

UNA PERSPECTIVA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD DE LA IMAGEN CORPORAL

ROSA MARÍA RAICH*

Universidad Autónoma de Barcelona, España

ABSTRACT

In this article we analyze some body image definitions. Also we study the body image exaggerated worries, and the Body Dysmorphic Disorder (BDD). We analyze clinical features of this disorder as well as the most frequent complaints about appearance. We study the relationship among BDD and self-esteem level, gender identity, interpersonal anxiety and depression. Some assessment techniques and cognitive-behavioral interventions are described. Finally we present some future perspectives of the study of this disorder. After the analysis of the studies we arrive at the conclusion that aesthetic outlook pressure is bigger in women than in men.

Key words: Self-esteem level, gender identity, interpersonal anxiety, depression.

RESUMEN

En este trabajo se describen algunas definiciones y el concepto de imagen corporal y las preocupaciones exageradas acerca de sí mismo que pueden llegar a constituir el trastorno dismórfico. Se analizan las características clínicas de este trastorno, así como las quejas que sobre la apariencia son más frecuentes. Se estudia la relación de este trastorno con nivel de autoestima, identidad de género, ansiedad interpersonal y depresión. Se hace un repaso a diferentes técnicas de evaluación y de tratamiento de este trastorno. Finalmente se describen algunas perspectivas de futuro en relación

Continúa ➡

* Correspondencia: ROSA RAICH, Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. Código Postal: 08193. Bellaterra (Barcelona), España. Correo electrónico: rosa.raich@uab.es

Continuación →

al estudio de este trastorno. Tras analizar los resultados observados en diferentes estudios se llega a la conclusión de que la presión por la estética es muy superior en las mujeres que en los hombres y que presentan mayor insatisfacción al valorar su apariencia en todas las áreas.

Palabras clave: trastorno dismórfico, autoestima, identidad de género, ansiedad interpersonal, depresión.

INTRODUCCIÓN

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. De hecho se gastan millones cada año para mejorar el aspecto físico. Uno de los negocios más lucrativos es el que hace referencia a la mejora del aspecto físico. Pero la preocupación exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente.

El principal objetivo de la publicidad para la belleza y las mayores consumidoras de sus productos lo son las mujeres. La presión hacia la belleza (y la belleza, hoy en día, es igual a esbeltez) es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, así como también son mucho mayores las cifras de trastornos alimentarios en éstas. En este artículo queremos analizar qué es la imagen corporal, qué es el trastorno dismórfico, técnicas de evaluación y de intervención y hacer un repaso de los hallazgos encontrados en los estudios realizados, así como establecer unas líneas de investigación de futuro.

Hay varias definiciones de qué es la imagen corporal, la más clásica se la debemos a Schilder (cfr. Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990) que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: Miembro fantasma, Anosognosia, etc.

Una concepción más dinámica la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Fisher, 1986). Bemis y Hollon (1990) advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto.

Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Fisher (1986) notó que la gente variaba respecto a la definición que adscribían a sus límites corporales.

De acuerdo con Rosen (1995) Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales.

Thompson (1990), concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- *Un componente perceptual:* precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.

- *Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo):* actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado Insatisfacción Corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión, evalúan la insatisfacción corporal.
- *Un componente conductual:* conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Para Cash (1990), la imagen corporal implica: perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal en los DSM. El término *dismorfofobia* fue introducido por Morselli en 1886 (Morselli, 1886, Morselli, E.; Jerome, L., 2001). La fobia no estuvo muy detallada en su explicación pero el término que acuñó significa literalmente: “miedo a la propia forma”. Janet en 1903 habla de: “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”, que implica el miedo a ser visto como ridículo. El primer artículo publicado en inglés por Hay, data de 1970. La esencia del trastorno fue clarificada no como miedo a volverse deforme sino la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás.

En este sentido J.C. Rosen y colaboradores (1990) proponen que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Esto es lo que bajo la denominación: trastorno dismórfico aparece en el DSM III R, en el DSM-IV y en el DSM-IV TR. (APA, 1987; APA, 1994, APA, 2000) y está incluido en los trastornos somatoformes. Los criterios diagnósticos son:

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. 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 (por ej. insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa) (APA, 1994).

Aunque el diagnóstico del trastorno dismórfico debe incluir todos estos criterios, es necesario observar este trastorno, no de manera puramente categorial, sino dimensional. Desde la insatisfacción corporal tan frecuente en las mujeres de nuestra sociedad, hasta un grado de inhabilitación absoluto.

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales.

Perceptivamente, la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en la realidad, a esto se le llama: distorsión perceptiva. El ejemplo más corriente hoy en día es el de las chicas jóvenes que teniendo un peso normal se ven gruesas.

Aunque la insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo entre las mujeres, esto no es suficiente para definir el Trastorno de la Imagen

Corporal. Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter. Aunque esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día es aun más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno.

Conductualmente, organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Estas personas pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos utilizan lupas para poder observar mejor su defecto. Puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo. Algunos evitan mirarse al espejo, mientras que otros lo hacen compulsivamente. Solicitan continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Realizan maniobras de camuflaje, tapándose con ropas holgadas o con flequillo u otras argucias, y sobre todo evitando las situaciones sociales en las que cree que se fijarán en su defecto o será rechazado por su apariencia. Uso de cosméticos y también repetidas visitas al cirujano cosmético o pasar por muchas intervenciones de estética (Hollander y Aronowitz, 1999). Estas conductas, tienden por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia.

Las personas que no tienen este problema evalúan las partes de su cuerpo bajo otros parámetros que los del atractivo, como utilidad, tamaño, importancia, vulnerabilidad, sexualidad o privacidad (Klonoff y Landrine, 1993). De manera similar, las personas con trastorno de la imagen corporal a menudo se preocupan sobre las cualidades que se pueden derivar de su apariencia. Por ejemplo, una mujer que tenía las manos grandes, pensaba que aparecía como demasiado fuerte y agresiva, un

hombre preocupado por la talla de sus pectorales, creía que parecía poco masculino (Rosen, 1995).

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De Leon, Bott y Simpson, 1989; Hollander y Aronowitz, 1999). Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un único patrón de pensamientos. Phillips y McElroy (1993) presentan casos que van desde pacientes que estaban absolutamente convencidos de que no existía un defecto real, hasta los que creían firmemente en su defecto, pero no preguntaban sobre ello para que no les considerasen locos. Estos autores concluyen que el pensamiento varía en un continuo que va desde una ligera convicción hasta el delirio. El delirio en el trastorno de la imagen corporal, está confinado al defecto que se atribuye. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia.

El Trastorno de la Imagen Corporal es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador especialmente para la relación social (Phillips, 1996). Según Hollander y Aronowitz (1999), la ansiedad social es un componente esencial del TIC y la evitación social en combinación con fracaso ocupacional o académico puede llevar al aislamiento. Las personas que presentan este trastorno están en un rango clínico en cuanto a psicopatología y diferentes medidas de autoestima. Sus manifestaciones se superponen al trastorno obsesivo-compulsivo, a la fobia social y a los trastornos alimentarios. En cuanto a los trastornos de personalidad según Phillips y McElroy (2000) el 57% de los pacientes de su estudio tenían uno o más trastornos de personalidad, siendo el más común el Trastorno de Personalidad Evitativa (43%) seguido del de Personalidad Dependiente (15%), Obsesiva-compulsiva (14%), y Paranoide (14%).

Las quejas que típicamente se han aportado en la literatura científica de pacientes del trastorno

dismórfico suelen ser acerca de una anormalidad completamente imaginaria. A veces las quejas pueden tener una base real y ser notadas por las otras personas, pero no hasta el punto que él o ella imagina.

En principio las preocupaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque tengan una apariencia normal. Algunos pueden presentar unas quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo (delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial o bien pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza o de la forma y tamaño de genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo) mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas (ser feo, ser raro...).

El desagrado por el peso y la forma corporal es bastante corriente hoy en día, las respuestas de una muestra de estudiantes en orden de agrado-desagrado de diferentes partes del cuerpo fueron para las chicas y en orden descendente: cabello, cara, hombros/brazos, pecho, cintura/estómago, altura, peso, tono muscular, muslos/piernas, caderas, nalgas. Para los chicos fueron: tono muscular, muslos/piernas, pecho, hombros/brazos, cara, cabello, altura, caderas, nalgas, peso, cintura/estómago (Raich, Torras y Figueras, 1996). Las diferencias entre hombres y mujeres resultaron significativas con un nivel muy superior de insatisfacción por parte de las mujeres.

En un estudio llevado a cabo sobre dos mil estudiantes de Segundo de ESO (Raich, Torras, y Sánchez-Carracedo, 2001) la mayor queja de las chicas era sobre sus caderas y en cambio la de los chicos (con diferencia significativa en grado de insatisfacción, menor en los hombres) era de su cutis. Pero estas quejas sólo pueden contemplarse como trastorno dismórfico cuando el defecto es exagerado y se acompaña de una preocupación trastornante e incapacitante (Phillips, 1996).

Las personas que se preocupan mucho por su apariencia prueban igualmente de hallar remedio a ellas en la cirugía estética o acudiendo a centros de atención cosmética, Altamura, Paluello, Mundo, Medda y Mannu (2001) realizaron entrevistas diagnósticas en sujetos que acudían a estos centros y hallaron una gran proporción de pacientes de Trastorno Dismórfico (6,3%) y subclínicos (18,4%). Raich y Torras (2002) realizaron un estudio en una amplia muestra de mujeres que acudían a centros de estética (en la muestra sólo apareció un hombre y se desechó) y hallaron una gran prevalencia de posibles trastornos. El tipo de quejas no difirió entre las mujeres que asistían a dichos centros y el grupo control de mujeres que no iban a centros de estética (caderas, nalgas y muslos) pero sí en la intensidad de la insatisfacción.

Las preocupaciones por el peso y la forma que se dan exclusivamente durante el curso de anorexia o bulimia nerviosas no se diagnostican separadamente como trastorno dismórfico, pero estudios de casos de pacientes que han oscilado y pasado de uno a otro diagnóstico indican que son trastornos relacionados (Pantano y Santoanastasio, 1989; Sturmey y Slade, 1986).

Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen concomitantemente de una manera regular. Por ejemplo es muy generalizado el que una pobre imagen corporal vaya asociada a una *baja autoestima*. Es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. No se autovalora. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo.

También está relacionada la insatisfacción con la imagen corporal con la *identidad de género*, o los sentimientos de feminidad o masculinidad. Algu-

nas personas creen que no poseen las cualidades que deberían por pertenecer a uno u otro género. O por el contrario, creen que poseen unas características que son más propias del otro género que del que uno tiene. Este tipo de creencias puede hacer disminuir su aceptación como persona. En una sociedad que define de manera muy concreta la feminidad y la masculinidad no es raro que una persona pueda preguntarse sobre ella en el momento en que no reúna todos los requisitos que se le supone debería tener. Por otra parte, un hombre, aunque no de manera tan exagerada como una mujer, si no es alto, tiene la espalda estrecha, las caderas algo anchas o pectorales desarrollados, especialmente en la adolescencia, puede considerarse muy poco masculino y sufrir en consecuencia.

Una imagen corporal negativa puede causar *ansiedad interpersonal*. Si uno no es capaz de aceptarse creará que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. A veces puede suceder con personas del propio sexo y a veces del sexo contrario.

Estar preocupado por el propio cuerpo puede causar problemas de *relación sexual*, pues puede provocar miedos a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable e influye decisivamente en la calidad de la relación. Cuando se han hecho estudios en los que se pregunta a qué atribuye el fracaso en las relaciones sexuales, la gran mayoría de las mujeres lo atribuyen a los propios defectos corporales, mientras que los hombres suelen contabilizar más en el campo de la poca destreza personal o falta de experiencia o “no saber cómo”.

Un trastorno frecuentemente asociado a una imagen corporal negativa es la *depresión* (Así Otto y Wilhem, Cohen y Harlow, 2001). Las personas deprimidas suelen aborrecer su propio cuerpo y viceversa. Es un círculo vicioso de desesperación.

Las características del trastorno dismórfico son a veces, tan parecidas a los trastornos obsesivo-compulsivos que se ha propuesto, incluso, como

una variante de éstos (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1983 y Phillips *et al.*, 1993, Phillips, 1996). La diferencia estriba en que las obsesiones y compulsiones de los que padecen el trastorno dismórfico recaen en su apariencia y no en contaminación, orden u impulsos incontrolables. Otros argumentos para categorizar el trastorno dismórfico bajo el TOC son la alta comorbilidad de los dos trastornos y el hecho de que los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la exposición con prevención de respuesta —dos tratamientos de elección para los TOC— parecen ser eficaces en los TIC. También aparece emparentado con otros trastornos, particularmente respecto al de fobia social, al que aparece asociado incluso más frecuentemente que con el de TOC.

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: “Preocupación persistente con el peso y la silueta” (APA, 1987) o “La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales” (APA, 1994). De hecho, una gran proporción de mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico, tienen una historia o presentan los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno alimentario (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Jackman, Williamson, Funsch y Warner, 1994; Phillips *et al.*, 1993). Los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal, son esencialmente trastornos dismórficos más anormalidades en la conducta alimentaria (Rosen, 1995). Las conductas purgativas en las bulimias son equiparables a los remedios de belleza utilizados por las personas con trastorno dismórfico. Asimismo, las personas con trastornos alimentarios tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o la silueta (Rosen, Reiter y Orosan, 1995).

El trastorno dismórfico presenta paralelismos con el trastorno hipocondríaco, en el sentido de que las personas que sufren uno u otro trastorno presentan la convicción de que tienen un defecto corporal que o es inexistente o es exagerado. En ambos el pensamiento provoca ansiedad que se trata de aliviar con rituales de comprobación corporal y de

búsqueda de opiniones externas que les tranquilicen. Así como los pacientes hipocondríacos utilizan excesivamente los servicios médicos en busca del diagnóstico o de la curación, los de trastorno dismórfico buscan remedios de belleza.

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La mayoría de las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han focalizado en la evaluación de dos de estos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo. Sólo más tarde se han construido instrumentos para evaluar los aspectos conductuales.

Desde hace ya más de 20 años que la mayoría de la investigación en esta área se ha centrado en la sobrestimación del tamaño corporal en individuos con trastorno alimentario. Sin embargo, se ha verificado que en individuos sin trastorno alimentario, también se dan alteraciones de la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción corporal (con el cuerpo en general o con aspectos de éste) o en forma de imprecisión perceptiva (particularmente sobrestimación).

Puesto que el constructo de imagen corporal es un constructo multidimensional (Sands, 2000) deberemos evaluar cada una de estas dimensiones: una dimensión perceptiva que hace referencia al grado de precisión con que el/la paciente percibe la forma y tamaño de su cuerpo considerado globalmente y de partes de él. Una dimensión cognitivo-actitudinal que incluye creencias que el individuo tiene acerca de su cuerpo y partes de éste y las actitudes que éstas despiertan hacia el propio cuerpo y un componente conductual.

Los diferentes procedimientos de evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal se pueden dividir en dos grandes categorías: procedimientos de estimación de partes corporales y procedimientos de estimación del cuerpo en su globalidad. Entre los primeros se incluyen: los métodos analógicos y el trazado de imagen, y entre los procedimientos de estimación global, los métodos de distorsión de imagen y las siluetas.

Con respecto a los procedimientos de estimación de partes corporales, los métodos analógicos consisten en pedirle a la persona evaluada que efectúe una estimación de la amplitud frontal o lateral de un segmento corporal a partir de dos puntos luminosos cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad por el propio sujeto. La discrepancia entre la estimación realizada de esta manera y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño. Este sería el denominador común de los procedimientos analógicos, a partir de estas directrices generales se han ideado variantes comentadas ampliamente en otro lugar (Raich, 2000). Los métodos de trazado de imagen son similares a los anteriores pero no utiliza puntos luminosos como procedimiento de estimación sino dos piezas de madera que el sujeto aproxima o aleja (haciéndolos coincidir con la amplitud, frontal o lateral, que atribuye a un área corporal) o un cordón sostenido con ambas manos, de manera que la distancia entre los dos dedos que lo sostiene representa la longitud estimada de un segmento corporal. Por medio de un calibrador corporal se toman las medidas reales y se calcula el siguiente Índice de Precisión Perceptiva: $IPP = [(Estimación \text{ (cm)} / medida \text{ real (cm)}) \times 100]$. Un IPP de 100 indica que la estimación corresponde exactamente con la medida real, lo cual es una excepción incluso en personas sanas. Se considera sobrestimación significativa un $IPP > 120$, mientras que un $IPP < 80$ indicaría una subestimación significativa. IPPs dentro de este intervalo se consideran de precisión perceptiva. Generalmente se le pide a la persona que efectúe estimaciones de aquellos segmentos corporales que más le preocupan y hacia los que muestra mayor insatisfacción, pues suelen ser las áreas corporales que se perciben con mayor imprecisión.

Los procedimientos de estimación global presentan a la persona evaluada su propia imagen, de forma que a través de un simple dispositivo, la persona puede modificar a voluntad sus dimensiones corporales. Las diferentes modalidades en que puede presentarse el cuerpo del propio individuo dan lugar a los diferentes procedimientos de estimación global: distorsión por vídeo, distorsión a

través de espejos o distorsión de fotografías a través de lentes anamórficas. La desviación de la imagen modificada presentada por el sujeto de su imagen real permite calcular un índice de precisión perceptiva.

No existe por el momento un procedimiento óptimo de evaluación de la precisión perceptiva de las medidas corporales, parece que los métodos de estimación global son algo más fiables que los procedimientos de estimación de partes, pero ninguno de los dos sirve para discriminar personas con alteraciones de la imagen corporal significativas de personas sanas.

La dimensión cognitivo-actitudinal que incluye creencias que el individuo tiene acerca de su cuerpo y partes de éste y las actitudes que éstas despiertan hacia el propio cuerpo es, tal vez la que mejor discrimina entre personas con Trastorno Alimentario y las que no lo tienen (Cash y Deagle, 1997).

Entre los instrumentos que pueden valorar mejor aspectos subjetivos o cognitivo-actitudinales e incluso comportamentales, se cuentan la entrevista semiestructurada BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*, Rosen y Reiter, 1995) y la escala Yale-Brown de medición de Trastorno Obsesivo-Compulsivo adaptada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996). Entre los cuestionarios cabe citar la subescala del EDI (*Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmstead y Polivy, 1983) de Imagen Corporal, los cuestionarios: MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*, Cash, 1990), BSQ (*Body Shape Questionnaire*, Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987), BIAQ (*Body Image Avoidance Questionnaire*, Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990) y el CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal de Toro, Salamero y Martínez, 1994).

La entrevista BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*, Rosen y Reiter, 1995) ha sido adaptada por Raich, Torras y Mora (1997). Fue realizada especialmente para evaluar la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico. Es adecuada tanto para hombres como para mujeres, evalúa aspectos cognitivos así como conductuales

y no valora solamente la insatisfacción corporal sino que discrimina sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. Consta de un cuadernillo con 28 preguntas, una hoja de evaluación para el entrevistador y otra para el entrevistado. La duración de su aplicación está estimada entre 15 y 30 minutos. Al sujeto se le pide al comienzo que describa aquella parte de su apariencia que le ha disgustado más en las últimas cuatro semanas. Si el defecto explicado está presente en alguna medida, el entrevistador deberá decidir si es normal (entendiendo que normal no quiere decir bello o perfecto). A continuación se intenta establecer si el pensamiento es delirante o no y cuántas, si algunas actividades se han llevado a cabo para remediar tal defecto. Los ítems restantes investigan sobre los diferentes síntomas que han estado presentes en las últimas cuatro semanas. Cada uno de éstos puede puntuarse entre 0 y 6. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de todas las respuestas excepto de algunas. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest y entre evaluadores y validez concurrente y predictiva. El punto de corte es igual o superior a una media de 60 (Rosen y Reiter, 1995).

El EDI (*Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmstead y Polivy, 1983) contiene una subescala (Insatisfacción Corporal IC) que es un índice genérico de insatisfacción corporal general con diferentes zonas del cuerpo. Puede utilizarse aisladamente sin menoscabo de su capacidad discriminativa ni evaluativa tal y como se demuestra en Baile, Raich y Garrido (en revisión).

MBSRQ, *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (Cash, 1990). Es la medida más completa (como cuestionario) que existe. La versión original consta de 69 ítems (la traducida al español de 72) que pueden contestarse en una escala de 5 puntos agrupados en 7 subescalas factoriales (BSRQ) y 3 subescalas adicionales. Tiene tres escalas actitudinales (evaluación, atención/importancia, conducta) en tres subescalas o dominios somáticos (apariencia, destreza física y salud). La escala de evaluación de la apariencia física se ha usado extensamente en la investigación de la imagen corporal. Nuestro equipo realizó la

traducción y adaptación de este cuestionario en Raich, Torras y Mora (1997).

BSQ, *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987). Consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. La adaptación española ha sido efectuada por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996) obteniendo unas aceptables garantías psicométricas.

BIAQ, *Body Image Avoidance Questionnaire* (Rosen, Sulzberg, Srenick y Went, 1990). Consta de 19 ítems en los que se evalúa la frecuencia con que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 4 subescalas: Vestimenta, Actividades sociales, Restricción alimentaria y Pesarse y acicalarse.

CIMEC. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal de Toro, Salamero y Martínez (1994). Consta de 40 ítems que evalúan la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato, hacia el adelgazamiento. El análisis factorial reveló la existencia de 5 factores que explicaban el 52,7% de la varianza total: el factor I, "Preocupación por la imagen corporal, el factor II, "Influencia de los anuncios", el factor III, "Influencia de los mensajes verbales", el factor IV, "Influencia de los modelos sociales" y el factor V, "Influencia de las situaciones sociales" y con cuyos ítems se formó el CIMEC-26. Ambas versiones han mostrado una buena consistencia interna. Tiene buena capacidad discriminativa entre pacientes anoréxicas y controles y adecuada consistencia interna. El punto de corte se ha establecido en 23-24.

Existen otros muchos instrumentos de evaluación de la imagen corporal que están más ampliamente descritos en Raich (2001).

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO

Se han llevado a cabo ya en este momento bastantes estudios controlados de tratamientos psi-

cológicos y psicofarmacológicos del trastorno dismórfico.

En lo que respecta a los tratamientos psicológicos han obtenido resultados relevantes por parte de Rosen, Cash y aún otros autores.

Se han publicado datos que comparan los resultados obtenidos en la terapia cognitivo-conductual del trastorno de la imagen con terapia de ejercicio físico (Fisher y Thompson, 1994) pero los resultados no son concluyentes, aunque aportan información respecto a la utilidad de la inclusión del ejercicio físico para mejorar la ansiedad respecto al peso corporal y algunos aspectos cognitivos de la apariencia.

Grant y Cash (1995) compararon la eficacia de dos maneras de impartir la terapia cognitivo-conductual para la imagen corporal. Uno de ellos consistía en la aplicación en grupo de la terapia establecida por Cash (1991) y en el otro se trataba de utilizarla en un formato de autoayuda con sólo un pequeño contacto con el terapeuta. Los resultados abogan por la igualdad de eficacia de los dos métodos empleados.

En 1995, Rosen, Orosan y Reiter publican los resultados obtenidos en el tratamiento cognitivo-conductual de la imagen corporal en una muestra de 51 mujeres con un sobrepeso superior a un Índice de Masa Corporal de 33,6 (d. e. 5,99). Las diferencias entre el pre y el postest son significativas mejorando la autoimagen de un rango patológico al normal.

En cuanto a otros tratamientos del trastorno dismórfico, Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993) consiguen una mejora en cinco de seis casos con el uso de la exposición con prevención de respuesta.

Los tratamientos farmacológicos con neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos no han obtenido resultados (Phillips, 1991). La literatura disponible hasta el momento está aun en la descripción de casos clínicos más que en el estudio clínico estadístico, pero los resultados más prometedores aparecen con el uso de inhibidores de la recaptación de la Serotonina (Clomipramina y Fluoxetina) se-

gún Hollander (Hollander *et al.*, 1989) y Phillips (Phillips *et al.*, 1993), aunque no en los estudios de Neziroglu y Yaryura-Tobias, (1993) ni de Vitiello y De Leon (1990). Saxena, Winograd, Dunkin, Maidment, Rosen, Vapnik, Tarlow & Bystritsky (2001) observan una mejor respuesta al tratamiento cognitivo-conductual por parte de los pacientes con trastorno dismórfico que por parte de los pacientes con TOC.

El único tratamiento controlado para el trastorno dismórfico ha sido llevado a cabo por J. C. Rosen *et al.* (Rosen, 1995; Rosen, Reiter y Orosan, 1995). Sobre una gran muestra de mujeres que fueron distribuidas al azar en grupos de terapia cognitivo-conductual o de no tratamiento. Los resultados muestran que el trastorno fue eliminado en el 82% de los casos en el postratamiento y en el 77% en el seguimiento a cuatro meses, de acuerdo con la entrevista *Body Dysmorphic Disorder Examination*.

El tratamiento de Rosen (1995) es un tratamiento que se aplica en formato grupal. Su objetivo es conseguir un cambio perceptivo, actitudinal y comportamental respecto a la imagen corporal.

Se lleva a cabo en una sesión semanal de dos horas de duración y durante 8 semanas. Los grupos están formados por 4 ó 5 personas y dos terapeutas entrenados en imagen corporal y en tratamiento cognitivo-conductual. Cada sesión consta de información sobre un tema, discusión, ejercicios terapéuticos, repaso de las tareas entre-sesiones y propuesta de nuevas tareas. Los temas que se van desarrollando son: conocimiento del concepto de imagen corporal; cambio perceptivo, cambio emotivo, cognitivo y comportamental. Finaliza con prevención de recaídas.

Las técnicas que se utilizan son:

- Entrenamiento en Percepción Corporal correcta, haciendo énfasis en aquellas áreas que más preocupan al sujeto, que generalmente son las que más distorsionan.
- Desensibilización Sistemática, primero en imaginación y después en vivo, tanto de áreas cor-

porales concretas como de situaciones que producen sentimientos negativos con la apariencia física.

- Reestructuración Cognitiva: se entrena a los sujetos a detectar pensamientos negativos relacionados con la apariencia física, examinar la evidencia a favor y en contra y construir pensamientos más adaptados, basados en la objetividad.
- Exposición a todas aquellas situaciones que producen malestar y control de las Conductas de Evitación.
- Exposición con Prevención de Respuesta, para la eliminación de los Rituales de Comprobación del Cuerpo: pesarse muchas veces, mirarse repetidamente al espejo, compararse con otras personas y Búsqueda de Confirmación: pedir insistentemente la opinión de otros acerca del aspecto corporal que preocupa.
- Prevención de Recaídas: se les hace especificar las situaciones de alto riesgo de malestar con la imagen corporal y ensayar pensamientos racionales que puedan emplear así como técnicas de relajación para hacer frente a la situación.

El mismo tratamiento lo ha llevado a cabo nuestro equipo y ha obtenido cambios muy significativos respecto del grupo control y de la evaluación pre/post, en una muestra de treinta mujeres. Estos cambios se mantienen al cabo de un año (Raich, Mora y Soler, 1995; Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997).

PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL ESTUDIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO

Actualmente se está estudiando muy a fondo el trastorno llamado Vigorexia o *Muscle dysmorphia* o *reverse anorexia* en inglés, que hace referencia al trastorno dismórfico experimentado por un porcentaje de hombres que practican culturismo u otros ejercicios físicos con la finalidad de aumentar el volumen de sus músculos y que “se ven”

delgaduchos aunque posean un cuerpo muy desarrollado. Pope, ha estudiado este problema en profundidad, también Olivardia (2001), Leit (2001) y otros autores.

Asimismo se ha trabajado últimamente en el estudio de la prevalencia de los trastornos dismórficos, analizando diferentes muestras de poblaciones. Así, Otto y Wilhem, Cohen y Harlow (2001) la estudian entre mujeres que presentan trastornos depresivos y de ansiedad y observan que muestran un mayor porcentaje en este grupo que en población general. También, Grant, Suck-Won y Crow (2001) hallan una mayor proporción en pacientes hospitalizados. Veale (2000) estudia importantes muestras de pacientes que acuden a centros de cirugía estética y halla un 6,3% de diagnósticos claros y un 18,4% de trastornos subclínicos. Nuestro equipo estudió una muestra de más de 120 pacientes que acudían a centros de estética y halló una mucho más elevada preocupación por la imagen corporal que en grupos de mujeres (70) y hombres (70) que no iban a dichos centros. Las mujeres que acudían a los centros de estética superaban en un 32% el punto de corte del instrumento empleado para la evaluación, frente a un 10% en las otras mujeres y un 0% en los hombres (Raich y Torras, 2002).

En el momento actual en nuestro equipo que ya en 1991 publicó un estudio sobre imagen corporal en adolescentes, analizada a través de las respuestas al BSQ (Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena,

1991) y ha estudiado las preocupaciones por la imagen corporal que presentan diversos grupos poblacionales, observando en todos ellos que el nivel de preocupación e insatisfacción corporal es superior en las mujeres (Raich, Torras y Sánchez-Carracedo, 2001; Raich, Torras-Claraso y Mora, 1997; Raich y Torras, 2002) así como la adaptación de instrumentos de evaluación e intervención (Raich *et al.*, 1996, 1997) estamos llevando a cabo un estudio sobre imagen corporal y su relación con trastornos alimentarios en adolescentes que presentan diabetes mellitus (García-Reyna, 2002) y analizando las diferencias de género en grupos de grandes obesos (Benavente, 2003), en los que naturalmente presentan mucha mayor insatisfacción las mujeres.

Parece que en el futuro debería prestarse una mayor atención a este trastorno que en diferentes grados puede llegar a producir una enorme insatisfacción y debería analizarse específicamente en grupos de mujeres y aún proporcionar habilidades para contrarrestar la presión de la sociedad y aun más en la sociedad de la imagen en que estamos inmersos. Las tendencias son las del estudio de diferentes segmentos poblacionales. Uno de ellos, al que es importante prestar atención, es el de las personas a riesgo de presentar trastornos alimentarios (o sea mujeres), ya que un cambio en el desagrado de la imagen corporal o con la incorporación de habilidades de *coping* frente a la presión ambiental se puede prevenir la aparición y aún la recaída en dichas alteraciones.

REFERENCIAS

- Altamura, C.; Paluello, M. M.; Mundo, E.; Medda, S. y Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(3), 105-108.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - revised (3ª ed.)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington: APA.
- Baile, J. I.; Raich, R.; Garrido, E. (en revisión) Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*.
- Bemis, K V y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Benavente, P. (2003). Evaluación de la imagen corporal, autoestima, trastorno por atracón y psicopatología en obesos mórbidos. Trabajo de investigación de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T. F. (1991). *Body-image therapy: A program for self-directed change*. New York: Guilford.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- De Leon, J.; Bott, A. y Simpson, G. M. (1989). Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder of delusional disorder somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fisher, E. y Thompson, J. K. (1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance. Preliminary findings. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- García Reyna, N. I. (2002). Estudio descriptivo sobre la población a riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, en adolescentes afectos de diabetes mellitus, tipo I. Trabajo de investigación de doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Garner, D. M.; Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Grant, J. R. y Cash, T. F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of groups and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Grant, J. E.; Kim, S.-W.; Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 517-522.
- Hay, G. G. (1970). Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hollander, E. y Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 9), 27-31.
- Hollander, E.; Cohen, L. J. y Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 59-364.
- Hollander, E.; Liebowitz, M. R.; Winchel, R.; Klumer, A. y Klein, D. F. (1989). Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146, 768-770.
- Jackman, L. P.; Williamson, D. A.; Funsch, C. L. y Warner, M. S. (1994). Body dysmorphic disorder in female college athletes. Manuscrito no publicado. Departamento de Psicología. Louisiana State University, Baton Rouge, Louisiana.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Felix Alcan.
- Klonoff, E. A. y Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 497-508.
- Leit, R. A. (2001). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (8-B), 4413.
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Accademia di Genova*, 6, 110-119.
- Morselli, E., Jerome, L. (2001). Dysmorphophobia and taphophobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*, 12, 103-114.
- Neziroglu, F. A. y Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Olivardia, R. Pope, H. G. y Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S. y Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 2061-2063.
- Pantano, M. y Santoanastaso, P. (1989). A case of dysmorphophobia following recovery from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 701-704.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. y McElroy, S. L. (1993). Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 699-702.
- Phillips, K. A. y McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 229-236.
- Raich, R. M.; Deus, J.; Muñoz, M. J.; Pérez, O. y Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 5, 210-220.
- Raich, R. M.; Mora, M. y Soler, A. (1995). A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: A pilot study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 175-182.
- Raich, R. M.; Mora, M.; Soler, A.; Ávila, C.; Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.
- Raich, R. M.; Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 603-626.

- Raich, R. M.; Mora, M.; Marroquín, H.; Pulido, A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 405-424.
- Raich, R. M.; Torras-Clarasó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.; Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts European Council on Eating Disorders* (p. 15).
- Raich, R. M. y Torras Clarasó, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination, Rosen y Reiter, 1995). *Psicología Conductual*, 10, 93-106.
- Rosen, J. C.; Salzberg, E. y Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Rosen, J. C.; Cado, S.; Silberg, S.; Srebnik, D. y Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J. C.; Salzberg, E.; Srebnik, D. y Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J. C. y Reiter, J. T. (1995). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Documento no publicado. University of Vermont.
- Rosen, J. C.; Orosan, P. y Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.
- Rosen, J. C.; Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 397-407.
- Saxena, S.; Winograd, A.; Dunkin, J. J.; Maidment, K.; Rosen, R.; Vapnik, T.; Tarlow, G. y Bystritsky, A. (2001). A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 67-72.
- Sturmey, P. y Slade, P. D. (1986). Anorexia nervosa and dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 780-782.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Toro, J.; Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24 (6), 218-221.
- Vitiello, B. y DeLeon, J. (1990). Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics*, 31, 220-221.
- Williamson, D. A.; Davis, C. J.; Duchman, E. G.; McKenzie, S. J. y Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia & bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.