

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UNA REVISIÓN CRÍTICA

KARMELE SALABERRÍA¹, MERCEDES BORDA², PEDRO J. AMOR¹
y ENRIQUE ECHEBURÚA¹

¹ Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco

² Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

(Recibido el 20 de diciembre de 1999)

El trastorno dismórfico corporal o la dismorfofobia es un cuadro clínico definido recientemente y del que se conoce poco sobre su origen y tratamiento. Esta revisión tiene por objetivo describir el trastorno y sus características principales, así como señalar las estrategias de tratamiento. Se realiza una descripción de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas y se revisan los resultados de las investigaciones experimentales llevadas a cabo. Por último, se señalan las limitaciones de los trabajos publicados y se sugieren líneas de investigación en relación con la metodología, la comparación de tratamientos y la búsqueda de variables predictoras.

Palabras clave: Dismorfofobia, tratamiento psicológico, terapia cognitivo-conductual, investigaciones clínicas.

Treatment of dysmorphophobia: a critical review

Dysmorphophobia or body dysmorphic disorder is a newly defined mental disorder. Little is currently known about its clinical features and treatment. This review is directed at describing the clinical characteristics and treatment strategies. The results of clinical research are reviewed. Limitations of the existing literature are summarized and suggestions for future research are offered with respect to methodology, treatments comparisons and the search of predictors of therapeutic success.

Key words: Dysmorphophobia, psychological treatment, cognitive-behavior therapy, clinical research.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la preocupación por la belleza, el aspecto físico y la imagen corporal se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria que mueve billones de pesetas al año. Se concede una gran importancia a la belleza. La belleza provoca un efecto de halo que distorsiona nuestra visión y hace más positiva nuestra apreciación de otras

características de la persona que la posee.

Desear una imagen perfecta no significa tener un trastorno psicológico, pero cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia en forma de ideas sobrevaloradas y generan malestar, interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, entonces se pueden convertir en un problema clínico.

Así, no es extraño que desde hace un tiempo se haya comenzado a estudiar el trastorno dismórfico corporal o la dismorfofobia, aunque el término fuera ya

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. de Tolosa 70, 20018 San Sebastián. Fax: 943 311 055.

¹ TCC: terapia cognitivo-conductual

definido en el año 1886 por Morselli y citado en distintos textos a lo largo de los primeros años del siglo XX (*cfr.* Berrios y Kan, 1996).

De hecho, siempre han existido personas más o menos «acomplejadas» por el acné, las gafas, los dientes deformes, las orejas salientes, la baja estatura, la calvicie, la nariz grande, etc. Todas estas preocupaciones son, hasta cierto punto, normales y en la adolescencia emergen con toda la fuerza. Pero existe un grupo de personas en las que estas preocupaciones sobre los «defectos» del cuerpo y sobre la apariencia física, lejos de disminuir con el tiempo, aumentan o se mantienen, produciendo un gran malestar e impidiendo llevar adelante una vida normal. Es entonces cuando se puede hablar propiamente de trastorno dismórfico corporal.

De todos modos, la dismorfofobia, entendida como preocupación por la imagen corporal, puede ser un *síntoma* presente en distintos cuadros clínicos, como la esquizofrenia, la anorexia nerviosa, la obesidad, la bulimia, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, etc. (Birtchnell, 1988; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997), pero también puede ser un *trastorno en sí mismo*. En este artículo se hace referencia a esta última condición.

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO

El trastorno dismórfico corporal puede definirse, según el *DSM-IV* (Asociación

Psiquiátrica Americana, 1994), como una preocupación excesiva por «un defecto corporal» inexistente o de escasa entidad (Tabla 1). Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto, dificultando las relaciones interpersonales (Peruggi, Giannotti, Frare, Di Vaio, Valori, Maggi, Cassano y Akiskal, 1997; Rosen, Cado, Silberg, Srebnik y Wendt, 1990).

Las personas con este trastorno, que se adhieren tozudamente a una apreciación no compartida por la mayoría de la gente, tienen miedo a que los demás se den cuenta del supuesto defecto físico, muestran sentimientos de culpa y vergüenza, se preocupan de modo repetitivo, sobrevalorado o delirante, evitan las situaciones sociales y la exposición del cuerpo, tienen rituales y solicitan tratamiento médico y cosmético de forma reiterada (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997; Rosen, 1995).

Entre las preocupaciones más frecuentes figuran los defectos faciales (referidos a la nariz, la piel, el pelo, etc.), la estructura física y los olores corporales (Phillips, McElroy, Kock, Pope y Hudson, 1993) (Tabla 2). Hay algunas que son más específicas de cada sexo, como la preocupación por la forma o el tamaño de las mamas, en el caso de las mujeres, o la preocupación por el tamaño del pene, en los hombres.

Las quejas sobre la apariencia física pueden estar relacionadas con partes *específicas* del cuerpo (nariz, dientes,

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal según el *DSM-IV* (APA, 1994)

-
- a. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico; o cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
 - b. La preocupación provoca malestar o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - c. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo: la anorexia nerviosa o la bulimia, el transexualismo, etc.).
-

Tabla 2. Tipos de quejas sobre la apariencia física (Phillips, 1991; Hollander y Aronowitz, 1999)

<i>Alcance de la queja</i>	<i>Contenido de la queja</i>
Defectos faciales	<ul style="list-style-type: none"> — Acné, arrugas, cicatrices, manchas. — Vello excesivo. — Palidez o enrojecimiento. — Asimetría facial.
Estructura corporal (forma, tamaño, peso, simetría)	<ul style="list-style-type: none"> — Partes de la cara y la cabeza. — Genitales. — Extremidades.
Olores corporales	<ul style="list-style-type: none"> — Secreciones, olores, aliento.

senos, nalgas, etc.) o pueden referirse a aspectos más *globales*, como sentirse feo, deforme o de aspecto raro (Wilhelm, Otto, Lohr y Deckersbach, 1999). Según el *DSM-IV* (APA, 1994), la preocupación acerca de la parte del cuerpo puede ser siempre la misma o puede variar a lo largo del tiempo.

Como en otros cuadros clínicos, los síntomas se presentan en tres niveles de respuesta, que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que el «defecto» puede ser visualizado o comentado (Rosen, 1995) (Tabla 3).

Las *conductas de evitación* pueden referirse a eludir situaciones sociales, pero también a rehuir su propia imagen en el espejo o a negarse a cambiarse de ropa delante de los demás (en un gimnasio, por ejemplo). Esta evitación puede ser *total*, cuando el paciente se encierra en casa, o *parcial*, cuando adopta *conductas de camuflaje* (determinadas ropas

anchas, maquillaje exagerado, etc.) en presencia de otras personas. La evitación, en los casos más graves, puede conducir a un aislamiento social extremo, que puede llevar al paciente incluso a intentos de suicidio.

En este contexto pueden surgir asimismo *rituales de comprobación*, como el examen reiterado del cuerpo delante del espejo, y las *conductas de reaseguramiento*, como la solicitud repetida de información tranquilizadora o la comparación constante con los demás. Todo ello tiene por objetivo el control de la preocupación que causa la posible visibilidad del defecto.

Otras consecuencias conductuales del trastorno son el inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc., de forma reiterada y con demandas irracionales (Hollander, Cohen y Simeon, 1993).

A *nivel cognitivo* pueden aparecer distintas alteraciones:

Tabla 3. Niveles de respuesta alterados en el trastorno dismórfico corporal

<i>Niveles</i>	<i>Respuestas</i>
Psicofisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de evitación y camuflaje. • Rituales de comprobación y tranquilización.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones. • Distorsiones perceptivas. • Creencias irracionales. • Comparaciones con los demás.

- a) Preocupaciones intensas sobre la importancia del defecto y sobre la valoración de los demás hacia el mismo (Phillips, 1991).
- b) Distorsiones perceptivas de la imagen corporal o de alguna parte del cuerpo. La persona está convencida de la existencia del defecto y lo percibe de modo mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad.
- c) Autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo que pueden llevar a un profundo desprecio de la apariencia física y, en último término, a un déficit de autoestima.
- d) Creencias irracionales, como que el defecto es una prueba de la imposibilidad de ser queridos o apreciados, o incluso una muestra de debilidad o de inadecuación personal (Raich, Soler y Mora, 1994).

No es fácil la categorización de las respuestas cognitivas, principalmente en lo referido al grado de convicción de la existencia del defecto. Así, se han caracterizado las preocupaciones de los pacientes, según los casos, como *patológicas*, como *ideas sobrevaloradas* o como *ideas delirantes* (De León, Bott y Simpson, 1989).

De este modo, existen pacientes que son conscientes de la intensidad, duración y frecuencia excesivas de la idea, así como de su exageración, pero a veces no pueden dejar de pensar en ella (*preocupación patológica*). En otros pacientes, la preocupación tiene un carácter de *idea sobrevalorada*: está atrincherada en el sujeto, ocupa un lugar central en su vida y cuenta con una gran carga emocional. Por último, están los pacientes absolutamente convencidos de la existencia real del defecto. Se trata, en estos casos, de *ideas delirantes* (dismorfofobia delirante o trastorno delirante de tipo somático) (Phillips y McElroy, 1993).

No hay diferencias cualitativas entre la dismorfofobia delirante y la no delirante en cuanto a la psicopatología asociada y a la respuesta al tratamiento. El único aspecto distintivo es la severidad del trastorno (más acentuada en el primer caso) (Gómez-Pérez, Marks y Gutiérrez-Fisac, 1994; Phillips, McElroy, Kock, Hudson, Harrison y Pope, 1994).

Una variante del trastorno dismórfico es la *vigorexia o dismorfia muscular*. Este cuadro clínico se caracteriza por la obsesión por obtener un cuerpo hiper-musculado, lo que conduce a estas personas —principalmente hombres— a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas y anabolizantes esteroides para aumentar la masa muscular. Este tipo de personas se ven excesivamente delgadas a pesar de tener un cuerpo muy musculoso, presentan pensamientos reiterados de preocupación y rituales (dedicar horas a los ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta a base de proteínas e hidratos de carbono, etc.), además de evitar situaciones en donde puede ser observado su cuerpo. Hay una comorbilidad de estas conductas anómalas con los trastornos de la conducta alimentaria, la toxicomanía, la adicción al ejercicio y el trastorno obsesivo-compulsivo (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se trata de un cuadro clínico infradiagnosticado (Phillips, 1991), pero parece ser más común de lo que realmente se cree. La tasa actual de prevalencia del trastorno se sitúa entre el 1% y el 2% de la población general (Hollander y Wong, 1995; Hollander y Aronowitz, 1999). La incidencia en uno y otro sexo es similar (Rich, Rosen, Orosan y Reiter, 1992), pero las mujeres tienden a acudir más al cirujano y los hombres al psiquiatra (Hay,

1970). La edad de los pacientes se sitúa entre los 15 y 40 años y hay una sobre-representación de personas solteras y sin pareja (Phillips, 1998).

El trastorno comienza en la adolescencia, entre los 15 y 20 años, y presenta un curso crónico (Munro y Stewart, 1991; Phillips, Atala y Albertini, 1995). La petición de ayuda terapéutica suele demorarse entre 10 y 15 años, con la particularidad de que la demanda se relaciona más con las complicaciones psicopatológicas generadas (depresión, aislamiento social, etc.) que con el trastorno en sí mismo (Peruggi, Giannotti, Frare, Di Vaio, Valori, Maggi, Cassano y Akiskal, 1997). Lo que dificulta la búsqueda temprana y explícita de ayuda son la culpa y la vergüenza experimentadas por el contenido de sus preocupaciones.

Los antecedentes familiares de trastornos mentales no son infrecuentes. En concreto, aparecen descritos entre los familiares de primer grado la depresión, las conductas adictivas, las psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo (Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumker y Klein, 1989; Penasa y Escudero, 1994; Phillips, McElroy, Kock, Pope y Hudson, 1993; Martín Muñoz, Navarro y Martínez, 1985; Thomas, 1984).

Por otro lado, hay una comorbilidad alta entre el trastorno dismórfico corporal y otros cuadros clínicos del *eje I* (fobia social, depresión, intentos de suicidio, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias y, en menor medida, psicosis y trastornos de la conducta alimentaria) (Hollander, Cohen, Simeon, 1993; Phillips, Atala y Albertini, 1995; Wilhem, Otto, Zucker y Pollack, 1997), así como del *eje II* (trastorno de personalidad evitadora, obsesivo-compulsiva, dependiente y *borderline* principalmente) (Neziroglu, McKay, Todaro y Yaryura-Tobias, 1996). Más en general, la introversión, la baja autoestima, la hipersensibilidad y la inseguridad personal son también carac-

terísticas de estos pacientes (McCarthy, 1990).

Ha habido algunos intentos por hacer un diagnóstico diferencial entre los pacientes *normales* y los dismórficos que recurren a la cirugía estética. Estos últimos tienden a acudir a más cirujanos y a ser intervenidos por problemas múltiples. En concreto, se caracterizan por el estrés desproporcionado y la preocupación reiterada y por la vaguedad de la queja y de la petición, así como por las expectativas irracionales o mágicas. Además presentan una historia de operaciones previas y un deterioro mayor en todas las áreas de su vida, con problemas emocionales y de personalidad (Birch-nell, 1988; Hollander y Aronowitz, 1999; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Motivación para la terapia

Los pacientes con este trastorno suelen estar motivados para el cambio *físico* de su apariencia externa. De este modo, inician con frecuencia tratamientos capilares, dermatológicos, quirúrgicos, de reducción de peso, etc., como forma de eliminar su defecto.

El problema, sin embargo, no está tanto en la apariencia exterior como en la vivencia subjetiva del cuerpo. A pesar de ello, los pacientes se muestran muy reacios al tratamiento psicológico, porque, al no ser conscientes del problema real, la única alternativa planteada es la modificación de la fachada externa.

Objetivos terapéuticos

Las metas prioritarias de la terapia son las siguientes: la modificación de las autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo; el cambio de los supuestos irra-

cionales sobre la apariencia física; y la desaparición (o, cuando menos, reducción) de las conductas rituales y de evitación. Sólo así es posible sentirse mejor con la propia imagen sin cambiar el aspecto externo. En último término, se trata de modificar los hábitos que interfieren negativamente con el funcionamiento cotidiano, de aprender a tolerar la apariencia propia y de afrontar las situaciones (mirarse al espejo, relacionarse con los demás, etc.) que habitualmente se evitan (Rosen, 1997).

La terapia de la imagen corporal utilizada en la dismorfofobia también puede ser aplicada, a modo de ayuda complementaria, en los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y obesidad) (Rosen, Reiter y Orosan, 1995; Vandereycken, Probst, Van Bellinghen, 1992).

Técnicas terapéuticas

Los procedimientos terapéuticos utilizados son similares a los empleados en el tratamiento cognitivo-conductual de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo (Rosen, 1997; Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997) (Tabla 4).

El formato del tratamiento puede ser individual y/o grupal y dura de 2 a 3 meses, con un número de sesiones que oscila entre 6 y 12. La frecuencia de las sesiones puede ser variable, desde una a varias por semana. La duración de cada

sesión varía de 60 a 90 minutos, y cada una de ellas va acompañada de tareas para casa y de algunos materiales de autoayuda, como manuales o casetes.

— *Información*

Un primer componente de la terapia es la información proporcionada al paciente sobre los distintos aspectos relacionados con el problema. Así, se le explica en qué consiste el trastorno y cuáles son sus características, así como la diferencia entre lo que es la *apariciencia física* y la *imagen corporal* (esta última referida a un constructo psicológico). Por ello, la modificación de la apariencia física no conduce siempre al cambio de la imagen corporal. De hecho, personas distintas pueden percibir la apariencia física del paciente (como ocurre asimismo en relación con la belleza) de modo muy diferente a como la percibe él mismo.

En este sentido, se realiza con el paciente una historia del desarrollo de la imagen corporal (en los aspectos perceptuales, cognitivo-afectivos y conductuales) y se analiza de qué forma ha ido modificándose a lo largo del tiempo en función de los sucesos personales y las influencias sociales.

Los tres componentes de la imagen corporal están íntimamente relacionados entre sí. De este modo, los pensamientos negativos inciden sobre las emociones y

Tabla 4. Componentes del tratamiento cognitivo-conductual (Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997; Rosen, 1997)

1. *Información sobre:*

- Las características del trastorno.
- La apariencia física y la imagen corporal.
- El impacto de los pensamientos sobre las emociones y la percepción del cuerpo.
- El papel de la evitación y de los rituales en el mantenimiento de los síntomas.

2. *Exposición con prevención de respuesta.*

3. *Reestructuración cognitiva.*

sentimientos hacia el cuerpo, así como sobre su percepción y las conductas hacia el mismo. De la misma manera, las conductas de evitación y los rituales impiden la habituación y el normal desarrollo de la imagen corporal y están implicadas en el mantenimiento y agravación del trastorno.

— *Exposición con prevención de respuesta*

La exposición supone enfrentarse a las situaciones provocadoras de ansiedad, de modo jerárquico, primero en casa y luego en los lugares públicos, sin que se emitan conductas de evitación o de camuflaje. El objetivo es que el paciente sea capaz de contemplar las distintas partes de su cuerpo sin malestar significativo y sin utilizar un lenguaje negativo sobre sí mismo (Rosen, 1997).

El segundo componente de este tratamiento es la prevención de respuesta (dar un tiempo límite para vestirse, dejar la cara sin maquillarse, etc.), que se utiliza para impedir la realización de conductas de comprobación y acicalamiento que suponen un continuo examen del cuerpo con el objetivo de neutralizar la ansiedad experimentada.

Otras técnicas complementarias son el entrenamiento en habilidades sociales y la relajación y respiración, que pueden ser de ayuda cuando los pacientes tienen dificultades con el tratamiento de exposición o reaccionan con llanto y autoverbalizaciones negativas ante las tareas propuestas (McKay, Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997).

— *Técnicas cognitivas*

Se ha utilizado el modelo de *reestructuración cognitiva*, inspirado en las técnicas de Beck o de Ellis, cuyas fases son las siguientes:

1. Educación e información. En esta fase se trata de exponer al paciente el modelo cognitivo-conductual, es decir, la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta.
2. Identificación y registro de pensamientos, así como de su relación con las emociones y las conductas.
3. Discusión de los pensamientos y puesta en duda de los mismos con referencia a los datos de la realidad.
4. Sustitución de los pensamientos no adaptativos por otros más adecuados y que produzcan menos sufrimiento.

El objetivo del trabajo realizado con los pensamientos es enseñar al paciente a aceptar su cuerpo y a sentir satisfacción con el mismo. Normalmente se solicita al paciente que identifique y registre los pensamientos que aparecen durante las exposiciones o durante la realización de las conductas de evitación o rituales, así como las actitudes personales hacia el cuerpo, para que luego puedan ser debatidas en las sesiones terapéuticas.

Las distorsiones cognitivas que más frecuentemente son objeto de tratamiento en la dismorfofobia figuran expuestas en la Tabla 5.

Tabla 5. Distorsiones cognitivas frecuentes en la dismorfofobia

-
- Suposiciones y pensamientos sobre la importancia de la apariencia física.
 - Necesidad de ser perfecto y de tener la aprobación de los demás.
 - Comentarios negativos sobre el propio cuerpo, con comparaciones constantes con los demás.
 - Percepciones distorsionadas de la apariencia.
-

Tabla 6. Características generales de las investigaciones clínicas (1)

Autores	Muestra	Diseño	Técnicas	Formato
Butters y Cash (1987)	Mujeres; 21 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr.experi. (n=15) Gr.control (n=16)	— Información — Relajación — Desensibilización — Exposición — Reestr.cognitiva — Actividades positivas	6 sesiones 1 semanal 1 hora individual
Rosen, Saltzberg y Srebnik (1989)	Mujeres; 19 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr.experi. (n=13) Gr.placebo (n=10)	— Información — Entrenamiento en estimación corporal — Terapia cognitiva y autoinstrucciones — Exposición	6 sesiones 1 semanal 2 horas grupal
Rosen, Cado, Silberg, Srebnik y Wendt (1990)	Mujeres; 19 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr.1: TCC ¹ (n=12) Gr.2: TCC + Entrenamiento en percepción corporal (n=15)	— Información — Exposición — Terapia cognitiva y autoinstrucciones — Entrenamiento en estimación corporal	6 sesiones 1 semanal 2 horas grupal
Fisher y Thompson (1994)	Mujeres; 23 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr.1: TCC (n=16) Gr.2: Ejercicio físico (n=14) Gr.3: Control (n=16)	— Guía terapéutica de Butters y Cash (1987) — Ejercicios aeróbicos	6 sesiones 1 semanal 1 hora grupal
Raich, Soler y Mora (1995)	Mujeres; Estudiantes; Dismorfobia.	Gr.1: TCC (n=11) Gr.2: Control (n=6)	— Guía terapéutica del grupo de Rosen y Cash	8 sesiones 1 semanal 2 horas grupal

¹ TCC: terapia cognitivo-conductual

Tabla 7. Características generales de las investigaciones clínicas (y 2)

Autores	Muestra	Diseño	Técnicas	Formato
Rosen, Reiter y Orosan (1995)	Mujeres; 36 años; Dismorfofobia.	Gr.experi. (n=27) Gr.control (n=27)	<ul style="list-style-type: none"> — Información — Identificación y jerarquización de partes ansiógenas — Exposición+ prev.respuesta — Reestr.cognitiva 	8 sesiones 1 semanal 2 hora grupal
Grant y Cash (1995)	Mujeres; 24 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr. con terapeuta (n=12) Gr. de autoayuda (n=11)	<ul style="list-style-type: none"> — Información — Auto-registro — Relajación — Desensibilización — Terapia cognitiva y autoinstrucciones — Exposición+ prev.respuesta — Solución de problemas y asertividad 	11 sesiones 1 semanal 90 minutos grupal — 11 sesiones 1 semanal 20 minutos individual
Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson y Walburn (1996)	Hombres y mujeres; 35 años; Dismorfofobia.	Gr.experi. (n=9) Gr.control (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> — Información — Exposición + prevención de respuesta — Terapia cognitiva 	12 sesiones
Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler (1997)	Mujeres; 23 años; Estudiantes; Insatisfacción corporal.	Gr.experi. (n=32) Gr.control (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> — Información — Entrenamiento en percepción corporal — DS — Reestruc. Cognitiva — Exposición + prev.respuesta 	9 sesiones 1 semanal 2 horas grupal

Desde esta misma perspectiva, se han utilizado también las autoinstrucciones positivas y el *rol-playing* racional (Newell y Shrubbs, 1994). En esta técnica el paciente y el terapeuta invierten sus papeles: así, el terapeuta defiende las creencias del paciente sobre su anormalidad y éste debe presentar argumentos en contra, pero basados en datos objetivos y no en meras opiniones personales ni en sensaciones más o menos confusas sobre su imagen corporal. El objetivo, en último término, es que el paciente incorpore estos argumentos en su repertorio a modo de autoinstrucciones de carácter más objetivo y neutral.

INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Las investigaciones clínicas controladas con diseños de grupo sobre el tratamiento de este trastorno han comenzado a aumentar a partir de los años 90. Los resultados obtenidos con técnicas cognitivo-conductuales son esperanzadores. En general, las muestras utilizadas en los estudios publicados se refieren tanto a pacientes dismórficos con quejas específicas como a sujetos que muestran una insatisfacción global con su cuerpo. En las Tablas 6 y 7 aparecen las características más importantes de cada uno de los estudios que se comentan más ampliamente a continuación.

La primera investigación publicada es la de Butters y Cash (1987). Este estudio se llevó a cabo en una muestra de mujeres con trastornos de la imagen corporal, pero sin alteraciones de la conducta alimentaria, que puntuaban por debajo del percentil 25 en la escala *Body Self-Relations Questionnaire* (BSRQ, Winstead y Cash, 1984). Lo que se hizo fue comparar un tratamiento cognitivo-conductual (N=15), aplicado en sesiones individuales, con un grupo de control de lista de espera (N=16).

La terapia consistió en 6 sesiones semanales de 1 hora de duración en for-

mato individual. En la *primera sesión*, se proporcionó información sobre la insatisfacción con la imagen corporal (causas, repercusiones en la vida cotidiana, etc.) y se expuso la fundamentación del tratamiento, además de realizar un entrenamiento en relajación. En la *segunda sesión*, se solicitó a las pacientes que construyeran una jerarquía de 5 partes del cuerpo o áreas, desde las más satisfactorias hasta las menos, y se aplicó la desensibilización sistemática. En la *tercera sesión*, se aplicó la exposición en vivo a diferentes partes del cuerpo delante del espejo y se entrenó a las pacientes a detectar los pensamientos automáticos que podían aparecer durante los ejercicios de exposición. En la *cuarta sesión*, se introdujo el esquema de trabajo de la terapia cognitiva (identificar, disputar y ofrecer pensamientos alternativos). En la *quinta sesión*, se planificaron actividades corporales gratificantes. Y, por último, en la *sexta sesión* se realizó un balance del programa y se ofrecieron estrategias de prevención de recaídas. A lo largo de las sesiones se utilizaron vídeos, material de autoayuda y tareas para casa.

Los resultados obtenidos en el grupo de tratamiento eran superiores al grupo de control al finalizar la terapia y se mantenían a las 7 semanas de seguimiento. En concreto, las pacientes mostraban mejorías significativas en la imagen corporal, en las cogniciones desadaptadas sobre el cuerpo, en la autoestima y en los sentimientos de adecuación acerca del cuerpo y la sexualidad.

En el primer estudio de Rosen, Saltzberg y Srebnik (1989), se comparó un tratamiento cognitivo-conductual (N=13) con un grupo placebo de atención mínima (N=10), que consistió en atención e información sobre la imagen corporal, la estimación del cuerpo y los efectos de la evaluación sobre el cuerpo, pero sin incorporar ejercicios específicos de reestructuración cognitiva ni de exposición.

La muestra estaba compuesta de 23 mujeres estudiantes con alteraciones de la imagen corporal, pero sin trastornos de la conducta alimentaria, que obtuvieron una puntuación superior a 109 en el cuestionario *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).

El tratamiento tuvo una duración de 6 semanas, con una sesión semanal de dos horas, en un formato grupal (3-4 pacientes). La terapia cognitivo-conductual se centró en la corrección de las estimaciones sobre el tamaño y el peso del cuerpo, en la modificación de las distorsiones cognitivas y de los pensamientos negativos sobre la apariencia física y en exposiciones a las situaciones que provocaban esos pensamientos.

Los resultados del grupo de tratamiento eran superiores al grupo placebo, tanto en el postratamiento como en el seguimiento de los dos meses. De este modo, las chicas que recibieron la terapia mostraban mayores logros en las estimaciones corporales, en la satisfacción con el cuerpo y en la evitación conductual.

En un estudio posterior de este mismo grupo (Rosen, Cado, Silberg, Srebnik, Wendt, 1990), se analizó la eficacia de añadir a la terapia cognitivo-conductual un componente más: el entrenamiento específico en estimación corporal. Para ello, se trató a 27 mujeres con trastorno de la imagen corporal y una puntuación superior a 109 en el cuestionario *Body Shape Questionnaire* (Cooper et al., 1987), pero sin alteraciones de la conducta alimentaria, con una de estas dos modalidades terapéuticas: terapia cognitivo-conductual (N=12) o terapia cognitivo-conductual más entrenamiento específico en estimación corporal (N=15).

El tratamiento cognitivo-conductual consistió, por una parte, en la modificación de las distorsiones y pensamientos negativos acerca de la apariencia y, por otra, en la exposición a las situaciones evitadas. A su vez, los sujetos entrenados

adicionalmente en estimación corporal realizaron ejercicios de corrección de la sobreestimación del tamaño y peso del cuerpo.

A tenor de los resultados obtenidos en el postratamiento y en el seguimiento de los 3 meses, los sujetos de uno y otro grupo mejoraron en la estimación del cuerpo y la satisfacción corporal, así como en la evitación de situaciones y en la mejora de la autoestima. Al menos en este caso, el entrenamiento en estimación corporal resultó innecesario ya que no produjo mejoras adicionales.

En el estudio de Fisher y Thompson (1994) se compararon la terapia cognitivo-conductual (N=16) y el tratamiento por medio de ejercicio aeróbico (N=14) con un grupo de control (N=16). La muestra estaba constituida por mujeres estudiantes con problemas de insatisfacción corporal y que tenían una puntuación por debajo del percentil 25 en la escala *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ, Brown, Cash y Mikulka, 1990).

El tratamiento cognitivo-conductual estaba basado en la guía terapéutica establecida por Butters y Cash (1987). A su vez, el grupo de ejercicio aeróbico, en la primera sesión, recibió información sobre la imagen corporal y el ejercicio físico, y se fijaron los objetivos de la terapia. En las cinco sesiones restantes se realizaron ejercicios físicos que, además, se planteaban como tareas para casa a realizar dos veces por semana. Ambos tratamientos tuvieron una duración de seis semanas, con una sesión semanal de 1 hora de duración, en un formato grupal.

Según los datos obtenidos, los sujetos de los grupos experimentales tuvieron resultados similares entre sí, pero mejores que los registrados por el grupo de control. Así, se consiguió reducir la ansiedad y aumentar la satisfacción corporal, pero no hubo cambios, sin embargo, en las conductas de evitación.

El grupo de la profesora Raich en Barcelona —pionero en España en el estudio de este tema— ha realizado también algunas investigaciones experimentales. La primera de ellas (Raich, Soler y Mora, 1995) se ha referido a mujeres con trastornos de insatisfacción corporal y dismorfofobia, pero sin alteraciones de la conducta alimentaria. En concreto, los puntos de corte establecidos fueron de 60 en el cuestionario *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)* (Rosen y Reiter, 1996) y de 105 en el cuestionario *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Cooper et al., 1987).

El diseño consistió en dos grupos de pacientes: uno experimental (N=11), que recibió tratamiento cognitivo-conductual, y un grupo de control de lista de espera (N=6). El tratamiento se realizó en un formato grupal (4-5 pacientes por grupo) durante 8 sesiones semanales de dos horas de duración cada una, con arreglo a las guías terapéuticas de los grupos de Cash y Rosen.

Según los resultados obtenidos, el tratamiento se mostró efectivo y hubo una superioridad clara del grupo experimental sobre el grupo de control en los aspectos conductuales, cognitivos y perceptuales, así como en la autoestima y el ajuste psicológico global.

En el segundo estudio de este grupo (Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997) se asignó a 32 estudiantes universitarias con preocupaciones intensas sobre su imagen corporal a un grupo de tratamiento cognitivo-conductual y a otras 12 a un grupo de lista de espera. En el *BDDE* y en el *BSQ* se utilizaron los mismos puntos de corte que en el estudio anterior.

El tratamiento, con un formato grupal y 9 sesiones semanales de dos horas de duración, consistió, en líneas generales, en información sobre la imagen corporal, exposición con prevención de respuesta, técnicas cognitivas para los pensamien-

tos intrusivos y prevención de recaídas.

Según los resultados obtenidos, se apreciaron mejoras significativas en el grupo experimental, que se mantuvieron en el seguimiento de 1 año (en el caso de los 8 sujetos evaluados), con respecto al grupo de control.

Desde el punto de vista de la significación clínica de estos cambios, la muestra experimental obtuvo en las medidas específicas del trastorno tamaños del efecto superiores a 1,4 y algo menores en las medidas generales de ajuste psicológico, pero también de importancia. A tenor de las estimaciones de Jacobson y Truax (1991), las puntuaciones de los pacientes tratados descendieron a un rango de normalidad.

En otro estudio del grupo de Rosen (Rosen, Reiter y Orosan, 1995) se comparó la terapia cognitivo-conductual (N=27) con un grupo de control sin tratamiento (N=27) en mujeres diagnosticadas de dismorfofobia según los criterios del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987). La terapia se llevó a cabo durante 8 sesiones de dos horas, aplicadas en un formato grupal.

El tratamiento iba dirigido a la modificación de los pensamientos intrusivos sobre la insatisfacción corporal y sobre las creencias sobrevaloradas acerca de la apariencia física, así como al afrontamiento de las conductas evitadas y a la eliminación de las conductas rituales. Para ello se proporcionó información psicoeducativa y se utilizaron la exposición con prevención de respuesta y la reestructuración cognitiva, junto con autoinstrucciones positivas.

A nivel cuantitativo, aparecieron diferencias significativas entre el grupo de control y el experimental. El grupo tratado mostraba mejorías significativas en todas las medidas entre el pre y postratamiento, que se mantuvieron asimismo en el seguimiento de los 4,5 meses. En este caso las quejas sobre la apariencia física

se redujeron y también mejoró la autoestima.

Desde el punto de vista clínico, un sujeto se consideró como mejorado sólo si no cumplía los criterios diagnósticos de la dismorfofobia y si obtenía tras el tratamiento una puntuación por debajo de dos desviaciones típicas en el *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE, Rosen y Reiter, 1996). De acuerdo con este criterio, un 82% de las pacientes tratadas estaba mejorado en el postratamiento y un 77% en el seguimiento de los 4,5 meses.

A modo de sugerencia, en relación con las pacientes no mejoradas, los autores proponen un tratamiento más largo y más intensivo en formato individual, así como una mayor supervisión de la exposición con prevención de respuesta.

Ha habido un estudio de Grant y Cash (1995) referido a mujeres estudiantes (media de edad: 24 años) con insatisfacción corporal, definida operativamente como una puntuación inferior al percentil 33 en la escala *Situational Inventory of Body-Image Dysphoria* (Cash, 1994).

Los dos grupos estudiados recibieron un tratamiento cognitivo-conductual, con la diferencia de que el formato terapéutico fue diferente en uno y otro caso. El primer grupo (N=12 sujetos) recibió un tratamiento grupal de 11 sesiones de 90 minutos de duración; y el segundo (N=11 sujetos), un método de autoayuda, que constaba de un manual y de unas casetes basadas en la guía de Cash (1991). En este último caso, las pacientes debían utilizar el manual y las cintas. Esta tarea era controlada semanalmente (en sesiones de 20 minutos) por el terapeuta, que aclaraba dudas, revisaba los ejercicios y reforzaba el cumplimiento de las tareas.

Los resultados obtenidos con el tratamiento fueron positivos en uno y otro caso —una tasa de mejoría del 65% de los casos— y se mantuvieron en el seguimiento de los 2 meses. En concreto, las

pacientes mejoraron en los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales de la imagen corporal y en autoestima, así como redujeron los síntomas psicopatológicos previamente existentes (ansiedad social y depresión). No hubo diferencias significativas entre ambos formatos de tratamiento.

Por último, en el estudio de Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson y Walburn (1996) se comparó un tratamiento cognitivo-conductual (N=9) con un grupo de control de lista de espera (N=10). La muestra estaba constituida por sujetos diagnosticados de dismorfofobia según el *DSM-IV* (APA, 1994) y compuesta por un 90% de mujeres, con una media de edad de 35 años.

Como en otros casos, el tratamiento consistió en información y fundamentación del programa, así como en exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva. A tenor de los resultados obtenidos, los pacientes tratados, a diferencia de los del grupo de control, experimentaron una clara mejoría en las medidas de dismorfofobia y depresión.

Otra línea de interés son los tratamientos psicofarmacológicos, en concreto los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina y la clomipramina, que se han mostrado eficaces en estudios de casos realizados tanto en la dismorfofobia delirante como en la no delirante (Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumker y Klein, 1989; Phillips, 1998).

Como también ocurre en el trastorno obsesivo-compulsivo, las dosis requeridas son más altas (200 mg/día con fluvoxamina, 50 mg/día con fluoxetina y 175 mg/día con clomipramina) y la aparición de los efectos del fármaco es más tardía (12-14 semanas) que en el caso de la depresión (Phillips, McElroy, Hudson y Pope, 1995). Asimismo el tratamiento farmacológico de este cuadro clínico requiere de una duración larga (al menos, 1

año) (Hollander y Aronowitz, 1999).

No obstante, no se cuenta aún con investigaciones clínicas controladas que permitan comparar la eficacia diferencial de estos fármacos en relación con otros, con el placebo y con los tratamientos psicológicos (Peruggi, Giannotti, Di Vaio, Frare, Sættoni y Cassano, 1996).

CONCLUSIONES

El trastorno dismórfico corporal es un cuadro clínico común, pero poco estudiado (Rosen, 1995). Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994) han mejorado respecto a los sistemas de clasificación anteriores, pero siguen siendo aún poco específicos. En concreto, no se precisa la duración de los síntomas, no se hace una distinción (que, sin embargo, resulta clínicamente significativa) entre una dismorfofobia *global* y una dismorfofobia más *específica* (referida a una parte concreta del cuerpo) y, por último, no se hace referencia a las conductas de evitación y/o rituales, que, sin embargo, están presentes en el 90% de los pacientes (Phillips, Hollander, Rasmussen, Aronowitz, De Caria y Goodman, 1997). Por otra parte, resulta difícil ubicar, por tratarse de un problema distinto, los casos que han sufrido mutilaciones o claras deformaciones y que sufren de malestar intenso (Rosen, 1995).

Los instrumentos de evaluación elaborados hasta la fecha son aún muy precarios y están poco generalizados. Por ello, es preciso validar medidas ampliamente utilizadas, así como elaborar instrumentos más específicos para abordar aspectos concretos: los síntomas de distintos tipos, la ideación delirante, la resistencia de los pacientes ante sus creencias, etc.

Respecto al tratamiento, la información psicoeducativa y las técnicas de exposición con prevención de respuesta, junto con la reestructuración cognitiva, pare-

cen las más útiles (Rosen, 1997). El entrenamiento complementario en percepción corporal no parece aportar un beneficio adicional.

El programa terapéutico utilizado responde habitualmente a un formato grupal, si bien se ha llevado a cabo también con éxito en formato de autoayuda (Grant y Cash, 1995), y consta de 6 a 12 sesiones de 2 horas con una periodicidad semanal. Los resultados obtenidos son alentadores y oscilan entre un 60% y un 70% de pacientes mejorados.

No obstante, el grado de mejoría es inferior al obtenido en el tratamiento de las fobias o del trastorno obsesivo-compulsivo (Gómez-Pérez, Marks y Gutiérrez-Fisac, 1994). De hecho, los pacientes, aun con niveles muy mejorados de adaptación, se siguen sintiendo con frecuencia feos o poco atractivos.

En concreto, las variables predictoras de fracaso son el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte del paciente o de los familiares, la comorbilidad de este cuadro clínico con la depresión o el trastorno de personalidad esquizotípico y un *insight* muy pobre (Hollander y Aronowitz, 1999).

Los tratamientos psicofarmacológicos parecen de interés cuando el paciente está muy deprimido, muestra ideas dismórficas de carácter delirante o presenta tentativas de suicidio.

No se pueden soslayar, sin embargo, los fallos metodológicos presentados por muchos de los estudios publicados hasta la fecha: muestras compuestas por estudiantes y población subclínica; ausencia de unos criterios diagnósticos precisos y del control de la posible comorbilidad; instrumentos de evaluación diferentes en las distintas investigaciones; falta de criterios operativos de mejoría; seguimientos muy reducidos (de 4,5 meses, en el mejor de los casos).

Por último, se pueden señalar algunas líneas de investigación futuras: la deli-

mitación psicopatológica y el diagnóstico diferencial del trastorno, el desarrollo de instrumentos de evaluación más adecuados y el estudio del formato más apropiado de tratamiento, así como las variantes de la terapia en función del sexo de los pacientes, de la intensidad y del tipo de quejas (globales o específicas) y del carácter delirante o no de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Berrios, G.E., Kan, Ch.S. (1996). A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 1-7.
- Birtchnell, S.A. (1988). Dysmorphophobia— A centenary discussion. *British Journal of Psychiatry*, 153, 41-43.
- Brown, T.A., Cash, T.F., y Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body image assessment. Factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 35, 134-144.
- Butters, J.W., y Cash, T.F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Nueva York: Guilford.
- Cash, T.F. (1994). The Situational Inventory of Body Image Dysphoria: contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist*, 17, 133-134.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- De León, J., Bott, A., y Simpson, G.M. (1989). Dysmorphophobia: body dysmorphic disorder of delusional disorder, somatic subtype?. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Fisher, E., y Thompson, J.K. (1994). A comparative evaluation of cognitive behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: preliminary findings. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Gómez-Pérez, J.C., Marks, I.M., y Gutiérrez-Fisac, J.L. (1994). Dysmorphophobia: clinical features and outcome with behavior therapy. *European Psychiatry*, 9, 229-235.
- Grant, J.R., y Cash, T.F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Hay, G.G. (1970). Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hollander, E., y Aronowitz, B.R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder. Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 27-31.
- Hollander, E., y Wong, Ch. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 7-12.
- Hollander, E., Cohen, L.J., y Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Hollander, E., Liebowitz, M.R., Winchel, R., Klumker, A., y Klein, D.F. (1989). Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146, 768-770.

- Jacobson, N.S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Martín Muñoz, J.C., Navarro, R., y Martínez, M. (1985). Tratamiento de una dismorfofobia psicótica. *Folia Neuropsiquiátrica, 10*, 105-109.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavior Research and Therapy, 28*, 205-215.
- McKay, D., Neziroglu, F., y Yaryura-Tobias, J.A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 11*, 447-454.
- Munro, A., y Stewart, M. (1991). Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 91-96.
- Newell, R., y Shrubb, S. (1994). Attitude change and behavior therapy in dysmorphophobia: two case reports. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 22*, 163-169.
- Neziroglu, F., y Yaryura-Tobias, J.A. (1997). A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Modification, 21*, 324-340.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., y Yaryura-Tobias, J.A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorders and comorbid axis II diagnosis. *Behavior Therapy, 27*, 67-77.
- Penasa, B., y Escudero, C. (1994). Dismorfofobia en la adolescencia: a propósito de un caso clínico. *Psiquiatría Pública, 6*, 90-96.
- Peruggi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., Frare, F., Saettoni, M., y Cassano, G.B. (1996). Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder (Dysmorphophobia). *International Clinical Psychopharmacology, 11*, 247-254.
- Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F., Di Vaio, S., Valori, E., Maggi, L., Cassano, G.B., y Akiskal, H.S. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1*, 77-82.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1138-1149.
- Phillips, K.A. (1998). Body dysmorphic disorder clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin Menninger Clinic, 62*, 33-48.
- Phillips, K.A., y McElroy, S.L. (1993). Insight, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 699-702.
- Phillips, K.A., Atala, K.D., y Albertini, R.S. (1995). Case study: body dysmorphic disorder in adolescents. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1216-1220.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A., Aronowitz, B.R., De Caria, 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*, 17-22.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Kock, P.E., Hudson, J.I., Harrison, G.P., y Pope, G. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin, 30*, 179-186.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Kock, P.E., Pope, H.G., y Hudson, J.I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of ima-

- gined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K.A., McElroy, S.L., Hudson, J.I., y Pope, H.G. (1995). Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder or both?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 41-51.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R., y Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphic -an unrecognized forms of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S.A., y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 406-424.
- Raich, R.M., Soler, A., y Mora, M. (1995). A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: a pilot study. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 175-182.
- Raich, R.M., Soler, A., y Mora, M. (1994). Trastorno de la imagen corporal: evaluación y tratamiento. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 105-109.
- Rich, N., Rosen, J.C., Orosan, P.G., y Reiter, J.T. (1992). *Prevalence of body dysmorphic disorder in non-clinical populations*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Boston.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J.C. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. En V. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vol.1). Madrid: Siglo XXI.
- Rosen, J.C., y Reitter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behavior Research and Therapy*, 34, 755-766.
- Rosen, J.C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D., y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J.C., Reiter, J., y Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J.C., Saltzberg, E., y Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Thomas, C. S. (1984). Dysmorphophobia: a question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 144, 513-516.
- Vandereycken, W., Probst, M., y Van Bellinghen, M. (1992). Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *Journal of Adolescent Health*, 13, 403-405.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boockock, A., Shah, F., Willson, R., y Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 34, 717-729.
- Wilhelm, S., Otto, M.W., Lohr, B., y Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behavior Research and Therapy*, 37, 71-75.
- Willhem, 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, 499-502.
- Winstead, B.A., y Cash, T.F. (1984). *Reliability and validity of the body self-relations questionnaire: a new measure of body image*. Paper presented at the Southeastern Psychological Association, Convention, New Orleans, LA.