



# Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal

José Luis Santos-Morocho

Universidad de Cuenca (Ecuador)

santosjosek1@gmail.com / jose.santos@ucuenca.edu.ec

## Resumen

**Introducción:** El Trastorno Dismórfico Corporal, es una condición mental deshabilitante que genera preocupación por la imagen corporal. El objetivo fue describir la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de un caso de Trastorno Dismórfico Corporal. **Materiales y métodos:** estudio observacional descriptivo, de caso clínico. Los instrumentos de evaluación fueron: el cuestionario *Dysmorphic Concern Questionnaire*, *Body Dysmorphic*, el *Disorder Modification* y el *Goldberg General Health Questionnaire*; aplicados durante la segunda semana (test), sexta semana (retest) y novena semana (seguimiento). Para el diagnóstico se empleó la entrevista *Body Dysmorphic*, el juicio de expertos y las entrevistas estructuradas. Para el tratamiento se incluyó un modelo de mediación psicológica, terapia cognitivo conductual, técnicas: entrenamiento en relajación, exposición en sí imagen, modificó las preocupaciones y las conductas hacia sí mismo, disminuyó su ansiedad y la vergüenza. **Discusión:** se halló una reducción significativa del comportamiento repetitivo (broncearse-mirarse espejo). La limitación fue no incluir más técnicas de psicoterapia.

**Palabras clave:** trastorno dismórfico corporal, estudio de caso, terapia cognitivo conductual, evaluación, diagnóstico, tratamiento, psicoterapia, reestructuración cognitiva, mediación psicológica.

## Abstract

**Introduction:** Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a disabling mental condition that generates concern for body image. The objective was to describe the evaluation, diagnosis and treatment of a case of BDD. **Materials and methods:** observational, descriptive, clinical case study. The evaluation instruments were: the questionnaire *Dysmorphic Concern Questionnaire*, *Body Dysmorphic*, the *Disorder Modification*, and the *Goldberg General Health Questionnaire*; applied during the second week (test), sixth week (retest) and ninth week (follow-up). For the diagnosis, the *Body Dysmorphic* interview, expert judgment and structured interviews were used. For the treatment, a model of psychological mediation, cognitive behavioral therapy was included Expert judgment and structured interviews. The treatment included a model of psychological mediation and a model of cognitive behavioral therapy, with training techniques in relaxation, in vivo exposure and cognitive restructuring. The charts and tables were made with the free program of excel 2010. **Results:** Cognitive and behavioral strategies were included. The patient learned to test his beliefs about body image, through social experiments, modified his worries and behaviors towards himself, decreased his anxiety and embarrassment. **Discussion:** a significant reduction in repetitive behavior was found (bronzing-mirroring). The limitation was not to include more techniques.

**Keywords:** body dysmorphic disorder, case study, cognitive behavioral therapy, evaluation, diagnosis, treatment, psychotherapy, cognitive restructuring, psychological mediation.

## Introducción

La preocupación excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico es el primer indicador del trastorno dismórfico corporal (TDC) (American Psychiatric Association, 2013), esta condición, genera un comportamiento compulsivo, repetitivo y obsesivo; más aún cuando quien lo padece idealiza metas poco razonables con su cuerpo. Esta conducta, puede dificultar el desarrollo de las actividades básicas en la persona volviendo a quien lo padece preso de comportamientos que giran en torno a mejorar o desaparecer su preocupación (López-Ibor Aliño, Valdés Miyar, & American Psychiatric Association, 2002).

El TDC, inicia con la preocupación por la imagen corporal durante la adolescencia (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Perona-Garcelán, & Perpiñá, 2017), evoluciona hasta convertirse en una preocupación leve y madura una alteración de la imagen corporal (Rodríguez-Testal, 2013), que más tarde puede ser una distorsión perceptiva, adoptando sintomatología a manera de espectro (Sandoval & García-Huidobro, 2009), y sin un tratamiento adecuado casi siempre termina en un círculo vicioso de carácter cognitivo crónico sobre la imagen corporal (Grant, Kim, & Crow, 2001).

Los pacientes con TDC, consideran que uno o más aspectos de su cuerpo son desagradables o desastrosos (Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005), estas preocupaciones pueden llegar a ocupar la mente lo que resulta difícil ejercer control sobre el comportamiento rutinario cada vez más angustiante y a menudo junto a factores desencadenantes para desarrollar ansiedad, estrés (Santos-Morocho, 2016), ánimo deprimido, autoconcepto negativo, sentimientos de inutilidad y bochorno (Veale et al., 1996) social phobia (16%).

Las personas con un nivel más grave de preocupación dismórfica, manifiestan síntomas que pueden hacerlas permanecer encerradas en sus casas durante mucho tiempo, limitando actividades placenteras debido a que su cerebro solo permite la selectividad en torno a su defecto; alrededor del 30% de los pacientes con TDC permanecen completamente aisladas, al menos una semana consecutiva a causa de sus síntomas (Phillips, & Eric Hollander, 1997). Casi la mitad de los pacientes con diagnóstico de TDC tienen intervenciones médicas innecesarias para solucionar su preocupación (Sandoval & García-Huidobro, 2009).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), manifiesta que el TDC ha adoptado diferentes perspectivas diagnósticas, compartiendo similitud con cuadros psicopatológicos que comparten síntomas obsesivos. Según este manual considera que el TDC es un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (TOC) y por esta razón lo incluyen como una nueva categoría del TOC y trastornos relacionados (American Psychiatric Association, 2013). Pero, ¿hasta dónde esta evidencia empírica sobre el TDC permite diferenciarlo de otros cuadros clínicos y construir un diagnóstico nosológico como entidad autónoma y no solo como una dificultad de percepción?

Para entender el modelo teórico del TDC es necesario seguir en proceso salud-enfermedad (José. Santos-Morocho, 2016), y entender que este trastorno comparte comorbilidad con la depresión (Mesa Cid, 2011), con el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la fobia social (Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005). Los estudios de prevalencia indican que el 75% de los pacientes con TDC presentan en algún momento manifestaciones relacionadas con el TOC, el 30% con la ansiedad o fobia social y el 35% con el abuso de sustancias (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017; Gunstad y Phillips, 2003; Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005). También el 53% y el 87% de los pacientes son diagnosticados de un trastorno de personalidad adicional al TDC y entre el 48% y el 57% presenta los dos trastornos al mismo tiempo (Bellino et al., 2006; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017).

En la actualidad, el TDC es un problema frecuente, a pesar de su evaluación, diagnóstico y tratamiento, los estudios en población general no paciente indican una tasa que va entre el 1.7% y el 2.4% (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, & Brahler, 2006), que aumentan hasta un 16% en estudiantes universitarios (Senín-Calderón et al., 2017). Estas cifras revelan una incidencia elevada en relación a trastornos psicóticos (Fuentes Márquez, 2016) y estudios de TCC (anorexia nerviosa) (Halliwell, Jarman, Tylka, & Slater, 2017) estos últimos son los más comunes en la investigación científica.

Los estudios realizados en pacientes con TDC, que acuden a consulta hospitalaria especialmente a dermatología y cirugía plástica muestra tener una prevalencia entre el 3% y el 53% (Aouizerate et al., 2003; Oosthuizen, Lambert, & Castle, 1998b). Los pacientes con TDC, que han compartido comorbilidad con trastornos mentales son del 13% y el 16% (Conroy et al., 2008). Por otra parte, se debe mencionar que la edad de inicio del TDC es aproximadamente entre los 12 - 16 años de edad, tanto su pronóstico como remisión sintomatológica es complicada y variante entre los casos, dificultando su detección (Phillips, Menard, Fay, & Pagano, 2005)

El TDC tiene evidencia investigativa desde el siglo pasado presentándose en la humanidad, es así que estudiosos como: Morselli; Ladee; Emil Kraepelin y Pierre Janet, documentan sus primeros estudios denominándolos “dismorfofobia” “hipocondría dermatológica o de la belleza” (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017), y durante los últimos tiempos, la investigación sobre el TDC ha sido prolijo, es así que, varios estudios sostienen que es un trastorno enmascarado, pero que está presente en el mundo, en Estados Unidos de Norte América la prevalencia reportada en casos clínicos es del 2.4% (Koran & Abujaoude, 2008).

En América del sur Brasil y Argentina reportan un promedio entre el 8% al 12 % (Borda, Neziroglu, Santos, Donnelly, & Rivera, 2011). En nuestro contexto. no hay un estudio de incidencia en este problema que aqueja a la población actual y más aún, cuando de por medio esta la cultura de las exigencias corporales ajustadas a una moda o a estándares cada vez más exigentes en la delgadez y figuras esbeltas (Senín-Calderón et al, 2017). Los estudios realizados por Phillips, manifiestan que la frecuencia del TDC es más alta en la consulta de Cirugía Estética con el

8% en comparación con la consulta psicológica y psiquiátrica que no tiene registros estadísticos actualizados (Katharine A. Phillips, Hart, & Menard, 2014). En España, la consulta por el TDC es más elevada reportando valores del 9.1% (Aouizerate et al., 2003). Otra demanda en lo que se refiere a la consulta encontramos en el área de dermatológica alcanzando valores de entre un 9 % al 12% (Katharine A Phillips, Grant, Siniscalchi, & Albertini, 2001). Estas prevalencias si bien registran el estado actual de este trastorno, limita buscar alternativas para su evolución y posterior intervención, motivo por el cual se vuelve necesario ampliar expectativas de estudio en esta área de la salud mental.

El TDC, puede llegar a ser un trastorno generador de un comportamiento de vergüenza, incluso puede llegar a ser peligrosos para la persona que piensa que no puede alcanzar una imagen corporal deseada o simplemente puede internalizar el concepto de fealdad, dificultando en gran manera su recuperación (Rodríguez-Testal, 2013). En ocasiones, pueden reaccionan con ansiedad ante los demás y con temor a ser rechazados por su aspecto. Es decir, que pueden permanecer aislados durante mucho tiempo y centrar su pensamiento en un patrón repetitivo sobre los supuestos subjetivos volviéndose un círculo vicioso entre la realidad y el ideal de su cuerpo.

La literatura científica disponible también manifiesta, que la calidad de vida y el funcionamiento social en los pacientes con TDC pueden desencadenar cuadros psicopatológicos más complicados, que si nos son evaluados con premura pueden desencadenar serias complicaciones en la personalidad (Katherine A Phillips et al., 2008). Además, su conducta se puede volver hostil, frente a particularidades o contra otras personas a causa de sus manifestaciones clínicas (p. ej., indignados por verse a sí mismos “deformado” o ante la afirmación de que sus conocidos se han mofado de ellos), por lo que es necesario contar con un modelo de mediación psicológica útil para iniciar un trabajo terapéutico (Jose Santos-Morocho, 2017).

Es común escuchar durante la entrevista psicológica, anécdotas narradas por el propio paciente, sobre la reacción violenta hacia cirujanos plásticos, odontólogos y dermatólogos cuando no son satisfechas sus demandas y cuando el tratamiento según su cognición resulta ineficaz. Es por este motivo que el DSM5 enfatiza dos síntomas principales para el TDC, el primero que especifica la percepción distorsionada de la propia imagen, y segundo pone en evidencia las ideas sobrevaloradas (American Psychiatric Association, 2013)

Phillips, tras múltiples estudios pone en evidencia un listado de las preocupaciones dismórficas más comunes, cuyo denominador común es la preocupación y la comprobación excesiva de los defectos faciales, desperfectos en la forma, tamaño y otras particularidades del cuerpo (Katherine A Phillips et al., 2008). Los pacientes que presentan TDC invierten tiempo valioso en inspeccionar sus “desperfectos” y tratan de esconderlos con camuflaje que solo tiene sentido para ellos mismos, las llamadas imperfecciones que tras el pasar del tiempo desajustan seriamente la personalidad del sujeto (Rosen, 1997).

Es frecuente que pregunten repetidas veces a personas de confianza palabras tranquilizadoras sobre su imagen corporal, sin embargo este hábito puede tener un efecto de alivio a muy corto plazo, lo que produce: frustración, baja autoestima, obsesiones y compulsiones; además, serios desajustes y comportamientos potenciales para desencadenar un trastorno de personalidad evitativo, lo que complicaría aún más el tratamiento del TDC (Peña Casquero, 2016).

Conscientes de que el TDC resulta un problema, y debido a que no se conoce reportes previos en los que se haya abordado un caso clínico desde la psicología clínica, se abarcó el tema como una perspectiva de aporte a profesionales de la salud mental, debido a que este trastorno no solo afecta la salud de las personas que los sufren, sino también a todo el sistema al cual pertenece el individuo. El objetivo principal del presente estudio es describir la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de un caso de trastorno dismórfico corporal.

## **Materiales y métodos**

Es un estudio observacional descriptivo, de caso clínico.

### **Descripción del participante**

Participó un paciente que cumplió con los siguientes criterios de inclusión: paciente de consulta privada, con preocupación por su imagen corporal por un periodo mayor a los seis meses, con deterioro clínicamente significativo en el área personal, social y laboral.

Paciente, masculino de 24 años, acude a consulta llevado por su progenitora por sentirse agobiado y extremadamente preocupado debido al color de su piel mestiza (diferencia étnica determinada fenotípicamente por el color de la piel debido a la cantidad de melanina) (Zemelman, von Beck, Alvarado, & Valenzuela, 2002), y su temor a ser rechazado por el “Nuwaubianismo” (ideología religiosa, supersticiosa y anticultural, formando una cosmología esotérica de negros de Estados Unidos). A la consulta se presenta con quemaduras de primer grado (producida por la luz del sol o la luz ultravioleta) (Schaefer & Szymanski, 2017), tatuajes caseros con símbolos religiosos y poca ropa. Su discurso refiere que, desde hace un par de años se expone al sol y usa aceites para broncearse (con componentes de *salicitatos*, *bencimidazoles*, óxido de zinc y carbonato de calcio) (Duro Mota, Campillos Páez, & Causín Serrano, 2003) cuatro veces al día y extremar su cuidado, cronometrando los tiempos y ajustándose a rutinas diarias durante toda la semana, todo esto con el objetivo de alcanzar un color bronceado de su piel. Este problema inició cuando vivía en EEUU, en donde conoció amigos que se negaron aceptarle por su color, a partir de ese momento inclusive se toma pastillas de su madre para la piel (recetas dadas por dermatólogo) y usa múltiples productos cosméticos para volverse bronceado. En su casa no usa ninguna prenda de vestir, sobre todo en los días soleados, se baña poco y casi no usa jabón ni *shampoo*, para no dañar el color de su piel. Pasa mucho tiempo haciendo correcciones de

bronceado en zonas íntimas (esfínter externo del ano, prepucio, testículos, párpados, detrás de las orejas, entre los dedos de pies y manos y contorno de las uñas) de forma que “disimule” su defecto, además “se mira al espejo muchísimo” argumenta su madre; también antes de salir de la casa y después de discusiones con sus padres, se asegura y pregunta varias veces si su piel ya está bronceada. El paciente, está convencido que el color de su piel le dotaba de una condición superior, le molestaba al punto de presentar una conducta hostil con aquellos que no lo notaban. Su mamá comenta que siempre al regresar de algún sitio de la calle llora, reclama y maldice por su naturaleza (mestizo) volviendo a su rutina. Estas conductas y preocupaciones alcanzan los nueve meses y antes durante semanas no había salido a ningún lugar. Su conducta es más caótica cuando ocurre el proceso de descamación de la piel presentando innumerables conflictos por sus constantes episodios de actividad violenta, dirigido hacia sus padres, vecinos y objetos materiales (rompe espejos). Por otro lado, las relaciones familiares son conflictivas, negándose en hablar con familiares que no reconocen su problema y constantemente le “sermonean”. En la actualidad, afirma el paciente que las preocupaciones por su color no han cambiado, sobre todo cuando se mira al espejo, considera que el aceite para broncearse no está produciendo el efecto deseado y está convencido que la única opción es recurrir a tratamientos estéticos. Su semblante retraído, triste, abatido y preocupado, hace que se muestre reactivo y poco abierto a cualquier explicación psicológica sobre su problema. El paciente recuerda una consulta con un médico quien le dijo que esas preocupaciones por su color “son excusas para no trabajar” un dermatólogo le explicó tras varias consultas que no es posible volverle bronceado permanentemente a una persona y que en realidad solo podrá conseguirlo con procedimientos muy costosos pero jamás quedaba satisfecho. Se considera maltratado, incomprendido por los malos tratos de los profesionales que no le quieren ayudar, así también, piensa que las personas se burlan y lo desprecian. Las relaciones familiares son distantes y con constantes conflictos. El paciente se muestra sin motivación al tratamiento psicológico, sin embargo, piensa que al final de la consulta se le dará algún producto que finalmente solucione su problema.

Se excluyó a pacientes con preocupación por otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa) pacientes con diagnóstico psiquiátrico (p. ej., psicosis, esquizofrenia) (American Psychiatric Association, 2013), pacientes con otra enfermedad mental que impida su participación, personas que tengan comprometida la conciencia con alguna sustancia psicotrópica, pacientes con alguna discapacidad auditiva o visual que no puedan responder a la evaluación psicológica.

### ***Instrumentos de evaluación y diagnóstico***

***Cuestionario demográfico y de síntoma actual*** (Hollingshead, 1975). Este cuestionario ayudó a identificar el índice de clase social, las enfermedades actuales, antecedentes psicopatológicos, historia y duración de los síntomas y tratamientos psicofarmacológicos.

***Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)*** (Oosthuizen, Lambert, & Castle, 1998). Mediante esta herramienta se recoge las siete preocupaciones dismórficas características del TDC. Y Las puntuaciones elevadas indican mayor grado de preocupación por la apariencia física. La consistencia interna de  $\alpha=.80$  a  $\alpha=.88$ . Se califica la preocupación por apariencia física en una escala de 4 puntos, que oscila entre 0 (en absoluto) a 3 (mucho más que la mayoría de la gente). El DCQ es calificado sumando todos los ítems, dan puntajes de 0 a 21.

***Body Dysmorphic Disorder Modification (BDD-YBOCS)*** (Phillips, 1997). Esta escala evalúa la gravedad del TDC, durante la semana pasada. Los ítems evalúan trastorno obsesivo compulsivo TOC y los comportamientos repetitivos relacionados con la TDC (Preparación excesiva, control de espejo). La percepción de las creencias sobre la apariencia (por ejemplo, "soy feo") Y la evitación (por ejemplo, del trabajo / escuela o actividades sociales) debido a los síntomas de la TDC. Las propiedades psicométricas marca una fiabilidad test re-test ( $\alpha =.89$ ), consistencia interna ( $\alpha =.94$ ), y validez convergente con otras medidas de trastornos de la imagen corporal (.69 a.83). Esta prueba tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .92 se califica entre el 0-9 = no presente o extremadamente leve 10-15 = leve 16-25 = moderadamente severo 26-48 = severo.

***Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28)*** Versión en español (Lobo, Pérez-Echeverría, & Artal, 1986). Es una prueba de detección que brinda una evaluación general de la salud y la disfunción social. Esta forma por 28 ítems agrupados en cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión severa. Para este estudio se utilizarán las subescalas de ansiedad (GHQ-A), síntomas somáticos (GHQ-S) y depresión (GHQ-D). La fiabilidad adecuada (test-retest, .90) y validez (sensibilidad de 44% a 100% y especificidad de 74% a 93%). Como instrumento sugerido para detectar problemas de salud, la puntuación se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte se sitúa en 5/6. Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte se sitúa en 12/13.

### **Procedimiento**

Se inició con la alianza terapéutica, la inclusión de un modelo de mediación psicológica (Jose Santos-Morocho, 2017), la firma del consentimiento informado. Esta intervención psicológica duró tres meses a partir de los resultados obtenidos de los instrumentos, de la evaluación psicométrica y de las entrevistas estructuradas, posteriormente se planificó las sesiones de cuarenta y cinco minutos cada una.

Para el diagnóstico de TDC del paciente en mención, se inició con los resultados obtenidos de la evaluación psicométrica (Tabla 1), se continuó con las entrevistas, posteriormente se rea-

lizó una discusión del caso con el equipo interdisciplinario quienes para emitir su juicio fueron denominados jueces, cuyo criterio de expertos fue considerado por la trayectoria profesional lo que corroboró en el cumplimiento de todos los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDC (American Psychiatric Association, 2013). Para identificar las manifestaciones clínicas del TDC fue necesario emplear la entrevista *Body Dysmorphic Disorder Modification* (Phillips & Hollander, 1997), en la cual da como modelo preguntas concretas (Tabla 2).

Para el tratamiento, se diseñó un auto-registro de comportamientos y se planeó realizar un test y un seguimiento para observar la evolución. En las sesiones se puntualizaron el efecto cognitivo-conductual para mejorar las preocupaciones y estabilizar la frecuencia e intensidad de los síntomas. El tratamiento inició con psicoeducación sobre el TDC, algún micro videos sobre casos de TDC, se le facilitó literatura seleccionada sobre su trastorno y se realizó una interconsulta con psiquiatría para descartar o confirmar el uso de medicamento. En las sesiones de exposición se instruyó para ir disminuyendo las conductas compulsivas y ritualistas sistemáticamente, el paciente debía deshacerse de algunos aceites bronceadores y productos cosmetológicos. Debía preguntar una vez a la semana sobre lo saludable de su cuerpo (cambio de concepto). Se miraría al espejo, no más tres minutos al día, debía no exponerse al sol con la idea de cambiar de color, retomaría el aseo con duchas. Durante tres semanas se le capacitó en la relajación muscular para controlar control la ansiedad. Debía frecuentar lugares públicos, sitios sociales.

Mantener conversación con personas ajenas a su familia, se buscaba exponer al sujeto a nuevos escenarios y a tener ocupado sus pensamientos con la idea de ir remplazando sistemáticamente el contenido mental sobre las preocupaciones dismórficas. En la reestructuración cognitiva, se trabajó con las ideas erróneas para controlar las conductas ritualistas, la evitación de situaciones sociales y las constantes preguntas sobre su color, todo esto ayudó a contrarrestar las ideas negativas del paciente. La psicoterapia le dotó de educación acerca del TDC, para esto se usó la teoría de la Terapia Cognitiva Conductual TCC (Katherine A Phillips et al., 2008), Haciéndole dar cuenta que los rituales y las conductas de evitación refuerzan y mantienen las preocupaciones dismórficas y la conducta mal adaptativa.

En las cuatro últimas sesiones de tratamiento se enfatizó en la prevención de recaídas y en la preparación del paciente para el período de reinserción a la sociedad, se logró poner motivación para que busque nuevas metas, proyecto de vida y a la finalización del tratamiento. Se reforzó los condicionamientos mentales formados durante la terapia y las expectativas no realistas, como el repetirse constantemente que no tendrá ningún síntoma del TDC nunca más. Esta fase se volvió a evaluar y se le denominó seguimiento, lo que aportó experiencia en el trabajo psicológico. Para la ejecución psicoterapéutica fue necesario apoyarse en la terapia cognitiva conductual (TCC) (Borda et al., 2011; Braddock, 1982; Giles, 1988)

## Resultados

Durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso de TDC, en consulta privada de psicología clínica en el cual participó un paciente que cumplió con los criterios de inclusión establecidos se obtuvieron los siguientes resultados. Los resultados obtenidos en las intervenciones con la Terapia Cognitiva Conductual en el TDC son esperanzadores, se logró incluir estrategias cognitivas y conductuales, principalmente la exposición y prevención de la respuesta para reducir la evitación en situaciones sociales y las conductas rituales que consiste en comprobaciones ante el espejo.

En la evaluación del paciente se observa un puntaje elevado al ser aplicado los test DCQ con puntuación de veinte puntos en la de su preocupación, en el BDD-YBOCS con un puntaje de cuarenta y ocho en comportamientos repetitivos intensidad y preocupación, en el GHQ-28 que determina alteración en el apareamiento de problemas de salud. También se aprecia la disminución de la sintomatología del durante en re-test y la valoración del seguimiento (tabla1).

Tabla 1

*Puntaje obtenido de la evaluación.*

Instrumentos	Test	Re-test	Seguimiento
<b>CDSA (0-5)</b>			
Historia y duración de los síntomas	5	3	1
<b>DCQ (0-21)</b>			
Preocupación por la apariencia física	20	12	9
<b>BDD-YBOCS (0-48)</b>			
Comportamientos repetitivos (broncearse -mirarse espejo)	48	31	16
Preocupación por la apariencia	48	28	9
Evitación (deterioro social, laboral)	46	13	4
<b>GHQ-28 (0-1 / 0-13)</b>			
Problemas de salud	1	0	1
Disfunción social	12	2	2

Fuente: elaboración propia

Se aprecia en la tabla las preguntas para guiar el diagnóstico del TDC, las mismas que fueron cuidadosamente expuestas tras la evaluación del paciente (tabla 2).

Tabla 2

*Preguntas de ayuda en el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal (Phillips et al., 2008)*

---

- “¿Está muy preocupado por algún aspecto de su apariencia?”
  - “¿Está descontento por cómo se ve?”
  - “¿Qué es lo que no le gusta de cómo se ve?”
  - “¿Puede hablarme acerca de sus preocupaciones?”
  - “¿Está descontento con algún otro aspecto sobre su apariencia, como su cara, piel, cabello, nariz o la forma o el tamaño de alguna zona corporal?”
  - “¿Cuánto tiempo cree usted que ocupa en total cada día pensando en su apariencia?”
  - “¿Cuánto malestar le producen estas preocupaciones?”
  - “Piensa en quitarse la vida”
  - “¿Sus preocupaciones interfieren en su vida estas preocupaciones o le causan problemas?”
  - “Cuales han sido los efectos en el trabajo, escuela, otros aspectos del funcionamiento (p. ej., cuidado de niños), amistades, intimidad, actividades sociales y familiares, tareas de la casa u otros tipos de interferencia”
  - “Camufla los defectos, hace comprobaciones ante el espejo, cuidados excesivos, búsqueda de tranquilidad, tocar las áreas del cuerpo que causan malestar, cambios de ropa, tocarse la piel, bronceado, dietas, ejercicio excesivo y ejercicio de pesas excesivo”
- 

Fuente: elaboración propia

En la figura se observa la evolución del comportamiento repetitivo, los intervalos de evaluación en semanas demuestran una disminución de la conducta (broncearse y mirarse al espejo). Además, explica sistemáticamente el tiempo en las que se realizó la primera evaluación, en donde se puede ver la manifestación de síntomas elevados los cuales fueron medidos con la escala Body Dysmorphic Disorder Modification (BDD-YBOCS) aportando un puntaje de entre 48-16 durante el tratamiento (Figura 1).

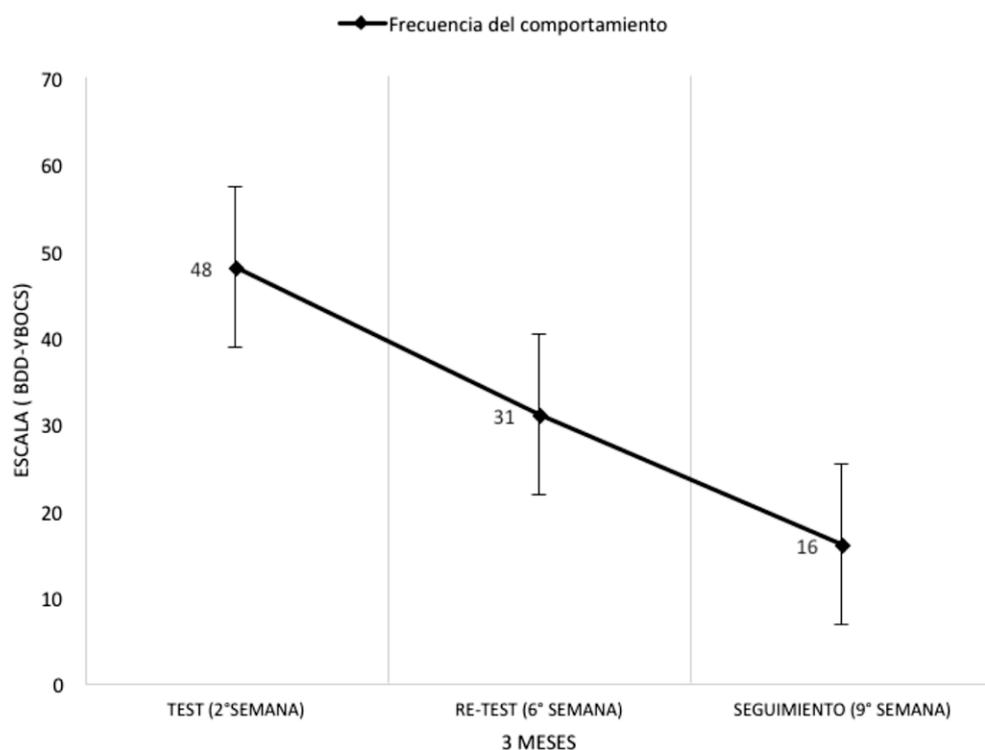


Figura 1. Evolución de comportamiento repetitivo: broncearse-mirarse espejo.

En la figura se observa la secuencia de la sintomatología cognitiva, medida en intervalos de tiempo, demuestra la disminución de la preocupación por la apariencia corporal. Desde su primera evaluación a la segunda semana se aprecia valores elevados. En lo que se refiere a la frecuencia e intensidad de síntomas se puede observar mejora, todo esto demostrado mediante la *Body Dysmorphic Disorder Modification* (BDD-YBOCS) aportando un puntaje de entre 48-9 durante el tratamiento. A la sexta semana de tratamiento, el paciente empezó a sentir cierta mejoría; menos obsesionado, sus pensamientos invasivos habían menguado, sus conductas compulsivas eran ya poco frecuentes, su conciencia de enfermedad, pensamientos de rumia, síntomas del estado de ánimo, funcionalidad social y sintonía corporal del sí mismo comenzaban a mejorar (Figura 2)

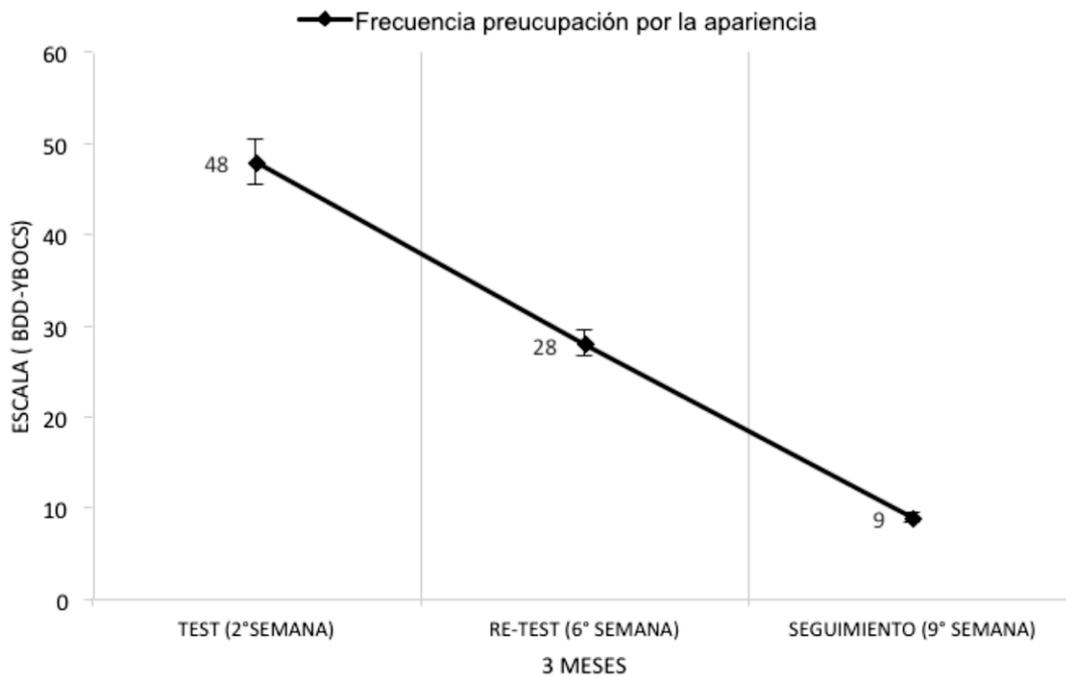
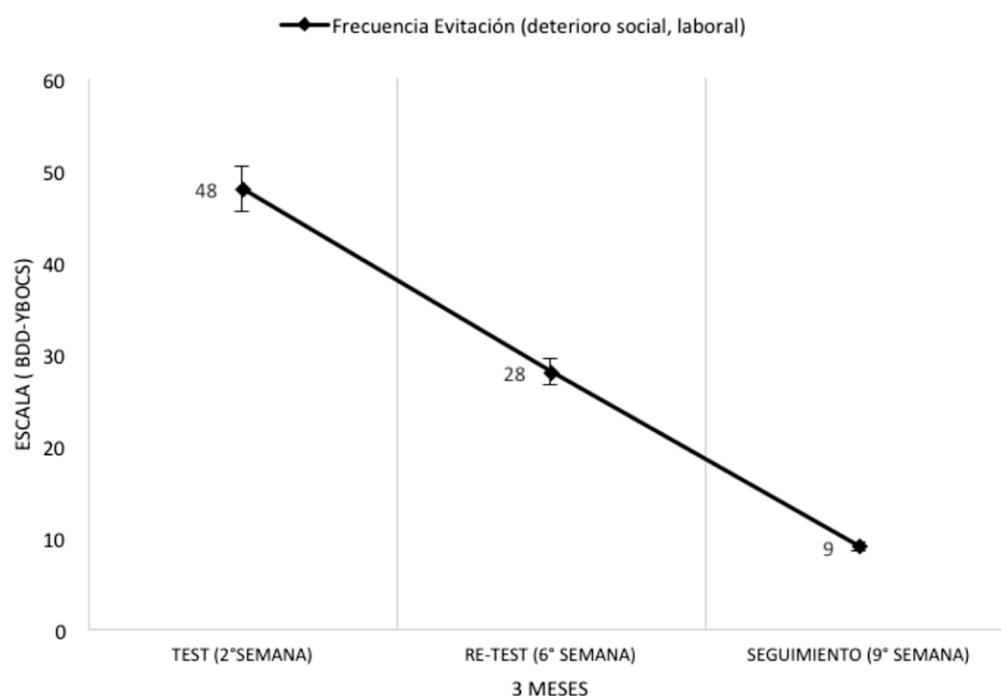


Figura 2. Evolución de la preocupación por la apariencia.

Se observa el puntaje marcado al inicio de la evaluación, el mismo que es mayor en relación al re-test y al seguimiento, lo que demuestra una mejoría de su comportamiento evitativo y su deterioro en las áreas importantes de su vida. Este indicador fue medido por la escala *Body Dysmorphic Disorder Modification* (BDD-YBOCS) aportando un puntaje de entre 48-9 durante el tratamiento. El paciente aprendió a comprobar mediante experimentos sociales sus creencias sobre el TDC (p. ej., que la gente no le aceptaba por su color) y discernir si estaba o no en lo cierto, logró modificar las preocupaciones y las conductas hacia sí mismo, disminuyó su ansiedad y la vergüenza (Figura 3).



*Figura 3.* Evolución del comportamiento evitativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso demostraron que el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es un problema de salud, que afecta la cognición, los afectos y el comportamiento. Phillips, (2008) manifiesta que otra dificultad para la tipificación del TDC es la insuficiente conciencia de enfermedad, en el presente caso el paciente no reconocía sus creencias como una causa psicológica, peor aún la aceptación de una enfermedad mental.

Es necesario tener presente que tras la evaluación del constructo mental del paciente con TDC, el psicólogo clínico puede encontrarse con un abanico de sintomatología ( Rodríguez Testal, 2015), en este estudio de caso este trastorno marcó un patrón que muestran insatisfacción corporal (IC). Pero no todos los casos con IC y preocupación por el cuerpo son alteraciones de la imagen corporal (Senin-Calderon, 2017). Este hallazgo, es confirmado por estadísticas contempladas en estudios de prevalencia que manifiestan que sólo el 4% de las mujeres y menos del 2% de los hombres son diagnosticados de TDC (López-Ibor Aliño et al., 2002; Sanchez-Carracedo et al., 2004). Lo que justifica este análisis de caso.

Rosen & Reiter, un clásico de temas relacionadas con la imagen corporal propone que, antes de iniciar el diagnóstico se debe cumplimentar estas evaluaciones con entrevistas que nos permita satisfacer otros requisitos clínicos, necesarios para emitir un diagnóstico formal (Rosen & Reiter, 1996), entre los más importantes están:

- Investigar las ideas sobrevaloradas, sentimiento de desconformidad o fealdad del aspecto corporal que se foco de preocupación, es decir, estas creencias casi siempre son muy pronunciadas, defendidas e incluso con hostilidad por el paciente a pesar que los demás no comparten.
- La desvalorización, de la autoestima como un constructo del Self proviene de la supuesta anomalía, motivo por el cual el paciente puede presentar síntomas relacionados con variaciones en su estado de ánimo.
- La evitación, como un constructo interiorizado quizá debe ser considerado como la conducta más notable (no tiene nada que ver con la personalidad evitativa) hace que el paciente no tenga buena sintonía social, pero por la preocupación intensa de su imagen corporal, también le lleva con mucha frecuencia a las conductas de comprobación (mirarse al espejo, pedir retroalimentación a familiares cercanos).

En el presente estudio se evaluó todos estos aspectos propuestos por Rosen & Reiter, por lo que el análisis de caso guarda congruencia interna, además, se ha señalado la importancia de diagnosticar correctamente el TDC, pero el diagnóstico puede implicar retos importantes. Este paciente no manifestó sus síntomas de manera espontánea, por el motivo de estar avergonzado, desconcertado y agobiado por su catastrófico problema.

Se puede aportar con un hallazgo sobre este caso, el cual invita a los psicólogos clínicos a diferenciar el TDC de otros trastornos con síntomas similares, estas diferencias (aunque sutiles) pueden estar camuflados con la fobia social y el trastorno de la personalidad por evitación, ya que comparten síntomas como la timidez y la ansiedad en situaciones sociales (Phillips et al., 2014). En el presente estudio el paciente con TDC, mostró miedo a la valoración negativa, y la mayoría de veces se refería estar en desasosiego acerca de su aspecto físico. Además, el TDC incluye conductas compulsivas predominantes (Abreu, Vicente, & Gutiérrez, 2014)

En oposición con lo que manifiesta Sandoval, quien asegura que los sujetos con TDC tienen obsesiones y compulsiones de manera predominante (Sandoval, García-Huidobro, & Pérez-Cotapos, 2009). Y esto es corroborado por Frare y Phillips quienes también dicen que el TDC presenta similitudes con el trastorno obsesivo compulsivo TOC (Frare, Perugi, Ruffolo, & Toni, 2004; A. Phillips, Menard, Fay, & Pagano, 2005), este estudio, de caso tiene algunas discrepancias, como la focalización en la apariencia, la escasa conciencia de enfermedad, por parte del paciente, las diferentes pautas de comorbilidad con la ansiedad y la evitación. Sin embargo al momento de diagnosticar TDC se debe tener presente el grado de visión interna, de percepción,

de entendimiento del como la persona capta o internaliza y comprende, una verdad innegable y evidente (Frare et al., 2004), que además está presente en su condición de enfermo, la misma que puede sufrir evoluciones desde una preocupación dismórfica pasajera o normalizada hasta niveles de convicción delirantes (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017). Es pertinente señalar que el caso que se presentó en este artículo, no tenía la condición delirante, porque tenía un adecuado Insight.

Otra manera de diferenciar es la presencia de indicadores dismórficos corporales (preocupaciones del paciente del cuerpo) (Rabito-Alcón & Rodríguez-Molina, 2016). Que en el presente caso no existió bajo ningún concepto es imprescindible tener claro los criterios diagnósticos y la exclusión de la condición mental con los Trastornos Alimentarios (TCC) que básicamente se centran la distorsión de la percepción de su peso y figura (anorexia, bulimia, etc.) En este estudio de caso se logró entender el TDC y la correcta intervención psicológica, necesaria para disminuir los errores en la detección, por otra parte es importante señalar que los criterios del paciente no incluyen los comportamientos compulsivos relacionadas con el TDC, tampoco el indicador de la presencia del TDC y unas pautas para poder diferenciarlo de otros trastornos, tal como manifiesta la literatura científica propuesta por Phillips (Katherine A Phillips et al., 2008).

Según el DSM-5, este caso podría ser diagnosticado de TDC y de un trastorno delirante tipo somático, porque las ideas sobre el cuerpo "mestizo" pudieron haber sido consideradas por el facultativo como ideas delirantes; sin embargo, la evaluación y diagnóstico redactados en el caso sugieren que las variantes delirantes y no delirantes del TDC tienen comorbilidad y parecen en algunos momentos ser el mismo trastorno, lo que complicaría la conciencia de enfermedad.

Tratar a un paciente con TDC puede llegar a ser un reto para el profesional implicado (Phillips, 1997), debido a las singularidades del trastorno y al grado de dificultad que alcanza los supuestos teóricos, de ahí la derivación de un modelo de mediación psicológica (Santos-Morocho, 2017), más la TCC para lograr adherir al paciente al tratamiento psicológico, esto aunque su contenido puede ser común entre los experimentados clínicos se puede tornar muy difícil lograrlo, debido a que muchos pacientes creen que un tratamiento estético, quirúrgico es la solución a sus problemas de apariencia.

La gran mayoría de pacientes con TDC, buscan y reciben tratamientos estéticos, que rara vez mejoran su percepción, pudiendo desencadenar otros cuadros psicopatológicos por el descontento que implícitamente puede resultar sus preocupaciones dismórficas (Phillips et al., 2001). Esto sucedía en el paciente descrito en este caso clínico. También es una condición de responsabilidad por parte de los psicólogos clínicos contar con una red de apoyo y un equipo multidisciplinario al momento de encontrarse con pacientes que a menudo dudan del tratamiento psicológico.

Con respecto al fin de la psicoterapia el hallazgo en este caso fue que, al estar encaminada a disminuir el patrón mental de la preocupación y angustia, a la vez potencializar el funcionamiento personal, social y autónomo del paciente; logró encaminar al paciente a un desarrollo personal. Otra condición se pone en manifiesto es la “psicoeducación” con muestra razonada y documentada, que también resultó muy necesario para la concientización de la enfermedad y la aceptación del tratamiento.

Como experiencia en este caso se podría manifestar que la TCC, este modelo que enmarca un enfoque elitista y pone en evidencia su efectividad debido a la evidencia empírica de su uso sobre todo en la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales (Braddock, 1982), en la desensibilización sistemática (Giles, 1988) y la exposición con prevención de respuesta (Neziroglu, McKay, Todaro, & Yaryura-Tobias, 1996). Por lo que el autor de este caso de TDC recomienda su uso. Este estudio logró evaluar, diagnosticar y tratar el TDC en un paciente, además aportó al crecimiento teórico en la temática. Se reconoce como limitación, el no incluir más técnicas de la TCC al momento de la intervención psicológica. Como recomendación para futuras investigaciones sobre el tema, se deberían diseñar estudios de epidemiológicos para tener estadísticas a nivel local del TDC, ya que en los últimos tiempos ha logrado captar la atención de las exigencias de la globalización y la modernidad del mundo.

## Conclusiones

- El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno poco frecuente, debido a que pasan desapercibidos y son intervenidos por profesionales de la salud por otros motivos de consulta, sin embargo, afectan el normal desarrollo personal y la calidad de vida de los pacientes, a esto se suma la negatividad que adoptan de los pacientes frente al tratamiento psicológico; por lo general no manifiestan necesidad de tratarse, lo que implica la poca conciencia de enfermedad, por lo que los psicólogos clínicos deben recurrir a modelos de evaluación y preguntas específicas para diferenciar la comorbilidad de los síntomas.
- La evaluación del TDC, incluyó instrumentos (test) estandarizados para detectar las manifestaciones clínicas de esta alteración de la imagen corporal, permitió, identificar el grado de afección brindando un diagnóstico que fue coadyuvado por los instrumentos de evaluación, entrevistas y criterio de expertos, además fue necesario realizar un diagnóstico diferencial, lo que ayudó a una correcta planificación psicoterapéutica.
- El tratamiento basado en psicoterapia con el modelo cognitivo conductual puede resultar un reto, ya que al encontrarse con una escasa conciencia de enfermedad y la no disposición de trabajo en la terapia que propone la psicología clínica, pudieran no cumplirse con la planificación del tratamiento. Sin embargo, el usar un modelo de mediación, una entrevista motivacional semiestructurada y psicoeducación sobre su problema, contribuirá a la aplicación

exitosa de las técnicas. La terapia cognitiva conductual breve (tres meses) disminuye los síntomas de manera categórica, sin embargo, no se propone como una verdad absoluta a la hora de intervenir sobre este trastorno, pues dependerá mucho de las diferencias individuales de cada paciente.

## Referencias

- Abreu, Dailene, Ojeda-Vicente, Miguel, & Ferrer-Gutiérrez, Eráclides, J. (2014). Trastorno dismórfico corporal. *Medicentro Electrónica*, 18(3), 140-142. Recuperado en 21 de enero de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432014000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300011&lng=es&tlng=es).
- American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of DSM5. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. [Doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatry*, 18(7), 365–368. [doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.001](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.001)
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M., & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144(1), 73–78. [doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010)
- Borda, T., Neziroglu, F., Santos, N., Donnelly, K., & Rivera, R. P. (2011). Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 507–512. [doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.004)
- Braddock, L. E. (1982). Dymorphophobia in adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 140(2), 199–201. [doi.org/10.1192/bjp.140.2.199](https://doi.org/10.1192/bjp.140.2.199)
- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., & Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 67–72. [doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.09.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.09.004)
- Duro Mota, E., Campillos Páez, M. T., & Causín Serrano, S. (2003). El Sol y los Filtros Solares. *Revista de Medicina Familiar Y Comunitaria*, 13, 159–165. [doi.org/10.4321/S1131-57682003000300005](https://doi.org/10.4321/S1131-57682003000300005)

- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., & Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: A comparison of clinical features. *European Psychiatry, 19*(5), 292–298. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.04.014
- Fuentes Márquez, M. S. (2016). *La saliencia aberrante como base para la sintomatología psicótica [Recurso electrónico] / María Sandra Fuentes Márquez ; Juan Francisco Rodríguez Testal, Miguel Ruiz Veguilla [directores].* [Sevilla] : [s.n.].
- Giles, T. R. (1988). Distortion of body image as an effect of conditioned fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19*(2), 143–146. doi.org/10.1016/0005-7916(88)90028-6
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2017). El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica, 22*(1), 69. doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62*(7), 517–22.
- Halliwel, E., Jarman, H., Tylka, T., & Slater, A. (2017). Adapting the Body Appreciation Scale-2 for Children: A psychometric analysis of the BAS-2C. *Body Image, 21*, 97–102. doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.03.005
- Hollingshead, A. B. (1975). Four factor index of social status. *Yale Journal of Sociology, 8*, 21–52.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., & 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*(1), 17.
- Koran, B. L. M., & Abujaoude, E. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population . *CNS Spectr The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population*, (February 2016), 316–322.
- Lobo, a, Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*(1), 135–40. doi.org/doi:10.1017/S0033291700002579

- López-Ibor Aliño, J. J., Valdés Miyar, M., & American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27(1), 67–77. doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80036-0
- Núñez Gaitán, M.d.C., Benítez Hernández, M.d.M., Valdés Díaz, M., Senín Calderón, M.C. y Rodríguez Testal, J. F. (2015). El papel de la autoconciencia en la preocupación por la imagen corporal en población general. *PhD Proposal*, 1(c), 29–32. doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998a). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(July), 129–132. doi.org/10.1046/j.1440-1614.1998.00377.x
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998b). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129–132. doi.org/10.1046/j.1440-1614.1998.00377.x
- Peña Casquero, P. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes, ISSN-E 2340-8340, Vol. 3, Nº. 1, 2016, Págs. 37-44, 3(1), 37–44.*
- Phillips, A., Menard, W., Fay, C., & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254–260. doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Phillips, A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, B. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 317–325. doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Ph, D., Feusner, J., Wilhelm, S., & Ph, D. (2008). Trastorno dismórfico corporal : tratamiento de un trastorno poco identificado Trastorno dismórfico corporal : alcance del problema, 2(4), 596–604.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J. D. J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 42(December), 504–510. doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.504

- Phillips, K. A., Hart, A. S., & Menard, W. (2014). Psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 205–208. doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.04.004
- Rabito-Alcón, M. F. R.-A., & Rodríguez-Molina, J. M. (2016). Diferencias y similitudes en la insatisfacción corporal entre personas con trastornos alimentarios, personas con disforia de género y estudiantes universitarios. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 21(2), 97. doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16991
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877. doi.org/10.1017/S0033291706007264
- Rodríguez-Testal, J. F. (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. España. Ed. 1st ed. TEA
- Rodríguez Testal, J. F., & Mesa Cid, P. J. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid : Ed. 1st ed. Pirámide.
- Rosen, J. C. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 1(1), 30-58.
- Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755–766. doi.org/10.1016/0005-7967(96)00024-1
- Sanchez-Carracedo, D., Mora, M., Lopez, G., Marroquin, H., Ridaura, I., & Raich, R. M. (2004). Cognitive-behavioral management of bodily image. *Psicología Conductual*, 12(3), 551–576.
- Sandoval, M., García-Huidobro, I., & Pérez-Cotapos, M. L. (2009). Trastorno Dismórfico Corporal. *Rev. chil. dermatol*, 25(3), 244-250.
- Santos-Morocho, J. (2016). *Estrés Académico*. Edúnica. Ed. 1st ed. Cuenca.
- Santos-Morocho, J. (2016). *Psicología Clínica y de la Salud*. Edúnica. Ed. 1st ed.. Cuenca.
- Santos-Morocho, J. (2017). La mediación psicológica perspectiva desde la Psicología Clínica, *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 35(1), 79–84.

- Schaefer, T., & Szymanski, K. (2017). *Burns, Evaluation And Management. StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F., Perona-Garcelán, S., & Perpiñá, C. (2017). Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry Research*, 248(December 2016), 121–126. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.003
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body Dysmorphic Disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169(2), 196–201. doi.org/10.1192/bjp.169.2.196
- Zemelman, V., von Beck, P., Alvarado, O., & Valenzuela, C. Y. (2002). Dimorfismo sexual en la pigmentación de la piel, color de ojos y pelo y presencia de pecas en adolescentes chilenos en dos estratos socioeconómicos. *Revista Medica de Chile*, 130(8), 879–884. doi.org/10.4067/S0034-98872002000800006