

# ■ Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal

Patricia Peña-Casquero

Práctica privada, Alicante, España

## Resumen

El presente trabajo muestra la intervención realizada en el caso de una adolescente de 15 años con un trastorno dismórfico corporal. Se trata de un trastorno poco frecuente, con una prevalencia de 1-2% y habitualmente infradiagnosticado, que produce un gran impacto en el ámbito social, académico y familiar. La paciente presentaba conductas de reaseguración y comprobación en diferentes situaciones acontecidas en la vida diaria. Se llevó a cabo la evaluación del nivel de ansiedad de la adolescente a través del STAI, y de la autoestima mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg. El tratamiento aplicado consistió en terapia cognitivo-conductual basada en reestructuración cognitiva y exposición en vivo con prevención de respuesta ante estímulos que producían conductas de reaseguración, evitación y escape. Dicho tratamiento fue llevado a cabo con la ayuda de su madre como co-terapeuta a lo largo de cinco meses, constando de 14 sesiones de una hora de duración. Al finalizar el tratamiento, tanto los pensamientos disruptivos como las conductas de evitación y reaseguración habían disminuido significativamente, habiéndose producido un notable aumento de la autoestima. Los resultados corroboran la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en el trastorno dismórfico corporal para adolescentes.

*Palabras clave:* Trastorno dismórfico corporal, estudio de caso, tratamiento cognitivo conductual, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta.

## Abstract

*Cognitive-behavioral therapy in a case of an adolescent with body dysmorphic disorder.* This case study describes the intervention with a 15 years old teenager who has body dysmorphic disorder. This is a rare disorder, with a prevalence of 1-2%, and usually underdiagnosed, that produces a great impact on the social, academic and family. The patient had reinsurance and testing behaviors in different situations of daily life. We assessed her level of anxiety using the STAI, and her self-esteem with the Rosenberg Self-Esteem Scale. The treatment consisted of cognitive-behavioral therapy, based on cognitive restructuring, and in vivo exposure with response prevention to stimuli producing reinsurance behaviors, avoidance and escape. The treatment was carried out with the assistance of her mother as co-therapist in 1-hour 14 sessions during five months. After treatment, both disruptive thoughts and avoidance behaviors and reinsurance decreased significantly, and self-esteem increased significantly. The results support the efficacy of cognitive-behavioral treatment in body dysmorphic disorder in adolescents.

*Keywords:* Body dysmorphic disorder, single-case study, cognitive-behavioral therapy, cognitive restructuring, exposure with response prevention.

El concepto de imagen corporal abarca un constructo teórico relacionado con diferentes ámbitos, como son la psicología, psiquiatría, medicina o sociología. Se considera crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad (como el autoconcepto o la autoestima), o ciertas patologías (trastornos dismórficos) y se ha relacionado con la integración social en la adolescencia (Koff, Rierdan y Stubbs, 1990).

Rosenblum y Lewis (1999) ponen de manifiesto que la insatisfacción corporal aumenta significativamente en la adolescencia, concretamente en aquellas edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, manteniéndose constante hasta aproximadamente los 18 años. Es durante esta etapa cuando las influencias externas (sobre todo los medios de comunicación y el ambiente social)

ejercen un impacto importante en lo que a la imagen corporal de los adolescentes se refiere. Cabe resaltar que los medios de comunicación constituyen uno de los principales modelos de estética corporal actual, no obstante, también se ratifica la importancia de la familia y del grupo de iguales en la transmisión y aprobación de este modelo (Stice, Maxfiel y Wells, 2003).

De esta forma, los medios de comunicación combinados con los estándares actuales de belleza y el ambiente social, sobre todo en la etapa de la adolescencia, logran producir una sensibilización a la percepción de defectos del propio cuerpo (ya sean reales o exagerados), aportándoles una importancia que puede llegar a ser perjudicial para su desarrollo psicológico y emocional.

---

## Correspondencia:

Patricia Peña-Casquero.

Clínica Psicológica Patricia Peña.

Calle Salero, Edificio Belagua, Nº1, 5ºD, 03181. Torreveija (Alicante) - España.

E.mail: psicologa.infantilyjuvenil@gmail.com

El trastorno dismórfico corporal (TDC), anteriormente conocido como dismorfofobia, puede definirse como una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas (APA, 2013). Se trata de una preocupación importante y anormal por algún defecto percibido en la imagen corporal, ya sea real o imaginado, que produce malestar psicológico significativo, y deterioro del desempeño social, laboral, y otras áreas importantes del funcionamiento del individuo (APA, 2013).

La disposición de este trastorno ha variado con la quinta edición del DSM, ubicándose actualmente dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, mientras que el DSM-IV (APA, 1994) lo situaba dentro de los trastornos somatomorfos.

Se calcula que aproximadamente el 1-2% de la población reúne los criterios diagnósticos propios del TDC, afectando a ambos sexos de forma similar (Winfried, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen y Brähler, 2006). Los síntomas generalmente comienzan a manifestarse en la adolescencia o adultez temprana, momento en el que surgen la mayoría de críticas personales relacionadas con la autoimagen corporal, aunque también existen datos de incidencia del este trastorno en niños o adultos. Sin embargo, a menudo es infradiagnosticado, puesto que una gran cantidad de sujetos que sufre dicho trastorno (aproximadamente el 30%) se encuentran avergonzados por sus síntomas y son reacios a confesarlos a los demás (Orosan, Reiter y Rosen, 1995).

Se ha relacionado dicho trastorno con la presencia de varios factores de riesgo, como la predisposición genética del individuo, timidez, perfeccionismo o temperamento ansioso (factores parcialmente determinados genéticamente), situaciones adversas durante la infancia (burlas o acoso escolar por parte de los compañeros) mala relación parental (donde se incluye el divorcio), aislamiento social, falta de apoyo familiar o abuso sexual, y presencia de estigmas dermatológicos o físicos (como acné o cicatrices), aunque actualmente no se dispone de demasiada información al respecto (Veale, 2004).

Generalmente, los sujetos que sufren TDC exponen una fuerte preocupación por la idea de que algún aspecto de su apariencia física no es normal, está deformado o "no está bien". Dichas preocupaciones se centran habitualmente en la cara o en la cabeza, aunque pueden ser referidas en cualquier parte del cuerpo (Phillips y Díaz, 1997). La piel, el pelo y la nariz suelen ser las partes más frecuentemente señaladas como aversivas (p. ej., debido a acné, marcas, cicatrices, arrugas, pérdida de pelo, nariz grande o torcida, entre otras), aunque también es común la preocupación respecto a la percepción de asimetría corporal (Phillips, 1991). Cabe resaltar que, aunque la preocupación se focaliza habitualmente en partes específicas del cuerpo, también puede afectar a la imagen corporal de forma general.

Estas preocupaciones son molestas, consumen tiempo y, por lo general, son difíciles de resistir y controlar. Suelen ser definidas como angustiosas, produciendo la aparición de compulsiones (como mirarse constantemente al espejo, pellizcarse la piel) y comparaciones con otras personas (Phillips y Taub, 1995). Los sujetos que sufren este trastorno necesitan de una constante reafirmación sobre su aspecto tanto a partir de sus amigos como de su familia, así como de los médicos (Cotterill, 1996). Como consecuencia, los sujetos desarrollan graves alteraciones de su estilo de vida. Estudios realizados por Phillips y Taub (1995) señalan que el 97% de los pacientes con TDC evitaban actividades sociales y ocupacionales debido a la ansiedad que les generaba su aspecto físico, llevando a cabo conductas de reclusión en el hogar y aislamiento social. En este contexto, Salaberría, Borda, Amor y Echeburúa (1999) destacan los tres niveles de respuesta alterados en el TDC. A nivel psicofisiológico,

son frecuentes las respuestas del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades en la respiración, etc.). A nivel cognitivo, se resaltan preocupaciones, distorsiones perceptivas, creencias irracionales y comparaciones con los demás). Finalmente, a nivel motor destacan conductas de evitación y camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización. Es frecuente la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, trastorno por abuso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y la fobia social (Phillips, Menard, Fay y Weisberg, 2005).

Respecto a las pruebas validadas para evaluar la imagen corporal, cabe destacar el Cuestionario sobre Imagen Corporal (QÜIC), el cual ha obtenido buenos resultados en cuanto a la fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez convergente (Penelo, Espinoza, Portell y Raich, 2011).

Los tratamientos utilizados en el TDC se han basado principalmente en terapia farmacológica, mediante inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como clomipramina, fluoxetina y fluvoxamina (Heimann, 1997), y terapia cognitivo-conductual. Dentro de esta última, destaca el tratamiento llevado a cabo por Orosan y colaboradores (1995) en una muestra de mujeres distribuidas al azar en grupos de casos y controles, aplicando en formato grupal una serie de técnicas entre las que destacan el entrenamiento en correcta percepción corporal, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y prevención de recaídas. Dicho tratamiento ha sido replicado en diferentes muestras, obteniendo resultados significativos que se mantienen al cabo de un año (Raich, 2004).

El objetivo de este trabajo es intervenir en un caso de trastorno dismórfico corporal, con el fin de corroborar la eficacia de la terapia cognitivo conductual a partir del entrenamiento en reestructuración cognitiva y en exposición con prevención de respuesta, con el fin de reducir las ideas distorsionadas e irracionales sobre el cuerpo, a la vez que modificar las autoverbalizaciones negativas sobre su aspecto físico. Todo ello, junto con la desaparición de las conductas rituales y de evitación, contribuirá a mejorar la calidad de vida de la paciente.

## Descripción del caso

### Identificación del paciente

Sara (nombre ficticio) es una adolescente de 15 años escolarizada en 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria. Es la hija mayor de una familia estructurada, con ausencia de acontecimientos estresantes, según refieren. Tiene una hermana pequeña, de 10 años, con la que mantiene una estrecha relación, según informan los padres. La madre (de 44 años) es ama de casa, mientras que el padre (de 46 años) regenta una inmobiliaria. Los cuatro miembros conviven en una localidad de la provincia de Alicante. La adolescente acude a consulta derivada por el orientador de su instituto.

Durante la primera entrevista la paciente se muestra callada, aunque no presenta dificultades para exponer su problema, sin embargo manifiesta una gran vergüenza a la hora de abordar el mismo. Acude acompañada de su madre, que muestra una actitud cercana y colaboradora a lo largo de la sesión. La adolescente refiere tener buena relación con su familia, especialmente con su hermana, a la que quiere mucho. Respecto a su madre, expone que se lleva bien con ella, pero que "se fija poco en el físico", y "no le pone punto a la imagen". En el caso de su padre, manifiesta que "no la entiende". Cuando se le pregunta sobre el instituto, no quiere hablar del tema. Finalmente refiere que le gustaría dejar de asistir a las clases, ya que no se siente

cómoda con sus compañeros, porque “se fijan mucho en sus marcas”. Señala que “no tiene lo que se dice amigas”, y prefiere no relacionarse demasiado con sus compañeros. Su tiempo libre lo dedica a estudiar, a escuchar música y a navegar por Internet. Actualmente lleva tres meses asistiendo al instituto de forma irregular, con varias llamadas de atención por parte de los profesores debido a la asistencia. No ha recibido previamente tratamiento psicológico, aunque manifiesta que sufre gran ansiedad.

### Historia del problema

Los padres informan de que desde el curso anterior (3º E.S.O.), Sara presenta rechazo hacia el instituto, no quiere ir a clase, puesto que se siente muy acomplejada por unas marcas de acné que tiene en las mejillas, frente y mentón. Cabe resaltar que Sara realizó toda la Educación Primaria junto con el primer curso de Educación Secundaria en el mismo centro, ingresando en un nuevo instituto para empezar el segundo curso de ESO, coincidiendo con la aparición del acné que produjo las pequeñas marcas que presenta en la cara.

Desde que cambió de centro, la adolescente presenta rituales de comprobación que se llevan a cabo tanto en casa como en otros lugares, especialmente en el instituto, y que de no llevarlos a cabo, la ansiedad se le dispara y resulta muy difícil calmarla. Indica que por las mañanas tarda casi dos horas en arreglarse (entra a clase a las 8h y se levanta a las 6h 15min), y a lo largo del día comprueba entre 18 y 20 veces su apariencia física en el espejo. En el instituto se ausenta de clase frecuentemente para ir al servicio, donde comprueba que el maquillaje oculta al máximo sus marcas, y retocándose en caso necesario. Cuando percibe que sus compañeros se fijan en sus marcas, dicha conducta se intensifica. Lo mismo ocurre cuando sale a la calle a hacer algún recado o actividad (conducta cada vez menos frecuente), durante ese tiempo, la adolescente siente la necesidad de comprobar su aspecto en escaparates y superficies reflectantes, ya que percibe que tanto personas conocidas como desconocidos se fijan en las marcas acné.

Cabe resaltar que la adolescente se ha sometido a varios tratamientos con el fin de reducir el acné y sus consecuencias. Durante la aparición de los primeros síntomas de acné, el dermatólogo le propuso utilizar unas toallitas húmedas para la limpieza del rostro. Debido al aumento considerable de acné, se le recetó isotretinoína, a fin de reducir el impacto del acné y prevenir su aparición. En la actualidad se está sometiendo a un nuevo tratamiento de microdermoabrasión para difuminar las pequeñas marcas que el acné le produjo en la cara, con buenos resultados, según expone la paciente. Sin embargo, lejos de reducirse los rituales de comprobación y reaseguración, éstos han ido en aumento, al igual que las conductas de evitación, como faltar al instituto o mantener momentos de ocio con iguales.

### Evaluación del caso

La evaluación de Sara se llevó a cabo en dos sesiones, a lo largo de las cuales se utilizaron los instrumentos que a continuación se detallan.

En primer lugar, se completó la *Historia Personal, Cuestionario Biográfico* (Pastor y Sevillá, 1995), autoinforme que proporciona información relativa a las conductas-problema, basado en un esquema que sigue el modelo de Análisis Funcional. A partir de dicha prueba, se produjo una primera aproximación al diagnóstico, teniendo en cuenta el pronóstico y el plan de tratamiento para la adolescente.

En segundo lugar, se utilizó el *Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para Adolescentes y Adultos* (STAI; Spielber-

ger, Gorsuch y Lushene, 1981), prueba constituida por 40 ítems con escala tipo Likert con tres alternativas de respuesta (0 “casi nunca”, 1 “a veces”, 2 “a menudo”, y 3 “casi siempre”) en función de la frecuencia con la que se presentan conductas de ansiedad. Dicha prueba evalúa el nivel de ansiedad general tanto en adultos como en adolescentes y posee un coeficiente de fiabilidad entre .83-.92.

Por otro lado, se consideró apropiado aplicar la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965), cuestionario destinado a explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Está formado por 10 ítems que siguen una escala Likert de cuatro puntos, de los que 5 se enuncian de forma positiva, y 5 de forma negativa para controlar el efecto de aquiescencia. Posee una consistencia interna entre .76-.87, y su coeficiente de fiabilidad es de .92.

También se aplicó una *entrevista diagnóstica ad hoc* considerando los *Criterios Diagnósticos del DSM-5* (APA, 2013) para trastorno dismórfico corporal 300.7 (F45.22).

Finalmente, se elaboró un *autorregistro de preocupaciones y conductas de comprobación ad hoc*, en el cual la paciente debía cuantificar la frecuencia, latencia, situación y grado de malestar que le producen los pensamientos negativos relacionados con las marcas de su piel, a fin de poder controlarlos y trabajar con la adolescente diferentes pensamientos alternativos.

### Análisis topográfico

A través de la información obtenida mediante la entrevista y los autorregistros realizados por la paciente, se estableció la línea base.

Se comprobó que las conductas de reaseguración que presentaba la adolescente, se daban con una frecuencia media de 18 ó 20 veces a lo largo del día, distribuidas de forma irregular, con una duración mínima de 5 minutos, tiempo variable dependiendo de la situación a la que se enfrente. Se observa un aumento del tiempo dedicado y frecuencia de dichas conductas a primera hora de la mañana (momento en el que se prepara para ir al instituto), y en aquellos días en los que salía de su casa para realizar alguna actividad. Lo mismo sucedía con los pensamientos recurrentes y obsesivos, presentes a lo largo del día unas 20-22 veces, con una duración de 5-7 minutos.

En cuanto a la respuesta ante los episodios, la adolescente los calificaba como algo “que le produce mucha ansiedad” si no los lleva a cabo, mientras que los padres lo percibían como situaciones excesivamente repetitivas y muy molestas, ya que de no realizarlas, la adolescente sufriría una ansiedad muy elevada.

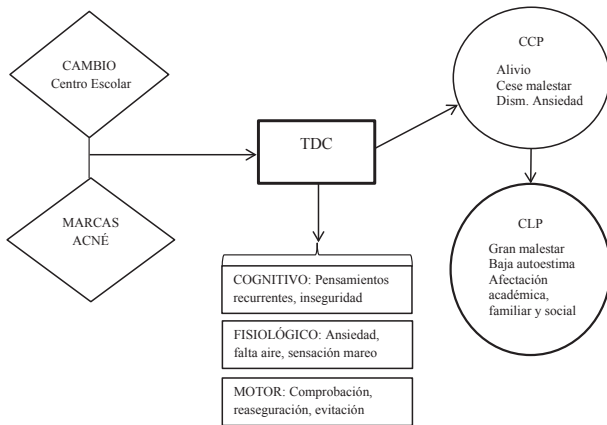
### Análisis funcional

Una vez llevada a cabo la evaluación, y siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013), se consideró que la adolescente presentaba un trastorno dismórfico corporal, cumpliéndose los criterios correspondientes para ello. Así pues, Sara mostraba preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia para algunas personas (Criterio A), en algún momento durante el curso del trastorno se han producido comportamientos o actos mentales repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto físico (Criterio B). La preocupación le causa al sujeto malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, académico y otras áreas importantes del funcionamiento, como en el tema familiar se refiere (Criterio C). Finalmente, la preocupación no se explica mejor por la inquietud sobre el tejido adiposo o el peso corporal,

no cumpliendo los síntomas del sujeto los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria (Criterio D).

Como puede observarse en la Figura 1, el trastorno dismórfico corporal se encuentra explicado por la presencia de conductas calificadas como problema, las cuales se presentaban por un lado, a nivel físico (ansiedad muy elevada, falta de aire, sensación de mareo), a nivel cognitivo (pensamientos recurrentes y persistentes, inseguridad), y a nivel motor (estado de hipervigilancia, comprobación, reaseguración, conductas de evitación y escape). Las consecuencias inmediatas de dichas conductas implicaban un refuerzo positivo, y consiguientemente una marcada disminución de la ansiedad que Sara sufría, mediante sentimientos de alivio y cese del malestar. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo implicaban malestar general, baja autoestima, bajo autoconcepto, incremento del sentimiento de indefensión, repercutiendo negativamente a nivel social (ausencia de vida social y momentos de ocio), académica (absentismo escolar y empeoramiento de las notas) y a nivel familiar (impedimento de relaciones familiares normales). Se identifican como factores desencadenantes, por un lado el cambio de centro que la adolescente experimentó, junto con la aparición del brote de acné que le produjo las marcas que presentaba en el rostro.

Figura 1. Representación gráfica del análisis funcional.



Rombo: Variable no modificable; Rectángulo: Conducta problema; Círculo: Variable mediadora modificable; CCP: Consecuencias a corto plazo; CLP: Consecuencias a largo plazo

### Aplicación del tratamiento

El tratamiento para este caso consistió en la aplicación de terapia cognitivo conductual basada en técnicas de reestructuración cognitiva y exposición con prevención de respuesta, a fin de conseguir los objetivos propuestos inicialmente, a saber, sustituir los pensamientos y creencias distorsionadas de Sara sobre sus marcas faciales, y eliminar las conductas de escape y evitación que provocan dichas cogniciones, reduciendo su nivel de ansiedad y preocupación.

Dicho tratamiento se llevó a cabo en un total de 14 sesiones de una hora de duración, concertadas de forma semanal. Las dos primeras sesiones corresponden a la fase de recogida de información, la primera de ellas conjunta con Sara y su madre, y la segunda únicamente con Sara. Durante la tercera sesión se llevó a cabo la devolución de información y psicoeducación tanto a Sara como a su madre, en la que se expuso el análisis funcional del caso, y se resolvieron las dudas pertinentes. Las sesiones 4ª-6ª se implantó la técnica de reestructuración cognitiva, a fin de identificar los pensamientos ansiógenos y sustituirlos por otros más racionales y adaptativos. La 7ª sesión se dedicó por completo a entrenar a la adolescente en diferentes técnicas de relajación, que le sirvieran para afrontar satisfactoriamente las situaciones ansiógenas a las que se enfrentaba en el transcurso de su día a día. Las sesiones 8ª-12ª se centraron en la aplicación de exposición con prevención de respuesta, mediante la cual se propicia la habituación del sujeto a situaciones que le producen malestar, favoreciendo el afrontamiento a las mismas. En la 8ª sesión, se elaboró una jerarquía de ítems ansiógenos, compuesta por 10 situaciones y 50 ítems correspondientes a preocupaciones del sujeto que le afectaban a nivel familiar, académico y social. En cada sesión de forma gradual, Sara se expuso a dos preocupaciones (correspondientes a 5 ítems de la jerarquía cada una), especificadas en un rango de 0 a 100 de acuerdo al grado de ansiedad que le producía cada una. La 13ª correspondió a una sesión de seguimiento y prevención de recaídas, mientras durante la última se realizó una evaluación postest, cuyo objetivo radicó en observar y valorar la evolución de problema y el éxito del tratamiento.

Cabe resaltar que a lo largo del tratamiento, la madre de Sara desempeñó un papel muy importante, siendo su principal apoyo y trabajando como coterapeuta todo el contenido que se veía en las sesiones. Todo ello favoreció la motivación de la adolescente y su implicación en el tratamiento, desarrollándose el mismo de forma positiva.

Tabla 1. Descripción del tratamiento y desarrollo de las sesiones.

Sesión	Contenido	Tareas para casa
1ª Motivo de consulta y recogida de información	Presentación, motivo de consulta, historia del problema, entrevista con Sara y su madre. Aplicación de Historia Personal, Cuestionario Autobiográfico (Pastor y Sevillá, 1995).	
2ª Recogida de información y evaluación pretest	Entrevista con Sara, aplicación Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para Adolescentes y Adultos (STAI; Spielberger et al., 1981) y Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965). Corroboración con criterios DSM-5 (APA, 2013).	Autorregistro de preocupaciones y conductas de comprobación durante la semana.
3ª Devolución de información	Psicoeducación y análisis funcional. Información acerca del problema, importancia de los pensamientos disruptivos, resultados de evaluación, exposición de objetivos terapéuticos, análisis del autorregistro.	Autorregistro de preocupaciones y conductas de comprobación, añadiendo nivel de activación e interferencia en la vida diaria.

Sesión	Contenido	Tareas para casa
4ª Reestructuración cognitiva	Repaso de la sesión anterior y análisis del autorregistro. Explicación de la Terapia Racional-Emotiva de Ellis (1989), y la utilidad del ABC. Elaborar relación entre pensamientos, emociones y conductas.	Autorregistro de pensamientos distorsionados y activación psicofisiológica.
5ª Reestructuración cognitiva	Repaso de la sesión anterior y análisis del autorregistro. Discusión de pensamientos y preocupaciones, trabajando pensamientos distorsionados.	Autorregistro completo de pensamientos.
6ª Reestructuración cognitiva	Repaso de la sesión anterior y análisis del autorregistro. Discusión de pensamientos disruptivos y preocupaciones, trabajando pensamientos distorsionados y pensamientos alternativos.	Autorregistro completo de pensamientos añadiendo alternativas racionales a los mismos.
7ª Relajación	Repaso de la sesión anterior y análisis y discusión del autorregistro. Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson, 1929) y Entrenamiento en Técnica de Respiración Diafrágica de Benson (1975).	Practicar en casa las técnicas de relajación vistas en sesión, registrando niveles de activación fisiológica. Autorregistro completo de pensamientos disruptivos y alternativos.
8ª Exposición con prevención de respuesta	Repaso de la sesión anterior y análisis de autorregistro. Elaboración de jerarquía de ítems ansiógenos relacionados con diferentes situaciones y/o pensamientos causantes de malestar en el sujeto.	Practicar relajación. Autoregistro completo de pensamientos y alternativas.
9ª Exposición con prevención de respuesta	Repaso de la sesión anterior y análisis de autorregistro. Entrenamiento en exposición y prevención de respuesta.	Exposición con prevención de respuesta y relajación.
10ª Exposición con prevención de respuesta	Repasar la sesión anterior y análisis de las tareas para casa. Exposición con prevención de respuesta de nuevos ítems de la jerarquía.	Exposición con prevención de respuesta y relajación.
11ª Exposición con prevención de respuesta	Repasar la sesión anterior y análisis de las tareas para casa. Exposición con prevención de respuesta de nuevos ítems de la jerarquía.	Exposición con prevención de respuesta y relajación.
12ª Exposición con prevención de respuesta	Repasar la sesión anterior y análisis de las tareas para casa. Exposición con prevención de respuesta de nuevos ítems de la jerarquía.	Exposición con prevención de respuesta y relajación.
13ª Prevención de recaídas y seguimiento	Afrontamiento ante situaciones de riesgo.	
14ª Evaluación postest	Administración de Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para Adolescentes y Adultos y Escala de Autoestima de Rosenberg.	

## Resultados

Los resultados iniciales fueron obtenidos a partir de las primeras semanas (véase la Figura 2), evidenciándose un descenso significativo de la frecuencia de aparición de las conductas problema. Al inicio del tratamiento, dichas conductas tenían una media de 18-20 conductas diarias, de unos 5-7 minutos de duración. A lo largo del mismo, las conductas disminuyeron tanto en frecuencia, como en intensidad y duración, con una media de una o ninguna conducta diaria, y una duración de 10-30 segundos, siendo cuantificadas mediante autorregistros.

La Figura 3 expone los resultados obtenidos a partir del Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para Adolescentes y Adultos (STAI; Spielberger et al., 1981), en la cual se partió de dos valores, Ansiedad-Estado, en la que la adolescente obtuvo una puntuación centil de 89, y Ansiedad-Rasgo (puntuación centil de 97). Una vez llevado a cabo el tratamiento, en la fase de postest se administró de nuevo la prueba, obteniendo en este caso un centil de 45

en Ansiedad-Estado y de 80 en Ansiedad-Rasgo. De esta forma, se observa una disminución significativa tanto en la Ansiedad-Estado como en la Ansiedad-Rasgo de la adolescente.

Figura 2. Evolución de la conducta problema.

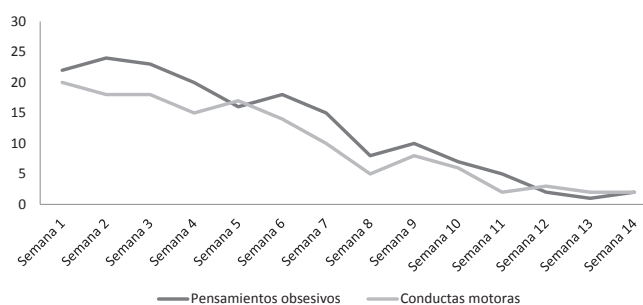
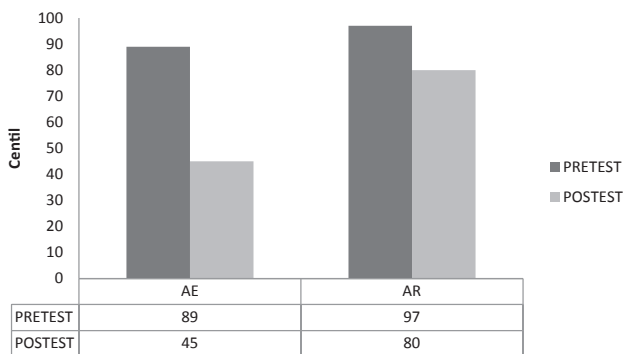
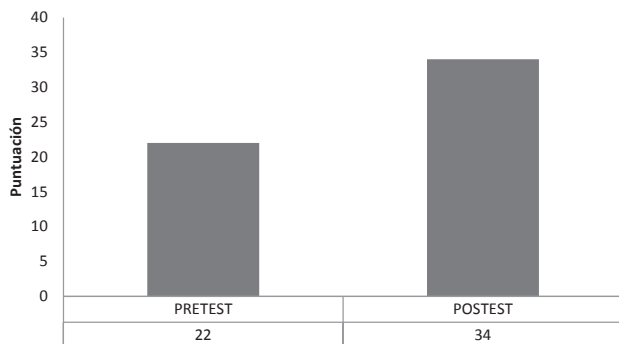


Figura 3. Resultados pretest y postest del STAI.



En la Figura 4 se observan las puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Autoestima. En la fase pretest, Sara obtuvo una puntuación de 22, mientras que en la fase postest llevada a cabo una vez realizada la intervención, la puntuación obtenida fue de 34, observándose un aumento significativo de la autoestima de la adolescente.

Figura 4. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg.



## Discusión

El TDC hace referencia a un trastorno altamente incapacitante del que se dispone de escasa información en España. El objetivo de este trabajo plantea la presentación de los resultados de un estudio de caso clínico de una adolescente que sufre TDC, aplicando una terapia cognitivo conductual. La hipótesis de partida fue que la utilización del tratamiento cognitivo conductual basado en reestructuración cognitiva y exposición in vivo con prevención de respuesta, disminuiría tanto la frecuencia y duración como la intensidad de las conductas problema y de la ansiedad que sufría la adolescente debido a las mismas. Dicha hipótesis ha sido corroborada a lo largo del estudio, puesto que los datos obtenidos a partir de las fases pretest y postest del tratamiento evidencian una progresiva disminución de la tasa de ansiedad (tanto Ansiedad-Estado como Ansiedad-Rasgo) de la adolescente, junto con un aumento de la autoestima y autoconcepto (entendidos como sentimientos de valía personal y de respeto a sí misma) percibidos por Sara, todo ello a partir de la reducción de las conductas problema anteriormente expuestas. Todo lo anterior supuso para la adolescente un aumento significativo de su calidad de vida, aumentando y consolidando sus relaciones en el ámbito social y familiar, aumentando sus momentos de ocio y promoviendo una actitud de implicación y compromiso a nivel académico.

Estos resultados siguen la línea de los alcanzados por Orosan, y colaboradores (1995) en su estudio de casos y controles, en una muestra de 54 sujetos con TDC, en el cual se llevó a cabo la

implantación de un tratamiento cognitivo conductual basado principalmente en desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva y exposición con prevención de respuesta, obteniendo una reducción los síntomas de dicho trastorno junto con un aumento de la autoestima en un 82% de casos en el postratamiento, y el 77% durante el seguimiento del mismo. De esta forma, a partir de los resultados de este estudio se aporta mayor evidencia científica a la utilización de terapia cognitivo-conductual en casos de trastorno dismórfico corporal.

Cabe resaltar que, a lo largo de las primeras sesiones, fue fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica, tanto con la adolescente como con su madre (principal coterapeuta). El trabajo paralelo con la madre de Sara resultó de gran importancia, ya que ejercía su apoyo respecto a lo que se trabajaba en las sesiones individuales, y se erigió como principal figura de apoyo, fortaleciendo la relación madre-hija. Aproximadamente a mitad del tratamiento la adolescente desarrolló una amistad con dos chicas de su instituto, que a su vez constituyeron un gran apoyo para la consolidación de la autoestima y el autoconcepto, así como una vía para abordar el tema del absentismo escolar, que finalmente se redujo totalmente. De esta forma, se ratifica la consecución de los objetivos propuestos al inicio del estudio.

En cuanto a las limitaciones del estudio a tener en cuenta, se destaca el hecho de que se encuentra pendiente la realización de sesiones de seguimiento con la adolescente, a fin de comprobar si los resultados se mantienen a largo plazo. Actualmente se mantiene un seguimiento mensual con Sara, a partir del cual se continua valorando la intervención realizada y el mantenimiento de las conductas instauradas, cuyos resultados a día de hoy siguen siendo positivos (se ha producido un ligero descenso en autoestima, mientras que los niveles de ansiedad y la frecuencia de conductas problema permanecen estables). Finalmente, al tratarse de un caso único, la generalización de los resultados obtenidos resulta limitada.

En definitiva, la principal aportación de este estudio es que expone una propuesta de intervención ajustada al sujeto a través de un tratamiento multicomponente, y teniendo en cuenta su trabajo paralelo guiado por el coterapeuta. De esta forma, se centra en la reducción de las conductas problema y de las consecuencias derivadas de las mismas, y ofrece un seguimiento mensual a fin de asegurar el éxito del tratamiento.

Así pues, en cuanto a implicaciones para trabajos futuros, cabe resaltar la importancia del trabajo conjunto a lo largo del tratamiento, involucrando activamente a los miembros del círculo del paciente, para alcanzar la totalidad de los objetivos propuestos. Por otro lado, es importante destacar la falta de instrumentos específicos que ayuden a definir el diagnóstico, siendo importante la obtención de medidas de fiabilidad y validez en la escala elaborada para dicha función.

Artículo recibido: 11/07/2015

Aceptado: 09/09/2015

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4ª edición). Washington DC: APA. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5ª edición). Washington DC: APA. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Borrow. En J. Vila y M. C. Fernández-Santaella (Eds.), *Tratamientos psicológicos: La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.
- Cotterill, J. A. (1996). Body dysmorphic disorder. *Dermatologic Clinical* 14, 457-463. doi:10.1016/S0733-8635(05)70373-9
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: DDB.
- Jacobson, E. (1929). Relajación progresiva o diferencial. En J. R. Cautela y J. Groden (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Heimann, S. W. (1997). SSRI for body dysmorphic disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 868-879. doi:10.1097/00004583-199707000-00004
- Koff, E., Rierdan, J. y Stubbs, M. L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10, 56-68. doi:10.1177/0272431690101004
- Orosan, P., Reiter, J. y Rosen, J. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269. doi:10.1037/0022-006X.63.2.263
- Pastor, C. y Sevilá, J. (1995). *Cuestionario Autobiográfico*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Penelo, E., Espinoza, P., Portell, M. y Raich, R. M. (2011). Assessment of body image: Psychometric properties of the Body Image Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 17, 556-566. doi:10.1177/1359105311417913
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K. A. (1995). Body dysmorphic disorder: Clinical features and drug treatment. *CNS Drugs*, 3, 30-40. doi:10.2165/00023210-199503010-00004
- Phillips, K. A. y Díaz, S. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 570-577. doi:10.1097/00005053-199709000-00006
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. y Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 317-332. doi: 10.1176/appi.psy.46.4.317
- Phillips, K. A. y Taub, S. L. (1995). Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 279-288.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Rosenblum, G. y Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence. *Child Development*, 70, 50-64. doi: 10.1111/1467-8624,0000
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salaberría, K., Borda, M., Amor, P. J. y Echeburúa, E. (1999). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 27-43.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1981). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Stice, E., Maxfiel, J. y Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: An experimental investigation of the effects of «fat talk». *International Journal of Eating Disorders*, 34, 108-117. doi:10.1002/eat.10171
- Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80, 67-71. doi:10.1136/pmj.2003.015289
- Winfried, R., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. y Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877-886.

