

ESTUDIO DE CASOS

Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno dismórfico corporal

Cognitive-behavioral treatment of body dysmorphic disorder: a case report

J. BARRACA MAIRAL*

RESUMEN

Se presenta el tratamiento de un sujeto diagnosticado con Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). La intervención incluyó entrenamiento en relajación, exposición en vivo con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva. Tras la intervención aparecieron cambios notables en tres medidas pre-tratamiento: depresión (BDI), ansiedad (STAI-A/E) y en una escala de cinco ítems de percepción subjetiva del problema (EPSP). También se redujeron considerablemente tres conductas problema identificadas. Un breve seguimiento mostró que los beneficios terapéuticos se mantuvieron durante los siguientes cuatro meses.

ABSTRACT

Treatment for a patient with Body Dysmorphic Disorder (BDD) is here put forward. Therapy included relaxation training, in vivo exposure plus response prevention and cognitive restructuring. As a response to this treatment remarkable changes in three pre-treatment measures appeared: depression (BDI), anxiety (STAI-A/E) and in a problem subjective perception scale of 5 items (EPSP). Three target behaviors were also reduced. A brief follow-up (4 months) showed that therapeutic benefits persisted.

* Grupo Alcalá 117. C/ Alcalá 117, Bajo Derecha. Madrid 28009. Tlf.: 91 435 15 30. Fax: 91 435 47 56. E-Mail: jbarraca@correo.cop.es

PALABRAS CLAVE

Trastorno dismórfico corporal, estudio de casos, terapia cognitivo conductual, exposición con prevención de respuesta.

KEY WORDS

Body dysmorphic disorder, single case reports, cognitive-behavioral therapy, exposure plus response prevention.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se define, básicamente, como una preocupación desmedida por un defecto imaginario o muy exagerado por el sujeto, de la apariencia física. De acuerdo con Neziroglu y Yaryura-Tobias (1997), en el TDC se encuentran dos síntomas nucleares: (1) una percepción distorsionada de la propia imagen, y (2) ideas sobrevaloradas. Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), que incluyen algunas modificaciones clarificadoras respecto a los del DSM-III-R, se recogen en la tabla 1

En su exhaustiva revisión de la literatura, Phillips (1991) ha puesto de manifiesto que las

preocupaciones más frecuentes se relacionan con defectos faciales (arrugas, granos o manchas, cicatrices, marcas vasculares, acné, palidez, enrojecimiento, asimetría o desproporción facial, excesivo vello, calvas y temor a la calvicie); igualmente, son fuente de insatisfacción los defectos en la forma, tamaño y otras características de la nariz, los ojos, los párpados, las cejas, las orejas, la boca, los labios, los dientes, la mandíbula, la barbilla, las mejillas o la cabeza. Pero casi cualquier otra parte del cuerpo puede convertirse en o b j e t o de preocupación (genitales, senos, nalgas, abdomen, brazos, manos, pies, piernas, caderas, hombros, columna vertebral o piel). Aunque lo más frecuente

TABLA 1
Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TDC

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

es que las quejas de los pacientes sean muy concretas, también resulta habitual que aparezcan sujetos con preocupaciones corporales más inespecíficas o vagas. Se han descrito algunos casos en que la zona del cuerpo objeto de malestar cambió al cabo del tiempo.

Los pacientes con TDC (anteriormente denominado dismorfóbico) pasan mucho tiempo examinando sus "defectos" y tratan de ocultarlos con maquillaje, ropas, sombreros o peinados especiales (Rosen, Reiter y Orosan, 1995b). Habitualmente, solicitan de sus familiares o personas de confianza palabras tranquilizadoras (Warwick, 1995), pero estos comportamientos sólo parecen tener un efecto de alivio a muy corto plazo. La evitación social y laboral por causa del trastorno pueden resultar muy acusadas; asimismo, son normales síntomas de depresión, baja auto-estima, obsesiones y compulsiones, aislamiento y trastornos de personalidad (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997; Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson y Walburn, 1996). Si bien existe todavía poca información al respecto, parece que la incidencia por sexos es más o menos equivalente, su inicio se localiza, salvando raras excepciones, en la

etapa adolescente y el curso suele ser continuo con pocos intervalos sin síntomas, aunque cabe la posibilidad de que su intensidad varíe a lo largo del tiempo (APA, 1994).

A pesar de que el DSM-IV incluye el TDC entre los trastornos somatoformes, algunos autores estiman más conveniente caracterizarlo como un problema de ansiedad, singularmente vinculado con el trastorno obsesivo-compulsivo (Hollander y Phillips, 1993; McKay, Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997; McElroy, Phillips y Keck, 1994; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993a, 1993b; Simeon, Hollander, Stein, Cohen y Aronowitz, 1995). Debe señalarse, al respecto, que el TDC se agrupó en las primeras ediciones del DSM entre los trastornos fóbicos y obsesivos. Por otro lado, también existe una literatura que lo relaciona con el mundo delirante –trastorno delirante, tipo somático– (de Leon, Bott y Simpson, 1989; Modell, Kurtz y Hoff, 1996) y con los trastornos alimentarios (Raich, Soler y Mora, 1995; Rosen et al., 1995a, 1995b).

A causa de su comorbilidad con depresión, psicosis, hipcondría, estados obsesivos, trastornos de personalidad o anorexia nerviosa, Thomas (1984) propone matizar el diagnóstico y diferenciar entre el

TDC como síndrome (dismorfofobia primaria) o como síntoma de otro diagnóstico (dismorfofobia secundaria).

La primera recomendación terapéutica en este trastorno consiste en detener la peregrinación del paciente por médicos especialistas tales como cirujanos plásticos, dentistas, dermatólogos, así como limitar el uso abusivo de productos de tratamiento estético potencialmente peligrosos. De acuerdo con las investigaciones de Thomas (1990) y Phillips, McElroy, Keck, Pope y Hudson (1993) la cirugía no soluciona el malestar de los sujetos con TDC; por el contrario, a veces puede incluso empeorarlo.

Los tratamientos terapéuticos principales han sido los farmacológicos y los psicológicos. Dentro de los primeros, se han empleado frecuentemente los neurolépticos, los antidepresivos y las sales de litio; pero, en concreto, los fármacos que parecen mostrar mejores resultados en la actualidad son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina) (Heimann, 1997; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1997; Perugi, Giannotti, Di-Vaio, Frare, Saettoni y Cassano, 1996).

Respecto a las terapias psicológicas, se han publicado algu-

nos casos tratados desde el enfoque psicodinámico (Bloch y Glue, 1988; Freeman y Kells, 1996; Philippopoulos, 1979), una combinación de varias terapias (Vitiello y Deleon, 1990; Watts, 1990) y, fundamentalmente, desde el modelo cognitivo-conductual. Dentro de este enfoque, existen algunas evidencias de la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (Braddock, 1982), de la desensibilización sistemática (Giles, 1988; Munjack, 1978) y, singularmente, de la exposición con prevención de respuesta (Marks y Mishan, 1988; McKay, Todaro, Neziroglu, Campisi, Moritz y Yaryura-Tobias, 1997; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993a, 1993b; Neziroglu, McKay, Todaro y Yaryura-Tobias, 1996). Rosen et al. (1995b) han incorporado, también con efectividad, la exposición con prevención de respuesta –junto con la terapia cognitiva– en un tratamiento en grupo. Veale et al. (1996), con una intervención amplia en la que se enfatiza la comprensión del modelo por parte del paciente, han destacado, asimismo, la efectividad de la exposición con prevención de respuesta. En general, la exposición en este trastorno implica enfrentarse durante un tiempo prolongado a situaciones socia-

les en las que el sujeto tiene que mostrar a las claras su "deformidad"; el terapeuta o co-terapeuta impide cualquier intento de ocultación o camuflaje. Además, se bloquean las conductas de acicalamiento cuando resultan excesivamente duraderas, las auto-comprobaciones continuas en espejos o superficies reflectantes y la solicitud de palabras tranquilizadoras por parte de otras personas.

Dentro del marco cognitivo-conductual, Rosen et al. (1995b) y Veale et al. (1996) han propuesto unos modelos explicativos para el TDC con bastantes puntos en común. De acuerdo con estos autores, el inicio del problema se sitúa en la adolescencia por ser ésta una edad en que las preocupaciones por el aspecto físico y el desarrollo social llegan a su cenit. Las experiencias traumáticas en las que los sujetos sufren humillaciones por algún aspecto de su físico o bien padecen abuso sexual, pueden originar asunciones distorsionadas o exageradas y esquemas en los que se cuestiona la normalidad de la apariencia externa. Veale et al. (1996) señalan como posibles factores de vulnerabilidad predisposiciones biológicas, experiencias traumáticas durante la infancia

temprana y factores culturales. La preocupación por el aspecto una vez que la distorsión se ha desarrollado se mantiene gracias a una serie de mecanismos: el paciente repite sus auto-afirmaciones negativas hasta volverlas automáticas e incuestionables, con lo que impide el procesamiento de cualquier dato en contra de su creencia. La conducta de evitación imposibilita acostumbrarse al propio aspecto, especialmente en situaciones de interacción social. Finalmente, las conductas de auto-comprobación (ya sean las palabras de tranquilidad de sus familiares o la contemplación en espejos) proporcionan un alivio inmediato –y refuerzan así el comportamiento– pero provocan, a largo plazo, el mantenimiento de la atención sobre los aspectos de la apariencia que elicitaban la ansiedad. Como consecuencia de toda esta cadena, se desarrolla una hipervigilancia a cualquier mínimo cambio del aspecto físico.

Partiendo de este modelo y de acuerdo con los buenos resultados manifestados por la terapia cognitivo-conductual, el presente artículo describe la intervención llevada a cabo con un sujeto con TDC.

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un varón de 22 años. Vive con sus padres y con sus dos hermanos mayores. Está preocupado por la cantidad de pelo que ha perdido (y sigue perdiendo) y la posibilidad de quedarse calvo en un período de tiempo breve. A su juicio, su problema se revela de forma más notable en el nacimiento del cabello; por esta razón lleva siempre la frente cubierta con el flequillo. Desde hace un par de años se aplica tratamientos capilares (minoxidil) dos veces al día y extrema su cuidado lavándose el pelo, invariablemente, tres veces por semana. Con objeto de no dañarlo, no se frota con la toalla tras el baño y tampoco utiliza peines ni cepillos. Pasa mucho tiempo colocándose el pelo de forma que se disimule su "defecto" y se mira a los espejos con asiduidad. Antes de salir de casa pregunta siempre a su madre qué aspecto ofrece. Está convencido de que los conocidos aprecian su pérdida progresiva de cabello, aunque no lo manifiesten. Seis meses antes de venir a la consulta no quería salir de casa. Durante ocho meses no había bajado a la calle ni una sola vez. A lo largo de este tiempo había sufrido algunos episodios de agitación psicomotriz y violencia, siempre hacia objetos.

Igualmente, había dejado de hablar con su madre, pues ésta se negaba a reconocer que se le caía el pelo y que "iba a peor". Por fin había empezado a salir de cuando en cuando, camuflado con una gorra que continúa usando ahora cuando no le gusta el aspecto de su pelo. El paciente ha sido tratado con Trankimazin y Anafranil a dosis bajas, pero ha abandonado ya su consumo. En la actualidad, ha retomado los estudios, va a clase todos los días (estudios de F.P.) y obtiene buenas calificaciones. Sin embargo, afirma que las preocupaciones por el cabello no han cambiado, sobre todo cuando se mira al espejo. Considera que el tratamiento capilar no está surtiendo ningún efecto y está convencido de que se quedará calvo antes de los treinta años. Muy cohibido y retraído, manifiesta una gran dificultad para expresarse (alexitimia) y parece poco abierto a cualquier explicación psicológica sobre su problema. Sale algunos fines de semana con tres o cuatro amigos de confianza y no entabla relaciones con desconocidos.

El problema se inició dos años antes de acudir a la consulta, después de realizar unas prácticas de trabajo durante el verano. En el desarrollo de éstas, se ensuciaba mucho y tenía que

lavarse continuamente. Un compañero de trabajo le decía que si su padre era calvo él también lo sería. Comenzó a tomar unas pastillas que su madre utilizaba para cuidarse el pelo, la piel y las uñas. Un médico de cabecera le indicó que esas preocupaciones por su cabello “eran tonterías”; y un dermatólogo, después de dos consultas, le explicó que su problema “no tenía solución” y que “al final se quedaría calvo; sólo podía retrasarse el proceso con algunas ampollas para el cabello”. Considera que durante las prácticas sufrió “malos tratos psicológicos” por parte de su jefe. Asimismo, cree que unos amigos, anteriores a los que tiene ahora, se burlaban excesivamente de él. Las relaciones con sus padres y hermanos son en general frías y distantes. El paciente no manifiesta una buena motivación por la terapia y cifra las expectativas de mejora en la eficacia de algún nuevo producto para el cabello que detenga finalmente su caída.

Materiales

- *BDI* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961). El Inventario de Depresión de Beck, compuesto por 21 items, es una

escala especialmente sensible a los cambios en el estado de ánimo. Teniendo en cuenta que la depresión es el diagnóstico más común asociado al TDC (Phillips, 1991), el empleo de este instrumento resulta especialmente adecuado.

- *STAI-A/E* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). La subescala de Ansiedad-Estado (20 items) del cuestionario de Spielberger y sus colaboradores es un buen índice para conocer el nivel de ansiedad transitoria de los pacientes. A causa de la ansiedad comunmente provocada por el TDC parece una medida apropiada para valorar los cambios terapéuticos.
- *EPSP. Escala de percepción subjetiva del problema del cabello*. Ante la ausencia de material tan específico, el autor de este artículo elaboró una escala de cinco items a fin de que el paciente pudiese valorar la importancia de su problema de cabello. En espera de futuros estudios de validación, la puntuación de esta escala debe tomarse como algo meramente indicativo (ver apéndice).
- *Auto-registro de las conduc -*

tas problema. Previamente al tratamiento –como línea de base– y a lo largo de él, el paciente completó un auto-registro muy sencillo en el que hacía constar cada día el número de veces que aparecían los pensamientos sobre el pelo, las conductas de auto-observación y las veces que utilizaba el producto capilar (ver tabla 2).

Procedimiento

Dada la baja motivación del paciente al inicio de la intervención y considerando que, de acuerdo con su creencia, el problema era puramente físico, se le sugirió la posibilidad de considerar la terapia como una prueba que duraría tres meses. Puesto que durante dos años había acudido a dermatólogos y se había aplicado diariamente productos capilares sin resultado, podía ahora comprobar, exclusivamente durante este tiempo, si las consultas surtían algún efecto para mejorar sus preocupaciones.

Una vez aceptada la condición descrita, el paciente completó las medidas pre-tratamiento y fue rellenando los auto-registros. Como primer paso, se le indicó que debía deshacerse de todos los productos capilares y la gorra con la que se tapaba. Tampoco debía preguntar nunca a su madre qué aspecto tenía. (Se solicitó ayuda a la madre para que, con su falta de respuesta, extinguiese la conducta). Además, el paciente no debía pasar más de tres minutos al día delante del espejo. Se peinaría durante esos tres minutos y evitaría, en lo posible, contemplar su imagen en cualquier superficie reflectante, especialmente cuando tenía que salir de casa. Tras ducharse debía usar la toalla y ponerse el pelo hacia atrás.

Durante tres semanas se le instruyó en la relajación muscular de Jacobson a fin de facilitar el control de ansiedad que le producía no contemplar su imagen y no poder arreglarse el pelo o aplicarse los productos

TABLA 2
Auto-registro de las conductas problema

FECHA	PIENSO EN MI PELO	ME MIRO EL PELO	ME ECHO «LACOVIN»

capilares. La relajación también se consideró conveniente de cara a preparar las sesiones de exposición.

Una vez dominada la técnica de relajación –el paciente se aplicó en su aprendizaje y la valoró muy positivamente– se pasó a la exposición con prevención de respuesta. Junto con el terapeuta, el paciente, siempre con el pelo recién peinado hacia atrás, salía de la consulta y se dirigía a lugares públicos (grandes almacenes, parques y cafeterías, fundamentalmente). Allí se impedía que se tocara el pelo o se tapara la cabeza con las manos. Además, se alentó la conversación del paciente con empleados y dependientes, e incluso se propició el mantener breves charlas con desconocidos. En estas situaciones debía acercarse lo más posible a las personas con quienes hablase. Las sesiones de exposición duraron tres meses, a razón de una exposición de 45-50 minutos por semana. Como tareas entre sesiones, el paciente

debía continuar por su cuenta las exposiciones sin camuflaje. Durante las últimas semanas se comenzó, simultáneamente a la exposición, una terapia cognitiva en la que se pusieron en cuestión las creencias sobre el aspecto externo y la importancia relativa de quedarse calvo, así como lo subjetivo del atractivo físico. Finalmente, se volvieron a cumplimentar las tres escalas. Cuatro meses después se realizó una sesión de seguimiento.

RESULTADOS

En la tabla 3 se detallan los resultados obtenidos por el sujeto en las tres escalas utilizadas (BDI, STAI-A/E y EPSP). La primera columna corresponde a las medidas alcanzadas en las tres variables antes de iniciar el tratamiento; en la segunda, se muestran las puntuaciones tras el tratamiento (3 meses más tarde); en la tercera, las puntuaciones en el seguimiento (4 meses después).

TABLA 3

Puntuaciones directas (pre-post- y seguimiento) en el BDI, STAI-A/E y SPSP

ESCALAS	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
BDI	14	11	9
STAI-A/E	33	21	23
EPSP	42	25	32

El punto de corte establecido para el diagnóstico de una depresión moderada-severa por medio del BDI se sitúa en torno a los 19 puntos. Las puntuaciones entre 10 y 15 se juzgan propias de depresión leve. Los sujetos entre 0 y 9 puntos se hallan con toda probabilidad libres de depresión (según criterios del DSM-IV). En el STAI-A/E una puntuación directa de 33 (en adultos) corresponde al centil 85 o al decatipo 8 (ansiedad estado muy alta). La puntuación directa de 21 corresponde al centil 60 o al decatipo 6 (ansiedad estado media-alta). La puntuación directa de 23 corresponde al centil 65 o al decatipo 6 (ansiedad media-alta). Finalmente, para la EPSP puede indicarse, a fin de posibili-

tar una estimación cualitativa dada la ausencia de estudios de validación, que la puntuación máxima posible es 50; por consiguiente, los cambios tras el tratamiento resultan, a primera vista, considerables.

Las figuras 1, 2 y 3 recogen los cambios acaecidos en las conductas problemas identificadas (pensamientos sobre el pelo, auto-observación del pelo y aplicación del producto capilar). En las tres figuras, el primer tercio de las puntuaciones corresponde a la línea de base. La primera barra vertical señala el momento de inicio del tratamiento (comienzo de la exposición); la siguiente indica la evaluación de las conductas problema en el seguimiento. En la hori-

FIGURA 1
Evolución de la conducta problema: *pensar en el pelo*

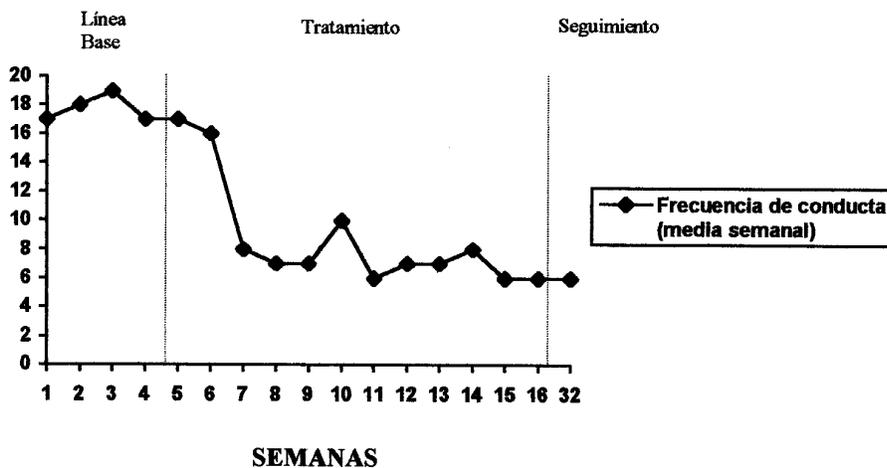


FIGURA 2

Evolución de la conducta problema: *auto-observación del pelo*

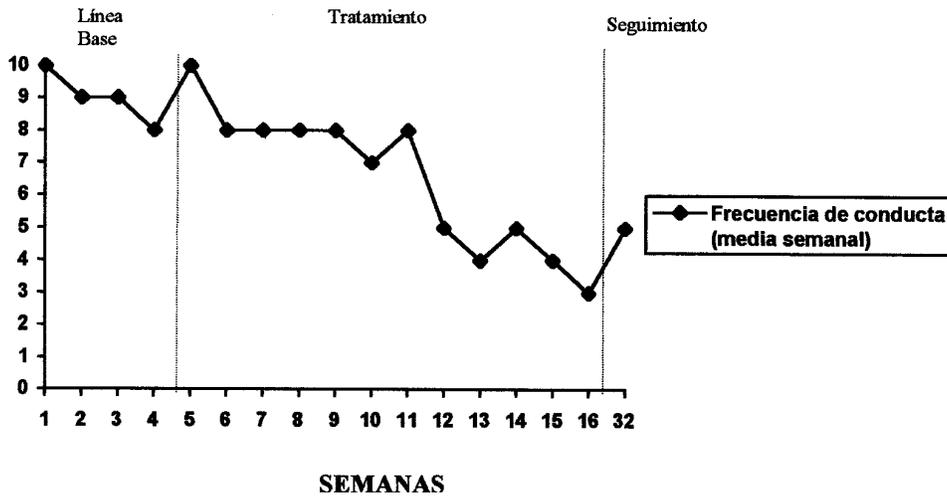
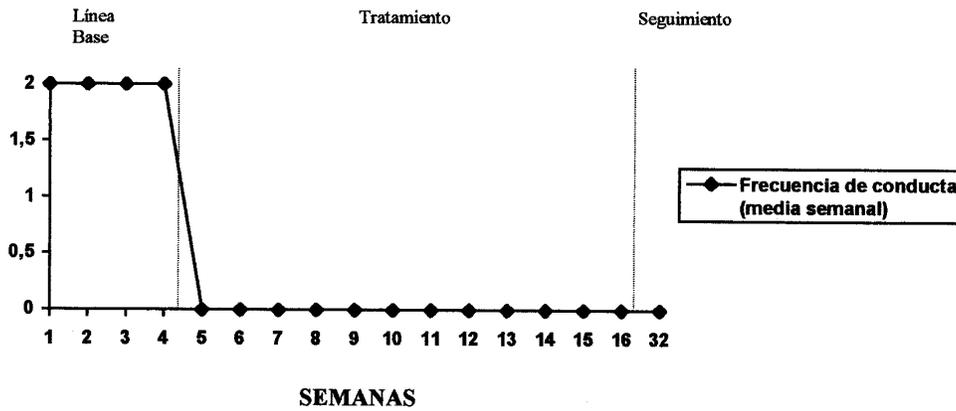


FIGURA 3

Evolución de la conducta problema: *aplicación del producto capilar*



zontal los números reflejan las semanas transcurridas. Los niveles en la vertical son la media del número de conductas por semana.

Tras la intervención, se observa una disminución significativa de la conducta problema cognitiva (pensar en el problema capilar) y de la conducta problema de auto-observación del pelo. Ambas se mantienen en unos niveles bajos durante el seguimiento. La conducta de aplicarse el producto capilar desaparece completamente tras iniciarse el tratamiento, tal y como se prescribió al sujeto. Si bien en las dos primeras conductas la exposición se inició antes de que la línea base alcanzase la estabilidad deseable, por razones terapéuticas no se creyó conveniente aplazarla más.

DISCUSIÓN

Los llamativos cambios aparecidos tanto en las puntuaciones de ansiedad, depresión y preocupación subjetiva por el cabello cuanto en tres de las conductas problema objetivo llevan a valorar la intervención de forma muy satisfactoria. Resulta un tanto sorprendente esta excelente respuesta en un sujeto cuya motivación y expectativas de cambio

eran, en principio, bastante bajas. En realidad, el actual desconocimiento sobre el TDC y la escasa ponderación experimental, hasta la fecha, de su tratamiento hacían presagiar un panorama menos alentador. Por tanto, al valorar el caso, se imponen las mismas conclusiones que ofrecen Veale et al. (1996): un tratamiento efectivo debe incluir la exposición a situaciones sociales sin ningún camuflaje, la prevención de respuesta para todas las auto-comprobaciones en espejos, rituales de acicalamiento y peticiones verbales de aliento de aquellas personas cercanas al paciente. No obstante, estudios posteriores con mayor número de sujetos permitirán dirimir si una terapia eficaz requiere complementar la exposición con el entrenamiento en relajación y la reestructuración cognitiva aquí incluidos.

El beneficioso efecto sobre la ansiedad que, a poco de comenzar la terapia, supuso el entrenamiento en relajación progresiva (valorada de forma excelente por el paciente) facilitó, presumiblemente, que el sujeto modificase sus prejuicios. Sin embargo, debe constatar que los niveles de ansiedad, al final de la terapia y en el seguimiento, siguen por encima de la media

poblacional; quizás sea ilusorio esperar cambios más radicales en cuadros de curso temporal tan pronunciado.

Aunque las puntuaciones en depresión no se hallaban tan disparadas como las de ansiedad y su descenso tras la terapia no ha resultado tan notable, debe apreciarse su cambio de nivel: si al principio del tratamiento el sujeto rozaba el diagnóstico de depresión, al término de aquél éste queda descartado.

El cumplimiento de las consignas terapéuticas por parte del sujeto y su entorno familiar propiciaron una pronta disminución (e incluso desaparición, para el caso del producto capilar) de las conductas problema. Esta implicación en el tratamiento, no obstante las reticencias antes señaladas, llevan a pensar en la apertura del sujeto hacia las explicaciones y alternativas "psicológicas" de su problema, lo que supone un argumento a favor de la distinción entre el TDC y el trastorno delirante, tipo somático. Por otro lado, la buena respuesta al combinado de exposición más relajación parece indicar, al menos para el sujeto que nos ocupa, la conexión entre el TDC y el trastorno obsesivo-compulsi-

vo, tal y como ya pusieron de manifiesto algunas investigaciones (Hollander y Phillips, 1993; McKay et al., 1997; McElroy et al., 1994; Simeon et al., 1995).

Ciertamente, se hace necesario desarrollar una instrumentación específica y sensible para este trastorno. Habrá que esperar a la adaptación española de las escalas y entrevistas clínicas ya aplicadas en EE.UU. (Phillips, Hollander, Rasmussen y Aronowitz, 1997; Rosen y Reiter, 1996). También resultaría interesante obtener medidas de fiabilidad y validez de la escala elaborada para este caso.

El breve seguimiento (4 meses) que se ha podido llevar a cabo ofrece buenas perspectivas futuras, pero resulta claramente insuficiente. Se requieren seguimientos a más largo plazo para observar si se producen recaídas. Debe recordarse que en los trastornos obsesivo-compulsivos –que acabamos de relacionar con el TDC– la probabilidad de recuperar las conductas problema es siempre muy elevada.

APÉNDICE

Escala de percepción subjetiva del problema (EPSP)

Fecha: _____

1. Respecto de mi pelo creo que ahora mismo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No hay nada incorrecto.
Es absolutamente normal
para mi edad.

No hay duda de que
tengo un defecto real
y visible para la gente

2. Si no me pudiera ver y arreglar el pelo antes de salir me sentiría....

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada nervioso.
En absoluto.

Totalmente nervioso.
No saldría.

3. La verdad es que pienso en mi pelo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Todo el tiempo.

En ningún momento del día.

4. Cuando estoy con personas desconocidas...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No puedo evitar pensar
que están fijándose en
mi pelo.

Nunca pienso en
que estarán fiján-
dose en mi pelo.

5. Aprecio muy bien los cambios en mi pelo...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absolutamente
cierto.

Absolutamente
falso.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC.: APA.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bloch, S. y Glue, P. (1988). Psychotherapy and dysmorphophobia: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 152, 271-274.
- Braddock, L.E. (1982). Dysmorphophobia in adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 140, 199-201.
- de Leon, J., Bott, A. y Simpson, G.M. (1989). Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder of delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Freeman, R. y Kells, B. (1996). A dysmorphophobic reaction to cosmetic dentistry: Observations and responses to psychotherapeutic intervention. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 21-31.
- Giles, T.R. (1988). Distorsion of body image as an effect of conditioned fear. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 143-146.
- Heimann, S.W. (1997). SSRI for body dysmorphic disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 868.
- Hollander E. y Phillips, K.A. (1993). Body image and experience disorders. En: E. Hollander (Ed.), *Obsessive compulsive related disorders* (pp. 17-48). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marks, I. y Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- McElroy, S.L., Phillips, K.A. y Keck, P.E. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 33-51.
- 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 Disorders*, 11, 447-454.
- McKay, D., Todaro, J., Neziroglu, F., Campisi, T., Moritz, E.K. y Yaryura-Tobias, J.A. (1997). Body dysmorphic disorder: A preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 67-70.
- Modell, S., Kurtz, G. y Hoff, P. (1996). Dysmorphophobia: Differential-diagnostic aspects. *Psychopathology*, 29, 126-130.
- Munjack, D.J. (1978). The behavioral treatment of dysmorphophobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 53-56.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J. y Yaryura-Tobias, J.A. (1996). Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Persons With Body Dysmorphic Disorder and Comorbid Axis II Diagnoses. *Behavior Therapy*, 27, 67-77.
- Neziroglu, F. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993a). Body dysmorphic disorder: Phenomenology and case descriptions. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 27-36.
- Neziroglu, F. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993b). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- 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.
- Perugi, 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.
- Philippopoulos, G.S. (1979). The analysis of a case of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 397-401.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S.A. y Aronowitz, B.R. (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., Keck, P.E., Pope, H.G. y Hudson, J.I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.

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*, 3, 175-182.

Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766.

Rosen J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995a). Assessment of body image in eating disorders with the Body Dysmorphic Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 77-84.

Rosen J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995b). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.

Simeon, D., Hollander, E., Stein, D.J., Cohen, L. y Aronowitz, B. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for

obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1207-1209.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.

Thomas, C.S. (1984). Dysmorphophobia: A question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 144, 513-516.

Thomas, C.S. (1990). Stress and facial appearance. *Stress Medicine*, 6, 299-304.

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. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 717-729.

Vitiello, B. y Deleon, J. (1990). Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*, 31, 220-222.

Warwick, H.M.C. (1995). Trastornos somatoformes y facticios. En: V.E. Caballo, G. Buéla-Casal y J.A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología*, Vol. 1 (pp. 526-548). Madrid: Siglo XXI.

Watts, R.N. (1990). Aversion to personal body hair: A case study in the integration of behavioural and interpretative methods. *British Journal of Medicine Psychology*, 63, 335-340.