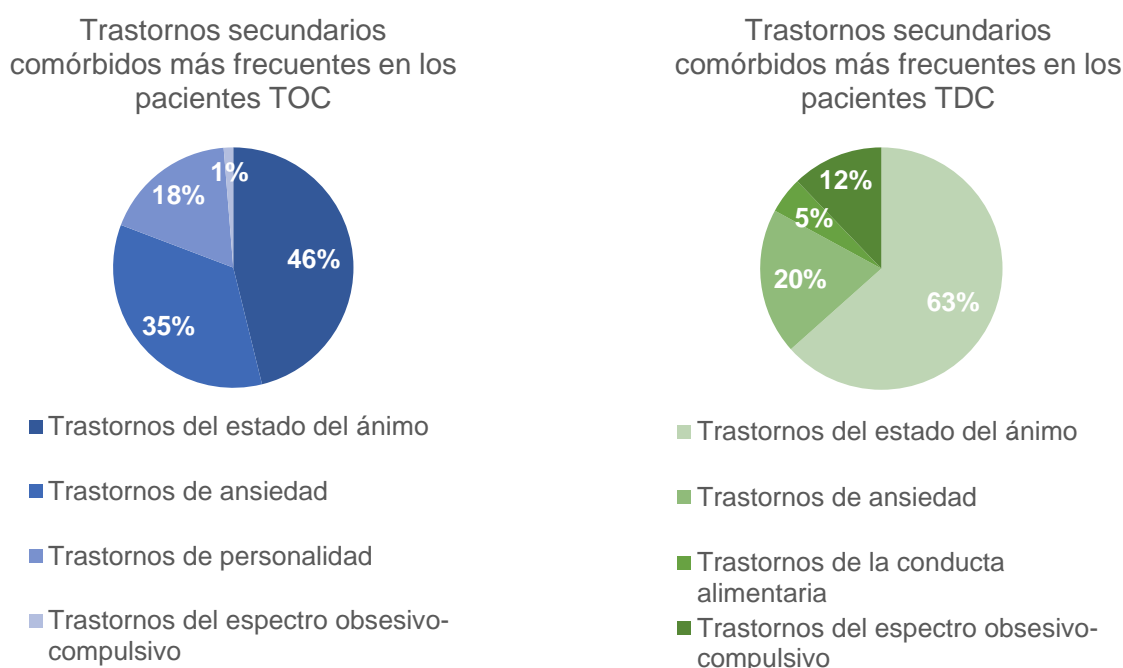
Figura 2. Número de artículos por año de publicación y trastorno principal estudiado.



En cuanto a la comorbilidad con el trastorno primario, se pudo observar que en los estudios con pacientes TOC se contaba con grupos con distintos trastornos secundarios comórbidos (Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016; Fornés-Romero y Belloch, 2017; Ghisi et al., 2013; Pascual-Vera et al., 2021; Sica et al., 2015). Esto ocurría también en la mitad de los estudios que incluían personas con sintomatología de TDC (Summers et al., 2017; Summers et al., 2020). Como se observa en la **Figura 3**, los trastornos que más se daban de forma comórbida al TOC y al TDC eran los trastornos del estado del ánimo (en concreto el trastorno

depresivo mayor o TDM, la distimia y el trastorno bipolar). Asimismo, el trastorno del espectro obsesivo-compulsivo que era comórbido en los individuos con TOC primario era el TDC y viceversa (Belloch et al., 2016; Summers et al., 2017; Summers et al., 2020).

Figura 3. Porcentajes de los trastornos secundarios comórbidos más frecuentes en los pacientes TOC y TDC de los trabajos incluidos en la revisión.



Una gran parte de los estudios contó con instrumentos de autoinforme para evaluar las NJRE y los síntomas TOC y TDC. La **Tabla 1** muestra toda información relacionada con los principales instrumentos utilizados en los artículos revisados.

No obstante, en tres estudios se emplearon tareas experimentales en vivo con estímulos visuales, auditivos y táctiles para inducir las NJRE. En primer lugar, Fornés-Romero y Belloch (2017) diseñaron una tarea de inducción de NJRE que consistió en la presentación de varias diapositivas a los sujetos con el objetivo de que posteriormente escribieran una lista con todas las palabras que recordasen, como en una prueba de recuerdo libre, pero sin darles el tiempo suficiente para completarla. El experimentador escogía el momento en el que se interrumpía el desempeño de dicha tarea. En segundo lugar, Summers y colaboradores (2017), administraron cuatro tareas: una visual, en la que se evocaban las NJRE mediante

la observación de una mesa desordenada con diversos objetos esparcidos de forma desordenada; dos táctiles, una en la que se les pidió a los individuos que se abrocharan una bata de manera asimétrica y se subieran una manga hasta el codo, y otra en la que los sujetos recibieron instrucciones de limpiarse únicamente el dorso de su mano no dominante con una toallita; y una auditiva, en la que los participantes escucharon un fragmento de una canción infantil desafinada de manera discordante. Finalmente, en el estudio de Summers et al. (2020), se indujeron las NJRE a través de tres imágenes: una en la que se mostraban estímulos generales (p.ej., un escritorio desordenado) y dos en la que se representaban estímulos relacionados con la apariencia con el fin de provocar una sensación de asimetría corporal (a través de una pintura de una mujer con un torso perpendicular) y de asimetría facial (usando para ello el dibujo de un hombre con rasgos faciales torcidos).

Tabla 1. Instrumentos de autoinforme utilizados en los artículos.

Sigla	Nombre completo	Autores	Variable medida	Información sobre el instrumento
Y-BOCS	Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown.	Goodman et al., 1989.	Gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva.	La puntuación total oscila entre 0 y 40 puntos. Incluye información sobre el tiempo empleado, el nivel de interferencia, la angustia, la resistencia y el control.
BDD-YBOCS-SR	Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown modificada para el TDC.	Phillips et al., 1997.	Gravedad de la sintomatología dismórfica corporal.	La puntuación total es de 0 a 48 puntos. Explora el grado e impacto de las preocupaciones obsesivas relacionadas con la apariencia, las conductas compulsivas vinculadas al aspecto físico, el grado de conciencia sobre la veracidad de las preocupaciones y las conductas evitativas debidas al TDC.
VOCI	Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver.	Thordarson et al., 2004.	Gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva.	Consta de seis dimensiones: contaminación, comprobación, obsesiones, acumulación, <i>just right</i> e indecisión.
OCI/OCI-R	Inventario Obsesivo-Compulsivo-Revisado.	Foa et al., 1998; Foa et al., 2002.	Malestar asociado a la sintomatología obsesivo-compulsiva.	La puntuación total va de 0 a 72 puntos. Posee seis subescalas: lavado, comprobación, orden, obsesiones, acumulación y neutralización.
NJRE-QR	Cuestionario de <i>Not Just Right Experiences</i> Revisado.	Coles et al., 2005.	Número y la gravedad de las NJRE.	Está compuesto por 19 ítems. Se divide en tres partes: número de NJRE (10 ítems de respuesta dicotómica sí/no), NJRE más frecuente (2 ítems) y gravedad de las NJRE (7 ítems de escala tipo Likert de 1 a 7 puntos).

3.2. Análisis del Contenido según los Objetivos

3.2.1 Objetivo Uno: Características Clínicas de las NJRE en el TOC y el TDC

Las personas con TOC informaron de un número significativamente mayor de NJRE en comparación con los del grupo control, además de percibirlos como más graves (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016). De la misma manera, los participantes con síntomas de TDC del trabajo de Cerea y colaboradores (2021) tuvieron más NJRE (i.e., número total de NJRE experimentadas) y además estas fueron más graves que las experimentadas por personas sin síntomas de TDC (personas sin síntomas de dismorfia corporal que solicitaron una intervención estética y aquellos que nunca habían solicitado ninguno de estos procedimientos). Adicionalmente, los individuos con TDC del estudio de Summers y colegas (2017) también informaron de una mayor gravedad de las NJRE.

También se analizó el contenido o tipo de NJRE más frecuente en ambos trastornos psicológicos. En el caso de los pacientes con TOC, algunas de las NJRE más habituales fueron aquellas vinculadas a los ítems número 2 (*“al guardar un libro en la estantería, he tenido la sensación de que no se veía del todo bien entre los otros libros”*), número 3 (*“al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba perfectamente”*), número 6 (*“al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien”*), número 7 (*“al organizar mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no tenían un aspecto totalmente correcto”*), número 8 (*“al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en la que introducía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta”*) y, por último, al ítem número 9 (*“después de lavarme las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que se sienten las manos limpias”*). La NJRE que se daba más regularmente en los pacientes con este trastorno fue la que se corresponde con el noveno ítem, relacionado con el lavado de manos (Apa et al. 2022; Coles y Ravid, 2016; Sica et al., 2015). En las personas con TDC, las NJRE que se dieron con mayor asiduidad fueron las asociadas al ítem 1 (*“después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de que mi ropa me molestaba”*) y 6

(“al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien”) (Cerea et al., 2021; Summers y Cogle, 2017).

3.2.2 Objetivo Dos: Relación entre las NJRE y la Gravedad del TOC y del TDC.

En primer lugar, se halló una relación entre estas experiencias y la gravedad del TOC. Coles y Ravid (2016) observaron que una de las medidas de NJRE (gravedad) correlacionaba de manera significativa con la puntuación total de la Y-BOCS y la escala de obsesiones; aunque no fue así en el caso de las compulsiones. Asimismo, disminuyeron tanto el número como la gravedad de las NJRE de los individuos tras el tratamiento psicológico. De forma similar, Apa et al. (2022), quienes estudiaron si las NJRE son un marcador de rasgo y/o de estado en el TOC, encontraron que la gravedad de estas experiencias se relacionó con la gravedad de los síntomas (Y-BOCS) y la edad. Sin embargo, Belloch et al. (2016), que investigaron las contribuciones diferenciales de las NJRE a las diferentes dimensiones de los síntomas obsesivo-compulsivos, destacaron la falta de asociación entre la gravedad de los síntomas TOC (Y-BOCS) y las NJRE, aunque sí encontraron una correlación entre el número y la gravedad (Y-BOCS).

Además, se pudo ver una asociación entre las NJRE y los síntomas obsesivo-compulsivos en la mayoría de los trabajos, especialmente los de orden y lavado (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016; Fornés-Romero y Belloch, 2017; Sica et al., 2015).

La relación entre las NJRE y la sintomatología del TDC se examinó en dos estudios. Por un lado, Summers et al. (2017), quienes se centraron en estudiar la relación entre las NJRE y las obsesiones y rituales propios del TDC, encontraron que el grupo con síntomas elevados de TDC experimentó una mayor reactividad (incomodidad/malestar y urgencia por neutralizar/contrarrestar los estímulos) ante la tarea de desorden visual en comparación con el grupo con bajo nivel de síntomas dismórficos, a pesar de que esta prueba no estaba relacionada con la apariencia física. No obstante, ambos grupos no difirieron ni en la urgencia por contrarrestar los estímulos de la tarea visual ni en las calificaciones obtenidas (incomodidad y necesidad de contrarrestar) en las otras tres tareas (las dos pruebas táctiles y la auditiva). Por otro lado, Summers et al. (2020) tuvieron como objetivo explorar la asociación y la especificidad de las NJRE y la incompletud en este trastorno,

contando para ello con tres imágenes con NJRE visuales: dos relacionadas con la apariencia física y una que contenía estímulos generales. En su primer estudio se pudo observar que la gravedad de los síntomas (BDD-YBOCS-SR) predijo la reactividad de los participantes a las dos imágenes mencionadas (asimetría corporal y facial). Además, los síntomas de TDC se asociaron fuertemente con la reactividad ante la imagen de asimetría facial, seguida por la imagen de asimetría corporal. En su segundo estudio, el grupo TDC obtuvo puntuaciones más altas en incomodidad y necesidad/urgencia de contrarrestar ante las tres imágenes con NJRE visuales, en comparación con el grupo control. De manera similar al primer estudio, las diferencias de grupo más fuertes se observaron en la reactividad de los participantes a la imagen de asimetría facial.

3.2.3 Objetivo Tres: Factores Mediadores de la Relación entre las NJRE y la Sintomatología

Algunos de los factores propuestos como mediadores en la relación entre las NJRE y la sintomatología TOC han sido: las creencias disfuncionales, concretamente la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo, la incompletud y la evitación del daño.

Con respecto a las creencias disfuncionales, Pascual-Vera et al. (2021) examinaron el papel mediador de la intolerancia a la incertidumbre (IU) en la relación entre las NJRE y el malestar asociado con los síntomas obsesivo-compulsivos. Se observaron efectos de mediación directos entre la gravedad de las NJRE, las puntuaciones en IU y los síntomas obsesivos. Además, la IU medió la relación entre las NJRE y los síntomas, observándose que el efecto mediacional de la IU aumenta a medida que se incrementa la gravedad de las NJRE.

En el trabajo de Apa y colaboradores (2022) se encontró que dos dimensiones del perfeccionismo (“dudas sobre las acciones” y “preocupación por cometer errores”) mostraron una relación muy fuerte con la frecuencia y la intensidad de las NJRE. También se halló una asociación entre la dimensión “dudas sobre las acciones” y la gravedad de las NJRE, la cual era independiente de la depresión, la ansiedad y la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos.

En cuanto a la incompletud (INC) y la evitación del daño (HA), dos de los estudios revisados destacaron la relación entre las NJRE y la INC en comparación

con la HA en el TOC (Coles y Ravid, 2016; Fornés-Romero y Belloch, 2017). No obstante, en el trabajo de Belloch et al. (2016), las asociaciones entre las NJRE y la INC no fueron mayores que las correlaciones entre las NJRE y la HA.

En el caso del TDC, Summers y colegas (2020) destacaron la existencia de una correlación moderada entre la reactividad ante las tres imágenes con NJRE visuales y la INC, siendo esta mayor que la asociación entre estas experiencias y la HA.

3.2.4 Objetivo Cuatro: Implicaciones de las NJRE en el Tratamiento Psicológico

En primer lugar, Coles y Ravid (2016) estudiaron la presentación clínica de las NJRE en pacientes TOC, además de ofrecer datos sobre estas experiencias tras recibir TCC basada en la exposición y prevención de respuesta (EPR). Los sujetos reportaron un menor número de NJRE tras el tratamiento, así como una disminución en su gravedad. Además, encontraron que estos cambios en las NJRE estuvieron relacionados de manera significativa con los cambios en los síntomas TOC vinculados al orden y la organización. También se halló una correlación significativa entre la cantidad de cambio del pre al post-tratamiento y los síntomas TOC (puntuación total OCI-R) y en el dominio obsesivo (subescala OCI-R). Asimismo, los autores observaron que la mayor reducción de los síntomas estaba vinculada con la capacidad de quitarse las NJRE de la cabeza (ítem 17 del NJRE-QR) y la percepción de responsabilidad percibida de hacer algo (ítem 19). La intensidad de las NJRE (ítem 14) y la angustia relacionada en ese momento (ítem 15) mostraron los cambios más pequeños.

En segundo lugar, Summers y Cogle (2017) intentaron comprobar si la gravedad de las NJRE moderaba el efecto que tenía un tipo de intervención psicológica sobre los síntomas TDC. Esta intervención se centró en el cambio de los sesgos de interpretación (en inglés *interpretation bias modification*, con las siglas IBM) que favorecen el mantenimiento del trastorno y se llevó a cabo a través del ordenador. Tras la IBM se produjo una reducción de la gravedad de la sintomatología TDC, pero solo en las personas con NJRE bajas en el pre-tratamiento, mientras que las personas con altos niveles de NJRE no se beneficiaron de esta terapia. Por otro lado, las NJRE no moderaron de forma

significativa los efectos de la IBM, aunque los resultados sugieren que las NJRE son moderadoras específicas, ya que ni la ansiedad ni la depresión previas a la intervención predijeron el resultado.

4. Discusión

El propósito de esta revisión fue contribuir en la comprensión del rol de las NJRE en adultos con TOC y en personas con síntomas de TDC. Nuestro análisis difiere ligeramente del realizado por Horncastle et al. (2022), probablemente por las diferencias metodológicas dadas por ambos tipos de trabajo.

Así pues, nuestro primer objetivo fue investigar las características clínicas de las NJRE en ambas poblaciones. Se pudo observar que las NJRE eran más frecuentes y valoradas como más graves por las personas diagnosticadas de TOC en comparación con los controles, así como que la NJRE más frecuente estaba ligada al lavado de manos (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016; Sica et al., 2015). Esto coincide con el hecho de que las compulsiones de lavado son de los síntomas O-C más frecuentes en los pacientes TOC y en población general (Belloch et al., 2020; Cogle et al., 2011; García-Soriano et al., 2016; Sica et al., 2012). Del mismo modo, las personas con síntomas de TDC parecen experimentar un mayor número de NJRE y son percibidas como más molestas (Cerea et al., 2021; Summers et al., 2017). No obstante, son necesarios futuros estudios en población clínica. Por otro lado, las NJRE más frecuentes en las personas con TDC estaban vinculadas con el propio cuerpo y con la percepción que los otros tienen de este. Este resultado podría explicarse por varios motivos. Primero, por la clínica de este trastorno, que se focaliza en la percepción del cuerpo; segundo, por la relación entre el contenido de la NJRE (“sensación de la ropa”) y las estrategias de ocultación comúnmente utilizadas para esconder las áreas que generan preocupación; y, tercero, por la importancia que cobra el cómo nos perciben los “otros” en el TDC (Belloch et al., 2020; Cerea et al., 2021; Summers y Cogle, 2017). Esto tiene sentido si tenemos en cuenta la elevada comorbilidad entre el TDC y el trastorno de ansiedad social (TAS) (Gunstad y Phillips, 2003; Wilhelm et al., 1997).

El segundo objetivo consistió en explorar la relación entre las NJRE y la gravedad del TOC y del TDC. En primer lugar, los hallazgos confirman la relación

entre la gravedad del TOC (evaluado a través de la Y-BOCS) y las NJRE. Sin embargo, falta por esclarecer si en la gravedad del TOC tiene un papel más relevante el número o la gravedad de la experiencia NJR (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016). En segundo lugar, podríamos afirmar que las NJRE son más bien un motivador asociado a ciertos síntomas como los de orden y lavado, que además fueron los más comunes en las muestras clínicas de los estudios revisados, en la misma línea que aquellos que contaban con población general (Apa et al., 2022; Belloch et al., 2016; Coles y Ravid, 2016; Davine et al., 2018; Fornés-Romero y Belloch, 2017; Sica et al., 2015; Sica et al., 2012). Por otra parte, los resultados en población general de TDC fueron similares a los obtenidos en los pacientes con TOC, ya que se pudo observar una relación entre la gravedad del trastorno y las experiencias NJR (Summers et al., 2020). También las personas con síntomas de TDC mostraron una mayor reactividad (es decir, elevados sentimientos de incomodidad y de urgencia) ante NJRE visuales, incluso cuando estas no estaban ligadas a la apariencia física (Summers et al., 2017). Esto podría explicarse por la naturaleza visual del trastorno, por lo que no sería de esperar que estímulos de otras modalidades sensoriales (auditivos, táctiles) fuesen capaces de provocar la misma cantidad de malestar que uno visual. No obstante, aquellas NJRE relacionadas con la apariencia física fueron las que provocaron una mayor reacción en los individuos, en concreto las NJRE de asimetría facial (Summers et al., 2017; Summers et al., 2020). Por tanto, aunque las NJRE visuales de cualquier tipo sean capaces de generar incomodidad, resulta determinante que estas estén vinculadas con la cara y el cuerpo, lo cual entra dentro de lo esperable. Además parece razonable que las NJRE que producen un mayor malestar sean aquellas que se relacionan con la cara, puesto que es donde se encuentran las partes que suelen generar más conflicto en las personas con esta problemática (Hartmann y Lyons, 2017). De hecho, en muchas ocasiones estos individuos se someten a distintos tipos de tratamientos cosméticos y cirugías, siendo la rinoplastia una de las más demandadas (Crerand et al., 2005; Veale et al., 2003).

El tercer objetivo propuesto se centró en el estudio de los factores mediadores de la relación entre las NJRE y ambas sintomatologías. Los trabajos revisados señalan el rol mediador de la intolerancia a la incertidumbre y del perfeccionismo en los pacientes con TOC que presentan NJRE, en la misma dirección que los estudios que se llevaron a cabo con población no clínica (Apa et

al., 2022; Bottesi et al., 2017; Coles et al., 2003; Fergus, 2014; Irwin y Jones, 2017; Pascual-Vera et al., 2021). La dimensión del perfeccionismo “duda sobre las acciones” parece ser de especial relevancia, ya que algunos artículos destacan la asociación entre esta dimensión y estas experiencias (Apa et al., 2022; Lee et al., 2009). Por otro lado, los trabajos de Coles y Ravid (2016) y Fornés-Romero y Belloch (2017) destacaron la existencia de una relación entre las NJRE y la incompletud en los individuos diagnosticados de TOC, la cual era superior al vínculo entre las NJRE y la evitación del daño. Aunque Belloch et al. (2016) obtuvieron resultados ligeramente dispares debido a que el tamaño de las correlaciones fue similar, tomados en conjunto, estos trabajos parecen sugerir que las NJRE en el TOC se relacionarían en mayor medida con el constructo de incompletud que con el de evitación del daño. Esto iría en la misma línea que la evidencia que subraya la naturaleza heterogénea del TOC y los diferentes motivadores de síntomas, puesto que la ansiedad y el miedo se han visto asociadas principalmente con la evitación del daño (Ecker y Gönner, 2008; Ecker et al., 2014; Ghisi et al., 2010). De forma parecida, Summers et al. (2020) hallaron una relación entre la reactividad ante las NJRE visuales de su estudio y la incompletud, por lo que parece que las NJRE también se vinculan más con la incompletud en el TDC, aunque se requieren más trabajos que exploren esta cuestión.

En base al cuarto y último objetivo, intentamos determinar algunas de las implicaciones que conlleva la presencia de NJRE de cara al tratamiento psicológico de los dos trastornos. Los resultados obtenidos por Coles y Ravid (2016) en una muestra con pacientes TOC fueron positivos, ya que encontraron que las NJRE disminuyeron en número y gravedad tras la TCC basada en EPR, así como que el cambio estaba vinculado con los síntomas de orden y organización. Estos mismos autores señalaron que el tratamiento estaba adaptado para abordar los síntomas de incompletud y las NJRE. Trabajos recientes han resaltado la importancia que tiene esta cuestión, puesto que las intervenciones adaptadas a esta problemática producen una mejoría mayor que aquellas que no lo están, en contra de la idea de que la TCC parece ineficaz en el abordaje de la incompletud (Schwartz, 2018). No obstante, otra terapia como es la IBM no pareció ser efectiva a la hora de reducir los síntomas de TDC en aquellos pacientes considerados más graves (con altos niveles de NJRE), aunque sí produjo una mejoría en los pacientes leves (Summers y

Cogle, 2017). Por lo tanto, este perfil de pacientes podría beneficiarse más bien de una intervención de tipo preventivo.

Nuestra revisión apoya que las NJRE podrían ser una variable con carácter transdiagnóstico en el TOC y el TDC, puesto que son comunes en ambos trastornos y se relacionan con sus síntomas. Además son dimensionales, es decir, se dan en ambas poblaciones (general y clínica), y parecen ser clínicamente relevantes. Sin embargo, hace falta que se elaboren más trabajos en población con TDC (tanto general como clínica) e incluso en personas con otros trastornos del espectro O-C, para así poder afirmar con certeza que las NJRE son experiencias compartidas en todo el espectro.

Como es habitual, este trabajo presenta varias limitaciones. La primera se debe al uso de solo dos bases de datos para la obtención de los estudios objeto de revisión. Por tanto, se recomienda la elaboración de revisiones sistemáticas exhaustivas sobre la temática de las NJRE en las que se consulten fuentes de información adicionales. La segunda limitación está relacionada con los términos clave empleados de la búsqueda. Para este trabajo solo se usaron las palabras “*not just right experiences*” y “NJRE”, cuando en la literatura el término de incompletud y las NJRE se han utilizado indistintamente aunque hagan alusión a constructos diferentes. Entonces, es probable que de esta forma se hayan omitido artículos que aborden las NJRE. Una forma de solventar esta limitación sería incluir este término a las palabras clave mencionadas. La tercera se encuentra en el hecho de que no se llevó a cabo un análisis del sesgo individual de los artículos, y el no saber con exactitud la cantidad de sesgo presente en cada uno ellos puede comprometer la validez de nuestras conclusiones. La cuarta y última tiene que ver con el sesgo de publicación o la inclusión de únicamente artículos que han sido publicados. De esta manera, se excluyen aquellos no publicados que, a pesar de ser metodológicamente correctos, obtienen resultados negativos o de escasa significación. Esto supone otra amenaza sobre la validez de las conclusiones obtenidas, por lo que sería conveniente revisar la denominada literatura gris y tenerla en cuenta a pesar de que pueda arrojar resultados en contra de lo esperado.

Finalmente, podemos decir que son varias las conclusiones que podemos extraer acerca de la naturaleza y el papel que desempeñan las NJRE en el TOC y en el TDC. En primer lugar, hemos podido confirmar que las NJRE son más numerosas y graves en los pacientes TOC y en las personas con síntomas de TDC.

En segundo lugar, hemos visto que estas experiencias se relacionan tanto con los síntomas como con la gravedad de ambos trastornos. En tercer lugar, hemos descubierto que la incompletud, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre son mediadores potenciales en el TOC. Y en cuarto y último lugar, hemos puesto en valor la posible transdiagnosticidad de las NJRE en el TOC y el TDC.

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., y Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 165–186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>
- *Apa, F., Tumkaya, S., Yucens, B., y Kashyap, H. (2022). Are “not just-right experiences” trait and/or state marker for obsessive-compulsive disorder? *The European Journal of Psychiatry*, 36(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.09.003>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing.
- *Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., y Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 236, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Belloch, A., García-Soriano, G., y Giraldo, M. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Ed.), *Manual de Psicopatología* (3ª ed., vol 2). McGraw-Hill.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K.-Y., Cullen, B. A. M., Grados, M. A., y Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive–compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287–293. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00831-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00831-3)
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K.-Y., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B. A., Riddle, M. A., Greenberg, B. D., Rasmussen, S. A., Fyer, A. J., Pinto, A., Rauch, S. L., Pauls, D. L., McCracken, J. T., Piacentini, J., Murphy, D. L., Knowles, J. A., y Nestadt, G. (2011). Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0033291711000742>
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., y Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 221–232. <https://doi.org/10.31887/dcns.2010.12.2/abjornsson>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Sica, C., y Freeston, M. H. (2017). Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.014>

- Bragdon, L. B., y Coles, M. E. (2017). Examining heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: Evidence for subgroups based on motivations. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.12.002>
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., y Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
- *Cerea, S., Lovetere, G., Bottesi, G., Sica, C., y Ghisi, M. (2021). The relationship between body dysmorphic disorder symptoms and ‘not just right’ experiences in a sample of individuals seeking cosmetic surgery and aesthetic medicine procedures. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 1034–1049. <https://doi.org/10.1002/cpp.2683>
- Clark, D.A. (2020). *Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes*. (2^a ed.). Guildford Press.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., y Rhéaume, J. (2003). “Not Just Right Experiences”: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681–700. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00044-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00044-x)
- Coles, M. E., Heimberg, R., Frost, R. y Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.002>
- *Coles, M. E., y Ravid, A. (2016). Clinical presentation of not-just right experiences (njres) in individuals with OCD: Characteristics and response to treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.013>
- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., y Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.09.004>
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., y Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>
- Davine, T., Snorrason, I., Berlin, G., Harvey, A. M., Lotfi, S., y Lee, H.J. (2018). Development of a picture-based measure for “not just right” experiences associated with compulsive sorting, ordering, and arranging. *Cognitive Therapy and Research*, 43(2), 481–497. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9969-7>

- Del Valle, G., Belloch, A., y Carrió, C. (2017). The long and complex road in the search for treatment for mental disorders: An analysis of the process in five groups of patients. *Psychiatry Research*, 253, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.024>
- Ecker, W., y Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895–904.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.002>
- Ecker, W., Kupfer, J., y Gönner, S. (2014). Incompleteness and harm avoidance in OCD, anxiety and depressive disorders, and non-clinical controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(1), 46–51.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.001>
- Farrell, L., Barrett, P., y Piacentini, J. (2006). Obsessive–compulsive disorder across the developmental trajectory: Clinical correlates in children, adolescents and adults. *Behaviour Change*, 23(2), 103–120.
<https://doi.org/10.1375/bech.23.2.103>
- Fergus, T. A. (2014). Are “Not Just Right Experiences” (NJREs) specific to obsessive-compulsive symptoms?: Evidence that NJREs span across symptoms of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 353–363.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22034>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: The obsessive–compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206–214.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>
- *Fornés-Romero, G., y Belloch, A. (2017). Induced not just right and incompleteness experiences in OCD patients and non-clinical individuals: An in vivo study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 103–112.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.001>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468.
<https://doi.org/10.1007/bf01172967>
- García-Soriano, G., Carrió, C., y Belloch, A. (2016). Psicopatología de las compulsiones de lavado en el Trastorno Obsesivo-compulsivo: No Todos los pacientes lavan por Los Mismos motivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 219.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.15901>

- *Ghisi, M., Bottesi, G., Sica, C., Sanavio, E., y Freeston, M. H. (2013). Is performance on the go/nogo task related to not just right experiences in patients with obsessive compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1121–1131. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9560-1>
- Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., y Sica, C. (2010). In search of specificity: “not just right experiences” and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 879–886. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>
- Goodman, W. K. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Gunstad, J., y Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(03)00088-9)
- Guzick, A.G., Reid, A.M., Balki, A.M., Flores, C., Hancock, A.D., Olsen, B., y McNamara, J. P. (2017). Diagnostic description and prevalence. En J.S. Abramowitz, D. McKay y E.A. Storch (Eds). *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (Vol. 2, pp. 24-43). John Wiley & Sons.
- Hartmann, A.S., y Lyons, N. (2017). Body Dysmorphic Disorder. En J.S. Abramowitz, D. McKay y E.A. Storch (Eds). *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders* (Vol. 2, pp. 774-789). John Wiley & Sons.
- Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive related disorders*. American Psychiatric Press.
- Irwin, L. D., y Jones, M. K. (2017). The relationship between obsessive-compulsive symptoms, perfectionism, and anxiety sensitivity for not just right experiences. *Behaviour Change*, 34(3), 134–155. <https://doi.org/10.1017/bec.2017.10>
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la Psychasthénie*. Alcan.
- Kloosterman, P. H., Summerfeldt, L. J., Parker, J. D. A., y Holden, J. J. A. (2013). The obsessive-compulsive trait of incompleteness in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.11.004>
- Lee, J. C., Prado, H. S., Diniz, J. B., Borcato, S., da Silva, C. B., Hounie, A. G., Miguel, E. C., Leckman, J. F., y do Rosário, M. C. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: Phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 431–436. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.007>
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., Cuzen, N. L., Hollander, E., Denys, D., Nicolini, H., Dell’Osso, B., Pallanti, S., y Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive–compulsive

- disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1513–1519. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.020>
- Miguel, E. C., Rosário-Campos, M. C., Prado, H. da, Valle, R. do, Rauch, S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., O'Sullivan, R. L., Jenike, M. A., y Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(2), 150–156. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0213>
- Moretz, M. W., y McKay, D. (2009). The role of perfectionism in obsessive–compulsive symptoms: “not just right” experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 640–644. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.015>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group OCCWG. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00017-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00017-x)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), undécima revision*. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- *Pascual-Vera, B., Belloch, A., Ghisi, M., Sica, C., y Bottesi, G. (2021). To achieve a sense of rightness: The joint role of not just right experiences and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100627. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100627>
- Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 63–72. [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(03)00098-0)
- Phillips K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., DeCaria, C., y Goodman, W.K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M., Fay, C., y Stout, R. (2006b). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.005>
- Phillips, K. A., Pagano, M. E., Menard, W., y Stout, R. L. (2006a). A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 907–912. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.907>
- Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., y Rasmussen, S. A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1293–1299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.016>

- Phillips, K. A., y Stout, R. L. (2006). Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive–compulsive disorder, and social phobia. *Journal of Psychiatric Research*, 40(4), 360–369. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.10.001>
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903). *Archives of General Psychiatry*, 44(3), 226. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800150032005>
- Rasmussen, S. A., y Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743–758. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30205-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30205-3)
- Schwartz, R. A. (2018). Treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder: A meta-analytic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.08.001>
- Shaw, A. M., Arditte Hall, K. A., Rosenfield, E., y Timpano, K. R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*, 19, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.007>
- Sica, C., Bottesi, G., Caudek, C., Marchetti, I., Orsucci, A., Palmieri, G., Righi, S., y Ghisi, M. (2019). Construct validity of “not just right experiences”: Results from a picture-based assessment procedure. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 217–241. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00054-6>
- *Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C., y Ghisi, M. (2015). “Not just right experiences” are specific to obsessive–compulsive disorder: Further evidence from Italian clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.002>
- Sica, C., Caudek, C., Rocco Chiri, L., Ghisi, M., y Marchetti, I. (2012). “Not Just Right Experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(3), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.006>
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155–1168. <https://doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., y Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>
- *Summers, B. J., y Cogle, J. R. (2017). ‘Not just right’ experiences moderate the effects of interpretation training for individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.06.004>

- *Summers, B. J., Matheny, N. L., y Cogle, J. R. (2017). 'Not just right' experiences and incompleteness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 247, 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.038>
- *Summers, B. J., Wilver, N. L., Garratt, G. H., y Cogle, J. R. (2020). A multimethod analysis of incompleteness and visual "not just right" experiences in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 51(5), 764–773. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.11.001>
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., y Ralph Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1289–1314. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosário, M. C., Storch, E. A., y Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 190, 508–516. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051>
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., y Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 341–353. <https://doi.org/10.1159/000360740>
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., y Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169(2), 196–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.2.196>
- Veale, D., De Haro, L., y Lambrou, C. (2003). Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *British Journal of Plastic Surgery*, 56(6), 546–551. [https://doi.org/10.1016/s0007-1226\(03\)00209-1](https://doi.org/10.1016/s0007-1226(03)00209-1)
- Veale, D., y Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 36, 14–20. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1238>
- Veale, D., y Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? the psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1381–1393. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00102-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00102-9)
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G., y Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 499–502. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00026-1](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00026-1)
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., y Steketee, G. (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: a treatment manual*. Guildford Press.

Anexos

Tabla 1. Información contextual de los artículos seleccionados.

Año	Autores	Título del estudio	Fuente
2013	Ghisi et al.	Is Performance on the Go/Nogo Task Related to Not Just Right Experiences in Patients with Obsessive Compulsive Disorder?	Cognitive Therapy and Research
2015	Sica et al.	“Not Just Right Experiences” are specific to obsessive-compulsive disorder: Further evidence from Italian clinical samples.	Journal of Anxiety Disorders
2016	Belloch et al.	Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder.	Psychiatry Research
2016	Coles, M.E., y Ravid, A.	Clinical presentation of not-just right experiences (NJREs) in individuals with OCD: characteristics and response to treatment.	Behaviour Research and Therapy
2017	Fornés-Romero, G., y Belloch, A.	Induced not just right and incompleteness experiences in OCD patients and non-clinical individuals: an in vivo study.	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry
2017	Summers, B.J., y Cogle, J.R.	‘Not just right’ experiences moderate the effects of interpretation training for individuals with body dysmorphic disorder.	Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders
2017	Summers et al.	‘Not just right’ experiences and incompleteness in body dysmorphic disorder.	Psychiatry Research
2020	Summers et al.	A Multimethod Analysis of Incompleteness and Visual “Not Just Right” Experiences in Body Dysmorphic Disorder.	Behavior Therapy
2021	Cerea et al.	The relationship between body dysmorphic disorder symptoms and ‘not just right’ experiences in a sample of individuals seeking cosmetic surgery and aesthetic medicine procedures.	Clinical Psychology & Psychotherapy
2021	Pascual-Vera et al.	To achieve a sense of rightness: the joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder.	Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders
2022	Apa et al.	Are “not just-right experiences” trait and/or state marker for obsessive-compulsive disorder?	The European Journal of Psychiatry

Tabla 2. Resumen del análisis del contenido de los artículos seleccionados.

Autores y año de publicación	Características de la muestra	Objetivos principales	Resultados principales	Conclusiones principales
Ghisi et al., 2013	<p>Adultos (N=44)</p> <p>- Grupo TOC (n=22)</p> <p>*El 31,6% tenía un diagnóstico del Eje I (el 15,8% presentaba un trastorno de ansiedad y otro 15,8% un trastorno depresivo).</p> <p>*Un paciente tenía un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.</p> <p>*9 pacientes estaban recibiendo medicación (ISRS)</p> <p>- Grupo control (n=22)</p>	<p>Investigar si existe una relación entre las NJRE y los errores de comisión en la tarea Go/NoGo en los pacientes con TOC.</p> <p>También se examina la relación entre las NJRE y el tiempo de reacción (TR) en estas personas.</p>	<p>1) El grupo TOC obtuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo control en el OCI-R (malestar causado por los síntomas obsesivos-compulsivos).</p> <p>2) Los errores de comisión no se relacionaron con la gravedad del TOC y los pacientes TOC cometieron más errores de comisión que los controles sanos.</p> <p>3) Los pacientes TOC no se diferenciaron de los individuos sanos en el índice de compensación de velocidad-precisión.</p> <p>4) Los pacientes con TOC no medicados respondieron más rápido (tiempos de reacción/TR más cortos) y/o con más precisión (más ensayos correctos) que los medicados.</p> <p>5) Las puntuaciones más altas de NJRE fueron el único predictor de TR más lentos para los errores de comisión. Las puntuaciones en NJRE junto con la medicación predijeron TR más lentos en los ensayos Go correctos.</p>	<p>1) Las NJRE pueden actuar como un factor de vulnerabilidad general entre los pacientes con TOC para un rendimiento más lento en la tareas Go/ No Go, pero estas no están relacionadas con problemas en el control de la inhibición motora.</p> <p>2) El desempeño de los pacientes TOC puede no deberse única y específicamente a los síntomas obsesivos-compulsivos.</p> <p>3) El TOC es un trastorno heterogéneo con diferentes características fenomenológicas y diferentes subtipos de síntomas, por lo que es posible que diferentes síntomas del TOC estén relacionados con diferentes característica neuropsicológicas y que diferentes mecanismos neurales estén asociados con diferentes subtipos de síntomas.</p>

			<p>6) No hubo asociaciones entre las puntuaciones de las NJRE y el número de errores de omisión y comisión.</p> <p>7) La velocidad de ejecución se relacionó con las NJRE. No hubo asociación entre la gravedad del TOC y ningún aspecto del rendimiento Go/No Go.</p>	<p>4) La medicación podría contribuir a un enlentecimiento y un detrimento de la precisión de la respuesta.</p>
Sica et al., 2015	<p>Adultos (N=184)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo TOC (n=41) - Grupo tricotilomanía (n=38) - Grupo juego patológico (n=53) - Grupo TCA (n=43) <p>*El 36% del grupo TOC tenía un diagnóstico secundario del Eje I (trastorno de ansiedad y del estado del ánimo) y el 19% tenía un diagnóstico del Eje II (trastornos de personalidad).</p>	<p>Estudiar la posibilidad de que las NJRE sean un marcador putativo de vulnerabilidad del TOC.</p>	<p>1) Todos los participantes (100 %) del grupo de TOC, el 95 % de los del grupo con tricotilomanía, el 92 % de los del grupo de TCA y el 75 % de los jugadores patológicos informaron haber experimentado al menos una de las 10 NJRE escritas en el NJRE-QR.</p> <p>Las más comunes en los participantes con cada trastorno fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo TOC: ítem 6 (60%), ítem 7 (51%) e ítem 9 (51%). - Grupo tricotilomanía: ítem 6 (70%) e ítem 7 (50%). - Grupo TCA: ítem 1 (58%), ítem 4 (53%), ítem 6 (65%) e ítem 7 (51%). - Grupo juego patológico: ítem 5 (38%) e ítem 6 (45%). <p>El % de pacientes que experimentaron al menos una de las 10 NJRE fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo TOC: del 48% en las últimas horas, del 18% en el último día, del 24% en la última semana y del 10% en el último mes. 	<p>1) Las NJRE se dan incluso en pacientes con otros diagnósticos aparte del TOC, como la tricotilomanía, los TCA y el juego patológico. La NJRE más común en estos diagnósticos tiene que ver con la sensación de que las palabras no suenan del todo bien (ítem 6 del NJRE-QR).</p> <p>2) Por tanto, el NJRE-QR se puede utilizar en grupos clínicos relacionados con el espectro obsesivo-compulsivo ya que revela asociaciones significativas con los síntomas en todos los grupos.</p> <p>3) Las NJRE son un factor de vulnerabilidad putativo para el TOC puesto que las asociaciones con los síntomas típicos del cuadro clínico obsesivo-compulsivo (orden y</p>

-
- Grupo tricotilomanía: del 30% en las últimas horas, del 27% en el último día, del 19% en la última semana y del 24% en el último mes.
 - Grupo TCA: del 30% en las últimas horas, del 22% en el último día, del 28% en la última semana y del 20% en el último mes.
 - Grupo juego patológico: del 19% en las últimas horas, del 22% en el último día, del 43% en la última semana y del 16% en el último mes.

neutralización mental) son más fuertes en el TOC que en el resto de grupos.

2) Las correlaciones entre la escala de gravedad del NJRE-QR y la puntuación total de OCI-R en los cuatro grupos fueron generalmente de tamaño medio y no significativamente diferentes entre sí.

Asociaciones/correlaciones:

- NJRE – síntomas de lavado : mayores en los pacientes con TOC y juego patológico en comparación con los otros grupos.
 - NJRE – síntomas de orden y neutralización mental: de forma significativa en los pacientes de TOC que en el resto de los grupos.
 - Escala gravedad NJRE-QR – síntomas obsesivos (OCI-R): significativamente mayor en los grupos de TCA y juego patológico.
 - NJRE – síntomas de acumulación: no hubo asociación con el grupo TOC, aunque había más correlación con los grupos del juego patológico y la
-

tricotilomanía en comparación con el grupo de TCA.

3) Los resultados sugirieron que la magnitud de las diferencias en la gravedad de las NJRE fue generalmente de mediana a grande cuando se compararon los pacientes TOC con pacientes con TCA y juego patológico y pequeña cuando se compararon individuos con TOC con pacientes con tricotilomanía.

Sin embargo, aunque los pacientes con TOC y tricotilomanía no difirieron en la medida de las NJRE, estas parecían más típicas del TOC puesto que las puntuaciones para los otros tres grupos no diferían significativamente

Belloch et al., 2016	<p>Adultos (N=314)</p> <p>- Grupo control (n=267)</p> <p>- Grupo TOC (n=47)</p>	<p>Investigar las contribuciones diferenciales de la evitación del daño, la incompletud y las NJRE a las diferentes dimensiones de los síntomas del TOC y a la propensión a tener el trastorno tanto en la población general como en la clínica.</p>	<p>1) El número de NJRE fue significativamente mayor en el grupo TOC. Los pacientes las calificaron como más frecuentes, intensas y angustiosas. Además, mostraron una mayor urgencia a responder y mayor responsabilidad asociada.</p> <p>2) En el grupo TOC, las asociaciones entre las NJRE (tanto su número como su gravedad) y la incompletud no fueron superiores a las correlaciones de cada una de estas dos variables con la evitación del daño.</p> <p>3) Se encontró en el grupo TOC una menor especificidad de las NJRE, la incompletud y la</p>	<p>1) La intensidad de las NJRE, la incompletud y la evitación del daño aumenta a medida que se incrementa el riesgo de padecer TOC.</p> <p>El número de NJRE podría ser un marcador de vulnerabilidad del TOC.</p> <p>La incompletud y la gravedad de las NJRE podrían diferenciar aquellos con TOC de aquellos que no lo padecen.</p>
----------------------	---	--	--	---

	<p>*TAG (n=4) *Hipocondría (n=2) *TDC (n=1)</p>	<p>evitación del daño al comparar los coeficientes de correlación entre cada una de ellas y el OCI-R versus la depresión y versus la preocupación.</p> <p>4) Las dos puntuaciones de NJRE se relacionaron significativamente con las tres subescalas del OCI-R que evalúan las compulsiones: comprobación, orden/organización y acumulación.</p> <p>- La gravedad de las NJRE también se asoció con el lavado. - Se halló una falta de asociación entre la gravedad del TOC (YBOCS) y la gravedad de las NJRE.</p>	<p>2) Las NJRE y la incompletud no son dos constructos idénticos.</p> <p>3) Las NJRE y la incompletud no están más asociadas a los síntomas TOC que los síntomas TOC no específicos (ej. angustia, ansiedad, preocupación y depresión). Esto podría deberse a las altas tasas de trastornos comórbidos presentes en la muestra clínica.</p> <p>4) Las creencias obsesivas se consideran creencias relacionadas con la evitación del daño y, por tanto, existe una asociación más fuerte entre estas creencias y la evitación del daño que entre esas creencias, la incompletud y las NJRE.</p>	
<p>Coles y Ravid, 2016</p>	<p>Adultos (N=321) -Grupo control (n=242) - Grupo control con trastornos de ansiedad (n=34)</p>	<p>Estudiar la presentación clínica de las NJRE en pacientes diagnosticados con TOC y la comparación de sus experiencias con la de los controles.</p>	<p>1) Se encontraron diferencias significativas entre el grupo TOC y los controles tanto para el número de NJRE informadas como para su gravedad.</p> <p>- Las personas con TOC obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los controles en cuanto a la cantidad de NJRE experimentadas en el último mes y en su gravedad.</p>	<p>1) Los pacientes con TOC experimentan más NJRE, además de sentirse más perturbados por ellas en comparación con los controles.</p> <p>2) El número de NJRE reportadas por los pacientes con TOC, así como las reacciones ante ellas, están asociadas con</p>

<p>* Fobia social/TAS (n=23) * TAG (n=5) * TP y agorafobia (n=3) * TP sin agorafobia (n=1) * Trastorno de ansiedad no especificado (n=2)</p> <p>9 de 34 también cumplían criterios de depresión unipolar, 4 de 34 cumplían los criterios de fobia social y 3 de 34 también cumplían los criterios de TAG.</p> <p>- Grupo TOC (n=45)</p> <p>11 de 45 cumplían criterios de depresión unipolar y 9 de 45 cumplían los criterios de fobia social.</p>	<p>Además, se otorgan datos sobre las NJRE antes y después de la terapia cognitiva conductual (exposición y prevención de respuesta).</p>	<p>- Se hallaron dos NJRE específicas que eran mucho más frecuentes en el grupo TOC (ítems 8 y 9 del NJRE-Q).</p> <p>2) Tanto el número como la gravedad de las NJRE correlacionaron significativamente con la gravedad de los síntomas TOC autoinformados.</p> <p>- La gravedad de las NJRE correlacionó significativamente con los niveles de obsesiones y los síntomas totales de TOC calificados por el profesional.</p> <p>- Sin embargo, la gravedad de las NJRE no correlacionó de manera significativa con las compulsiones calificadas por el profesional.</p> <p>- El número de NJRE ratificadas no correlacionaron significativamente con los síntomas TOC evaluados por el profesional.</p> <p>3) El número de NJRE experimentadas correlacionó de forma significativa y más fuerte con la incompletud que con la evitación del daño.</p> <p>El número y la gravedad de las NJRE correlacionaron significativamente con los síntomas de orden/organización y modestamente con los síntomas obsesivos.</p> <p>4) Las personas que completaron la TCC para el TOC informaron, de forma significativa, menor</p>	<p>la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva.</p> <p>3) Las NJRE están motivadas por un sentimiento de incompletud. Asimismo, las NJRE están más relacionadas con los síntomas de orden/organización que con los síntomas obsesivos.</p> <p>4) Los pacientes TOC reportarían menos perturbaciones relacionadas con las NJRE después de la TCC basada en la EPR que antes del tratamiento. Los cambios en los síntomas del TOC debidos a la EPR están relacionados con los cambios en las NJRE.</p>
--	---	---	---

número de NJRE y NJRE menos graves al final del tratamiento.

- La cantidad de cambio correlacionó significativamente con los cambios en los síntomas de TOC autoinformados y en el dominio obsesivo.
- NO se encontró que los cambios en el número y en la gravedad de las NJRE estuvieran significativamente correlacionados con los cambios en los síntomas de orden/organización.
- La puntuación de la gravedad de NJRE no fue significativa. Los análisis exploratorios indicaron que las mayores reducciones de síntomas estaban relacionadas con la capacidad de quitarse las NJRE de la cabeza (ítem 17) y las percepciones de responsabilidad percibida de hacer algo (ítem 19). La intensidad de las NJRE (ítem 14) y la angustia relacionada en ese momento (ítem 15) mostraron los cambios más pequeños.

<p>Fornés-Romero y Belloch, 2017</p>	<p>Estudio 2 Adultos (N=20) con un diagnóstico primario de TOC.</p> <p>*Tres tenían un diagnóstico comórbido secundario (TDM, distimia o trastorno</p>	<p>Inducir experimentalmente NJREs en vivo en un entorno controlado para examinar sus características y fuerza, así como si desencadenan (o no) urgencias y/o impulsos. Además,</p>	<p>Estudio 2</p> <p>1) Los índices de sentimientos de incompletud, NJRE y malestar físico inducidos mostraron relaciones significativas entre sí, tanto en participantes no clínicos como con TOC, lo que sugiere que la mayoría de los ítems del cuestionario post-tarea evaluaban aspectos altamente relacionados de una construcción subyacente única. Pero es posible que se estuvieran evaluando manifestaciones físicas de ansiedad.</p>	<p>1) Las NJRE pueden inducirse de manera experimental y tienen un impacto negativo a nivel emocional y conductual.</p> <p>2) La ausencia de asociaciones entre las VD y las puntuaciones de depresión respalda la relativa especificidad de las NJRE y la incompletud para el TOC.</p>
--------------------------------------	---	---	---	---

de personalidad dependiente).

se analizan las relaciones entre las NJRE elicítadas y sus consecuencias.

2) En el grupo de pacientes con TOC, la puntuación de NJRE e incompletud estuvo altamente correlacionada con la necesidad de revisar/hacer algo durante la tarea.
3) Se halló una correlación entre la gravedad de la compulsión (Y-BOCS) y los impulsos/urgencias de hacer algo en la parada obligatoria en el grupo de pacientes.

4) Los pacientes con TOC obtuvieron puntuaciones más altas que los participantes no clínicos en todos los cuestionarios de autoinforme (VOCI-JR, OCI-R, OCCDQ, Y-BOCS y NJRE-QR), exceptuando el número de NJRE experimentadas.

5) Las NJRE y la incompletud se relacionaron con síntomas obsesivos-compulsivos, depresivos y *“just right”*, pero no con la evitación del daño o la ansiedad.

Además, las puntuaciones en molestias físicas y en impulsos en la parada obligatoria solo se asociaron con los síntomas NJRE (VOCI), el número y gravedad de NJRE en el pasado y la incompletud (OCCDQ).

6) No se observaron relaciones entre las sensaciones inducidas experimentalmente y el número informado de NJRE que los sujetos podrían haber experimentado en el pasado.

3) Las NJRE y la incompletud podrían tener un papel etiológico en los síntomas compulsivos, por lo que podrían ser una modalidad específica de obsesión su papel como motivadores de compulsiones sería similar al de otros contenidos obsesivos.

4) La gravedad de las NJRE debe considerarse como un marcador de vulnerabilidad de NJRE y no el número de NJRE experimentadas, puesto que las NJRE se dan de forma frecuente en población no clínica.

5) Existe una relativa especificidad de las NJRE y los síntomas de orden, lavado y acumulación, lo cual destaca la importancia de estas sensaciones en algunas dimensiones de los síntomas obsesivos-compulsivos.

			<p>7) En el grupo TOC, los síntomas de orden/organización se relacionaron con las NJRE y los sentimientos de incompletud evaluados en el cuestionario post-tarea.</p> <p>Además, las molestias físicas en la parada obligatoria se asociaron con los síntomas de orden, lavado y acumulación (OCI-R).</p>	
Summers y Cogle, 2017	<p>Adultos (N=40)</p> <p>- Grupo control (n=20)</p> <p>- Condición IBM(n=20)</p> <p>No todos los participantes completaron el tratamiento.</p>	<p>Comprobar si la gravedad de las NJRE modera el efecto de una intervención computarizada de modificación del sesgo de interpretación (siendo sus siglas en inglés IBM) y los síntomas de TDC.</p>	<p>1) En comparación con los controles, la intervención IBM condujo a síntomas de TDC más bajos después del tratamiento (medidas del BDD-YBOCS-SR).</p> <p>Pero este efecto solo estuvo presente entre las personas con NJRE bajas en el pre-tratamiento, puesto que las personas con niveles altos de NJRE antes del tratamiento no se beneficiaron de la intervención.</p> <p>2) Las NJRE no moderaron significativamente los efectos de la condición en los sesgos de interpretación.</p> <p>3) La depresión y la ansiedad previas al tratamiento no predijeron el resultado, lo que sugiere la especificidad de las NJRE como moderadoras.</p> <p>4) Según las repuestas otorgadas en el NJRE-QR, las NJRE más frecuentes en el último mes fueron las correspondientes a los ítems 1 (70%), 5 (65%) y 6 (67,5%).</p>	<p>1) Las personas con TDC con altos niveles de NJRE concurrentes no responden bien a este tipo de intervención u otras de orientación cognitiva.</p>

Summers et al., 2017	<p>Estudio 1 Adultos (N=54)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo control sano (n=26) - Grupo TDC (n=28) <p>La mayoría de las personas del grupo TDC presentaba al menos un trastorno comórbido.</p> <ul style="list-style-type: none"> *TDM (n=9) *Fobia social (n=4) *TAG (n=4) *Trastorno bipolar (n=3) *Distimia (n=3) *TOC (n=2) *TCA (n=2) 	Examinar la relación entre las NJRE/la incompletud y las obsesiones y rituales propios del TDC.	<p>Estudio 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - La medias correspondientes a las medidas de gravedad de la sintomatología TDC (BDD-YBOCS-SR) y la gravedad de las NJRE (NJRE-QR), fueron elevadas en comparación con el grupo control. 	<p>Estudio 1</p> <p>El grupo de TDC no difiere de los controles en el número de las NJRE experimentadas en el último mes, pero informa de una mayor gravedad de estas.</p>
	<p>Estudio 4 Adultos (N=74)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo síntomas TDC altos (n=34) - Grupo síntomas TDC bajos (n=40) 		<p>Estudio 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - El grupo con síntomas altos de TDC experimentó más malestar en respuesta a la tarea de desorden visual (tarea elicitora de NJREs utilizando para ello objetos situados desorganizadamente encima de una mesa) que el grupo de síntomas bajos. - Los grupos no difirieron en su necesidad por contrarrestar los estímulos de la tarea visual o las calificaciones (incomodidad y necesidad de contrarrestar) en las otras tres tareas en vivo (las dos pruebas táctiles y la auditiva). - El grupo con síntomas altos de TDC experimentó una mayor incomodidad en la tarea NJRE visual (mesa desordenada) que el grupo con síntomas bajos de TDC. Además, el grupo con síntomas elevados de TDC informaron de una mayor reactividad a la tarea visual a pesar de no estar relacionada con la apariencia. 	<p>Estudio 4</p> <p>Las personas con una elevada sintomatología de TDC experimentan más malestar ante NJREs de tipo visual aunque estas no estén relacionadas con su apariencia física, demostrando así la naturaleza visual de este trastorno y la preferencia por la simetría.</p> <p>La mayor reactividad a la tarea visual por parte de las personas con síntomas de TDC son consistentes con investigaciones previas que subrayan la naturaleza visual del trastorno y la preferencia por la simetría.</p> <p>Por tanto, las NJRE obtenidas a través de la vista pueden ser particularmente relevantes para el TDC.</p>

* Los grupos se formaron según las puntuaciones de los sujetos al BDD-YBOCS-SR)

- El grupo con síntomas altos de TDC informó de una mayor incompletud en comparación con el grupo de síntomas bajos de TDC.

Summers et al., 2020	<p>Estudio 1 Adultos universitarios (N=179)</p> <p>Estudio 2 Adultos (N=94)</p> <p>- Grupo TDC (n=50)</p> <p>* Tres cumplían los criterios de TOC * 11 cumplían los criterios de depresión</p> <p>- Grupo control (n=44)</p>	Explorar la asociación y la especificidad de las NJRE y la incompletud con el trastorno dismórfico corporal (TDC).	<p>Estudio 1</p> <p>1) Los análisis correlacionales mostraron relaciones de moderadas a fuertes entre la gravedad de los síntomas TDC y otras medidas de interés como la incompletud (INC) y la evitación del daño (HA).</p> <p>2) La reactividad ante las tres imágenes (NJRE visuales) se correlacionó moderadamente con la incompletud (INC) más que con la evitación del daño (HA)</p> <p>3) Los síntomas TDC se asociaron más fuertemente con la reactividad ante la imagen de asimetría facial, seguida por la imagen de asimetría corporal.</p> <p>4) La gravedad de los síntomas de TDC (BDD-YBOCS-SR) predijo la reactividad de los participantes (incomodidad/malestar y urgencia de arreglar los estímulos) a las dos imágenes NJRE relacionadas con la apariencia (asimetría corporal y facial) más allá del afecto negativo.</p>	<p>1) Parece que ambas dimensiones, incompletud y evitación del daño son relevantes para los síntomas de TDC.</p> <p>2) El hecho de que aumente la gravedad de la sintomatología TDC ante estímulos NJRE visuales asociados con la apariencia concuerda con la preocupación de estos pacientes por aspectos de su físico, especialmente las características de la cara y su simetría.</p> <p>3) Controlar el afecto negativo puede no ser apropiado dada la superposición de este con los síntomas TDC, pues puede dar lugar a conclusiones engañosas.</p>
----------------------	--	--	--	--

Los síntomas de TDC NO predijeron la reactividad a los estímulos NJRE de no apariencia por encima del afecto negativo.

Estudio 2

1) De forma similar al Estudio 1, el grupo TDC puntuó de manera significativamente más alta que los controles en incompletud (INC).

El grupo TDC también presentaba una mayor evitación del daño (HA) en comparación con los controles.

2) Asimismo, el grupo TDC obtuvo puntuaciones más altas de incomodidad y urgencia de arreglar los estímulos pertenecientes a las tres imágenes de la tarea NJRE visual (apariciencia y no apariciencia) en comparación con los controles.

Las diferencias de grupo más fuertes se observaron en la reactividad de los participantes a la imagen de asimetría facial.

3) Las diferencias inter-grupo en cuanto a las medidas de autoinforme y las calificaciones de las tareas se refiere (puntuaciones significativamente altas en ambas dimensiones del OC-CDQ, en la incomodidad y urgencia de arreglar los estímulos NJRE de las tres imágenes de la tarea, etc.) NO se mantuvieron después de controlar la edad y el afecto negativo.

Cerea et al., 2021	<p>Adultos (N=122)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de personas con síntomas de TDC que solicitan intervención cosmética (n=24) - Grupo de intervención cosmética sin síntomas TDC (n=45) - Grupo con individuos que NUNCA han requerido estos procedimientos (n=53) 	<p>Explorar la relación entre el TDC y las NJRE en entornos de cirugía estética y medicina estética.</p>	<p>1) El grupo de síntomas de TDC obtuvo una puntuación significativamente más alta que los otros dos grupos en el Cuestionario sobre el dimorfismo corporal (con las siglas QDC).</p> <p>Las áreas de preocupación más comunes en el grupo con síntomas TDC fueron: la piel (70,83%) y la nariz (37,5%).</p> <p>El grupo de intervención cosmética sin síntomas de TDC puntuó de forma significativamente más alta que el grupo sin intervención.</p> <p>2) El 91,67 % de las personas del grupo con síntomas de TDC, el 82,22 % del grupo de intervención cosmética sin síntomas de TDC y el 67,92 % del grupo de personas que no habían recibido ninguna intervención NCI informaron haber experimentado al menos una de las 10 NJRE descritas en el NJRE-QR.</p> <p>Las más comunes en los participantes de cada grupo fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo con síntomas de TDC: ítem 1 (36,8%) e ítem 6 (21,1%). - Grupo sin síntomas de TDC: ítem 1 (32%) e ítem 6 (36%). - Grupo no intervención: ítem 1 (25,8%) e ítem 6 (29%). 	<p>1) Las NJRE podrían desempeñar un papel específico para el TDC en entornos de cirugía y medicina estética, además de ser un factor de riesgo que exacerba la sintomatología del TDC.</p>
-----------------------	---	--	--	---

3) Respecto a las dos medidas de NJRE (número total y gravedad): el grupo de personas con síntomas de TDC obtuvo una puntuación significativamente más alta que los otros dos grupos.

- No surgieron diferencias significativas entre el grupo de intervención cosmética y el de no intervención.

4) Puntuación total del OCI-R: el grupo de personas con síntomas de TDC obtuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo de no intervención, mientras que la diferencia entre el grupo de personas con síntomas de TDC y aquel compuesto por personas que habían recibido intervención solo se acercó a la significación.

NO surgieron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el de no intervención.

El grupo con síntomas de TDC puntuó significativamente más alto que el grupo de no intervención en las subescalas de lavado y obsesión del OCI-R. No obstante, NO surgieron diferencias significativas con el grupo de personas que habían recibido intervención ni tampoco se hallaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el de no intervención.

5) Respecto al malestar general: el grupo de personas con síntomas de TDC puntuó más alto que los otros dos grupos. No surgieron diferencias significativas entre el grupo de intervención y no intervención.

6) Las dos medidas de NJRE (número y gravedad), explicaron un 2,9% de la variación en la puntuación total del QDC y, tras controlar la pertenencia al grupo, los resultados mostraron que la edad, el impulso/ansia por la delgadez y la escala de gravedad de NJRE fueron los únicos predictores significativos de la puntuación del QDC (que evalúa la presencia de conductas relacionadas con la insatisfacción corporal extrema y el TDC, la solicitud de procedimientos quirúrgicos y el *insight*)

Pascual-Vera et al., 2021	<p>Adultos con diagnóstico primario de TOC (N=62).</p> <p>10 de ellos tenían uno o más trastornos comórbidos secundarios:</p> <p>*TDM/distimia (n=4)</p> <p>*TAG/TAS (n=2)</p>	<p>Examinar el supuesto papel mediador de la intolerancia a la incertidumbre (IU) en la asociación entre la gravedad de las NJRE y los síntomas de TOC en pacientes diagnosticados de este trastorno.</p>	<p>Las tres variables del estudio (gravedad de las NJRE, intolerancia a la incertidumbre y la angustia vinculada a los síntomas TOC) se asociaron significativamente.</p> <p>1) Las puntuaciones de gravedad del NJRE-Q-R (NJRE) predijeron positivamente las puntuaciones en la subescala OBQ-IU (intolerancia a la incertidumbre), y las puntuaciones de esta subescala fueron predictoras de la puntuación total del OCI-R (angustia vinculada a los síntomas TOC)</p> <p>- La puntuación de gravedad del NJRE-QR también predijo la puntuación total del OCI-R.</p>	<p>1) Las NJRE son supuestos motivadores de los síntomas del TOC.</p> <p>2) El papel mediador de la intolerancia a la incertidumbre en el camino de las NJRE a la sintomatología TOC aumenta a medida que se incrementa la gravedad de las NJRE.</p>
---------------------------	--	---	---	--

	*Rasgos disfuncionales de personalidad (n=4)		2) Tanto el efecto total de las puntuaciones de gravedad del NJRE-QR en la puntuación total del OCI-R como el efecto indirecto de las puntuaciones de gravedad de NJRE-QR en la puntuación total de OCI-R fueron significativos.	3) La gravedad de las NJRE es, además de un factor de vulnerabilidad para el TOC y un marcador de gravedad de este trastorno.
Apa et al., 2022	Adultos (N=143) - Grupo TOC (n=51) - Grupo familiares de primer grado (n=47) - Grupo control (n=45)	Investigar si las NJRE son un marcador de rasgo relacionado con los mecanismos genéticos en el TOC y/o un marcador de estado relacionado con las características clínicas. Para el abordaje de la relación con los mecanismos genéticos de estas experiencias se incluyeron los familiares de primer grado en el estudio.	1) El número total y la gravedad de las NJRE fueron significativamente mayores en el grupo de TOC que en el grupo de familiares de primer grado y el grupo de control. No hubo diferencias entre el grupo de familiares de primer grado y los controles. En los tres grupos, la gravedad y el número total de NJRE correlacionaron con las dimensiones de casi todos los síntomas obsesivo-compulsivos. 2) La gravedad de las NJRE se relacionó con la edad, la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos (Y-BOCS) y la dimensión de perfeccionismo "dudas sobre las acciones" (Escala de perfeccionismo multidimensional de Frost o FMPS). 3) Al menos una de las 10 NJRE descritas en el NJRE-QR fue experimentada por: el 90% de las personas del grupo TOC, el 53% de los familiares de primer grado y el 68% de los controles. Para los tres grupos, las NJRE más comunes fueron:	1) Al no encontrarse que las NJRE fueran más frecuentes o más graves en los familiares no afectados que en el grupo de control sano, no se puede afirmar que las NJRE puedan ser un endofenotipo relacionado con los mecanismos genéticos del TOC. 2) Las NJRE pueden ser parte del rango de experiencia normal, pero aumentan de manera significativa en el estado sintomático del TOC. 3) Las NJRE están relacionadas con la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos, independientemente de la gravedad del perfeccionismo, la depresión y la ansiedad.

-
- Grupo TOC: ítem 2 (52%), ítem 3 (72%), ítem 9 (58%).
 - Grupo familiares: ítem 3 (38%), ítem 6 (19%), ítem 7 (14%).
 - Grupo control: ítem 2 (26%), ítem 3 (35%), ítem 6 (24%).

4) En el análisis de regresión jerárquica del estudio no se obtuvo evidencia de una relación única entre la gravedad de las NJRE y la ansiedad y la depresión.

5) El perfeccionismo, en concreto las dimensiones “dudas sobre las acciones” y “preocupación por cometer errores”, mostraron una relación muy fuerte con la frecuencia y la intensidad de las NJRE.

- Un análisis más detallado reveló que la dimensión “dudas sobre las acciones” estaba relacionada con la gravedad de las NJRE independientemente de la depresión, la ansiedad y la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos.

6) No hubo diferencias de género significativas en las puntuaciones de NJRE.

4) No hay pruebas consistentes que demuestren que las NJRE son específicas de ciertas dimensiones de síntomas obsesivos-compulsivos. Por tanto, se podría decir que pueden ser un marcador de estado en los pacientes con TOC.

5) Es posible que las NJRE, presentes como una tendencia normal en la población general, puedan estar mediadas por el perfeccionismo y exacerbarse durante los estados de síntomas de TOC debido a una disfunción de las señales de parada.

6) La relación entre edad, sexo, número y gravedad de las NJRE parece poco clara.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a Belén Pascual. Este año me puse como reto el hacer un TFM del que me sintiera orgullosa y satisfecha, además de intentar (o mejor dicho, permitirme) disfrutar del proceso independientemente del resultado numérico final. Y aunque ha habido momentos en los que lo he visto todo muy difícil, podría decir que lo he conseguido. Pero obviamente no lo he hecho sola. Así que aprovecho este pequeño espacio para darte las gracias por toda la atención que me has brindado, tu dedicación y tus palabras de ánimo en cada uno de los correos y de las tutorías. Siento que no podría haber tenido una profesora mejor en esta última etapa de mi carrera académica.

También quiero darle las gracias a Eva y a Pablo. Habéis sido un gran apoyo para mí durante estos dos duros años de máster, porque más allá de ser compañeros, siento que habéis sido (y sois) mis amigos. Al entrar al máster pensé que estaría completamente sola y no sabéis lo mucho que me alegra ver que al final esto no ha sido así. Espero que algún día nos podamos juntar para celebrarlo.

Otra persona que agradezco que haya aparecido este último año es Sergi. Siento que todo habría sido distinto de no habernos tenido el uno al otro para contarnos nuestros “dramas” de psicología y de la vida cotidiana, sin esas conversaciones informales con las que siento que aprendo y reflexiono muchísimo, sin olvidarnos de aquellas en las que simplemente lo criticamos todo (que es algo muy válido y necesario algunas veces). Gracias por haber estado ahí, por escucharme y ofrecerme tu ayuda cada vez que lo he necesitado. Ojalá pronto defiendas tu tesis y pueda estar ahí para verlo.

Tampoco puedo olvidarme de Laura y Triana. Chicas, gracias por ser hogar y por cuidarme tanto. No cambiaría nuestras charlas interminables en las que, con una cerveza en la mano, reímos, lloramos y hablamos desde los cotilleos de cualquier famosa/o hasta la cosa más profunda del mundo. Gracias por ser un lugar seguro al que acudir siempre que todo va mal (y cuando va bien, también).

Y cómo no, no pueden faltar mis dos pilares en estos últimos años: Cris y Esteban. Cris, no solo eres mi mejor amiga, sino que puedo decir muy orgullosa que aprendo mucho de ti. No solo a nivel académico (que para mí es una pasada todo lo

que sabes y haces, además de todo lo que estás consiguiendo y conseguirás, porque estoy segura de ello), sino también a nivel personal. Te admiro muchísimo, aunque a ti probablemente te cueste creerlo. Espero que nuestros “podcasts”, nuestras charlas de desquiciadas con el mundo académico (y con la vida) y todas nuestras anécdotas me acompañen, junto contigo, muchos años más. Y Esteban, no sé qué decirte que no te haya dicho ya. Gracias por ser mi pareja, mi compañero, mi fan número uno y por ende la persona que más me anima a seguir haciendo lo que me gusta aunque me invadan los miedos y las dudas. Aunque odie cada uno de tus “*Te lo dije*” o tus “*Ya sabía yo que pasaría eso*”, agradezco que estés ahí para recordarme que las cosas no son tan terribles y que puedo hacer muchas más cosas de las que creo.

Por último, quiero darle las gracias a mi madre y a mi hermana. Como me dijo mamá el otro día: “*No habré hecho el trabajo, pero he estado en sintonía contigo.*” Y tanto que sí. Gracias por estar ahí en cada victoria y en cada derrota. Os quiero mucho.

En definitiva, este trabajo también es vuestro.

Mil gracias por todo.