



## Trabajo Fin de Grado

**Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno Dismórfico Corporal: una Revisión Sistemática**

**Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: a Systematic Review**

**Autor/es**

Clara L. Navarro Borobia

**Director/es**

Belén Pascual Vera

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas / Grado de Psicología

2019/2020

## Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Introducción .....	5
Método .....	9
Criterios de Elegibilidad .....	9
Fuentes de Información.....	9
Estrategia de Búsqueda .....	10
Búsqueda Inicial.....	10
Búsqueda Sistemática .....	10
Selección de los Estudios .....	11
Características Principales de los Estudios Seleccionados .....	12
Resultados .....	14
Características Demográficas de los Estudios.....	14
Eficacia en la Reducción de Síntomas y Características Clínicas del TDC.....	15
Eficacia en la Reducción de la Sintomatología Comórbida y/o Asociada con el TDC ....	16
Discusión.....	19
Referencias.....	23

## Resumen

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno crónico e incapacitante caracterizado por la preocupación por defectos o imperfecciones corporales reales o imaginarios que requiere tratamiento especializado para su recuperación. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática cualitativa sobre la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para aliviar los síntomas del TDC y los síntomas comórbidos. En ambos casos, los resultados tras el tratamiento mostraron una reducción significativa de los síntomas en comparación con el grupo control y con independencia de las características demográficas de los participantes. La TCC es una terapia efectiva para el tratamiento del TDC a corto plazo, sin embargo, son necesarios futuros trabajos que examinen los efectos del tratamiento a largo plazo e incluyan un mayor número y diversidad de participantes.

***Palabras clave:*** Trastorno Dismórfico Corporal; Preocupaciones dismórficas; Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo; Terapia Cognitivo-Conductual.

### **Abstract**

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a chronic and disabling disorder characterized by the concern for real or imaginary body defects or imperfections, which requires specialized treatment to recover from it. The aim of this study was to conduct a qualitative systematic review focused on the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) to manage BDD symptoms and comorbid symptoms. In both, results showed a significant reduction in symptoms compared to the control group and regardless of participants' demographic characteristics. At least, CBT is an effective treatment for BDD in a short time/ period after treatment. Nevertheless, future studies should examine the effects of treatment during a higher period of time as well as include a higher and diverse number of participants.

**Keywords:** Body Dysmorphic Disorder; Dysmorphic preoccupations; Obsessive-compulsive spectrum disorders; Cognitive Behavioral Therapy.

## Introducción

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es una condición clínica caracterizada principalmente por la preocupación persistente por uno o más defectos detectados en la apariencia física propia (Phillips, 2005). La persona afectada, en vez de considerar estas imperfecciones de origen emocional, las atribuyen a características físicas objetivas aunque sean difíciles de percibir o sean incluso imperceptibles por las personas que los rodean (Phillips et al., 2006). La agrupación diagnóstica del TDC ha sido siempre objeto de controversia, aunque actualmente se incluye en el grupo de trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Según el DSM-5 los criterios diagnósticos principales del TDC son, primero, la preocupación por defectos o imperfecciones que son imperceptibles o casi imperceptibles y, segundo, su posterior compulsión comportamental o acto mental repetitivo como respuesta a esas preocupaciones (APA, 2013). Todo ello genera un grado de malestar o deterioro funcional significativo, que requiere atención especializada. Otras características clínicas asociadas al TDC son las ideas delirantes. Dos tercios de los pacientes tienen ideas de referencia derivadas de esta patología, creyendo que el resto de las personas se dan cuenta de los defectos que creen padecer (Phillips, 2004).

Según el DSM-5, la prevalencia del TDC es de un 1,7-1,8% a un 2,4%. Las estimaciones sobre la prevalencia del TDC resultantes en otras investigaciones corroboran estas cifras, variando de un 1,7% a un 2,4% (Brohede et al., 2015; Koran et al., 2008; Rief et al., 2006; Veale et al., 2016). Por otro lado, diferenciando por edad y género, las preocupaciones sobre la imagen corporal eran mayores en mujeres adolescentes, teniendo una prevalencia del 69% en

comparación con los hombres del mismo rango de edad, cuya prevalencia era de un 56% (Prazeres et al., 2013) y, en relación a las preocupaciones, los hombres son más propensos a preocuparse por algún aspecto relacionado con sus genitales y/o la musculatura, y las mujeres pueden desencadenar más fácilmente un trastorno comórbido de la conducta alimentaria (APA, 2013).

En cuanto a su curso, la edad de inicio del trastorno suele ser temprana, comenzando en la infancia o en la adolescencia (Phillips et al., 2006) aunque también puede surgir en la vejez, pero el conocimiento sobre la evolución y síntomas en este grupo de edad es escaso (APA, 2013). El TDC, aparte de ser crónico o persistir durante años si no se trata adecuadamente, se asocia con numerosas tasas de hospitalización psiquiátrica, ideas suicidas concurrentes o incluso el suicidio (Phillips y Menard, 2006), manteniendo un porcentaje mayor en adolescentes, sobre todo si la edad de inicio es inferior a la mayoría de edad (APA, 2013).

El TDC es un trastorno que suele estar infradiagnosticado porque los individuos generalmente ocultan los síntomas, no hablan abiertamente sobre los defectos auto-percibidos y son reacios a buscar ayuda psiquiátrica, lo que genera un uso indebido de procedimientos quirúrgicos o dermatológicos para intentar eliminar todo tipo de imperfección percibida (Metcalf et al., 2014; Prazeres et al., 2013). Además, puede ser confundido con otros trastornos como el trastorno depresivo mayor (TDM) o los trastornos de ansiedad (Schulte et al., 2020). Esta confusión se puede originar por diferentes motivos: en primer lugar, porque el trastorno comórbido más común al TDC es el trastorno depresivo mayor, que generalmente se inicia antes del TDC (APA, 2013) y, en segundo lugar, porque las dificultades diagnósticas pueden generarse debido a que el individuo desarrolla un deterioro en el funcionamiento social, ocupacional y/o académico donde la rutina de la persona se centra en permanecer en su domicilio, aislándose del

exterior y de la sociedad (Schulte et al., 2020). Otros trastornos comórbidos asociados con el TDC son el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados con sustancias (Harrison et al., 2016). Asimismo, no debe confundirse con la anorexia nerviosa, con la que guarda fuertes similitudes en la alteración de la imagen corporal (Hartmann et al., 2015).

Existen diferentes tratamientos para tratar este trastorno, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia metacognitiva o intervenciones farmacológicas que involucran serotonina, entre otras (Phillipou et al., 2016). Normalmente, los afectados por este trastorno comienzan con tratamientos estéticos como los dermatológicos o cosméticos, los cuales no suelen ser una solución eficaz y pueden incluso empeorar la situación y agravar los síntomas (APA, 2013). Uno de los tratamientos que mayor eficacia ha tenido en las investigaciones realizadas ha sido la TCC (Harrison et al., 2016). Esta terapia, se define como un tratamiento integral y flexible (Greenberg et al., 2016) eficaz para reducir los síntomas del TDC y su sintomatología comórbida (Harrison et al., 2016), que es aplicable tanto a población infanto-juvenil como adulta (Mataix-Cols et al., 2015). Dentro de los elementos centrales del tratamiento se incluye la psicoeducación, las intervenciones cognitivas (es decir, abordar las creencias irreales relacionadas con el TDC), la exposición a situaciones que se han estado evitando, la prevención de rituales para aliviar los síntomas, el mindfulness y el reentrenamiento de las percepciones (Wilhelm et al., 2014). Otro de los componentes de la TCC que se ha propuesto como un tratamiento opcional para la insatisfacción de la imagen corporal es la Terapia de exposición al espejo u otras superficies reflectantes (Griffen, Naumann y Hildebrandt, 2018).

También cabe destacar la importancia del tratamiento farmacológico, ya que varios estudios han concluido que tanto la TCC como la farmacología, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), son beneficiosos en el tratamiento del TDC

(Ipser, Sander y Stein, 2009). Aunque se haya indicado que el tratamiento farmacológico tiene resultados positivos y mejora los síntomas del trastorno, los ECAs (Ensayo Controlado Aleatorizado) realizados que permitan comprobarlo son escasos (Phillipou et al., 2016) y tras el análisis de diferentes ensayos, se estableció que la TCC obtiene mejores resultados que la farmacoterapia en la reducción de la gravedad de los síntomas del TDC. No obstante, lo aconsejable es utilizar un tratamiento combinado de ambas terapias y poder aprovechar las ventajas de cada una de ellas (Prazeres et al., 2013).

Teniendo esto en cuenta, el propósito principal de este trabajo fue examinar la eficacia de la TCC para el tratamiento del TDC. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática cualitativa y se plantearon los siguientes objetivos: a) conocer si la TCC es eficaz como tratamiento para el TDC, y b) examinar si la intervención puede ayudar a reducir los síntomas y características clínicas propias del TDC y/o la sintomatología comórbida asociada con este trastorno.

## **Método**

En este trabajo se ha realizado una revisión sistemática cualitativa sobre la eficacia de la TCC en el TDC. A continuación, se expone la estrategia de búsqueda y los criterios de selección.

### **Criterios de Elegibilidad**

Teniendo en cuenta la publicación de la quinta nueva edición del DSM (APA, 2013) y los cambios propuestos para la clasificación diagnóstica del TDC, se seleccionaron aquellos estudios publicados a partir de la fecha de publicación de este Manual Diagnóstico. En consecuencia y con el objetivo de obtener la información más reciente posible, el criterio temporal empleado abarcó aquellos artículos publicados desde el año 2013 al 2020. En cuanto al tipo de publicación, se establecieron los siguientes criterios: a) artículos científicos originales, b) artículos de revisión, y c) documentos con acceso al texto completo. El idioma establecido para seleccionar artículos fue castellano e inglés, aunque, dados los resultados obtenidos en la búsqueda, solo se incluyeron artículos escritos en lengua inglesa. Por último, se seleccionaron aquellos trabajos que guardaban relación con el contenido principal de esta revisión, estableciendo los siguientes criterios: a) muestra de pacientes con trastorno dismórfico corporal, b) estudios de intervención psicológica, c) tratamiento cognitivo-conductual.

Los criterios de no inclusión fueron aquellos que no cumplían con los criterios anteriormente mencionados (i. e., tiempo, idioma, tipo de publicación y contenidos).

### **Fuentes de Información**

Las bases de datos utilizadas para extraer la información fueron: PubMed, Dialnet, ScienceDirect y buscadores de información académica, como Google Scholar. También se utilizó el buscador oficial de la Universidad de Zaragoza, Alcorce, que es un repositorio de bases

de datos, libros y otros recursos, con licencia de acceso para estudiantes y profesionales de la universidad.

## **Estrategia de Búsqueda**

### ***Búsqueda Inicial***

Se realizó una primera búsqueda de información con el fin de examinar el estado actual de la literatura sobre el tema, recabar la mayor información posible para delimitar el objeto de estudio, así como conocer el tipo de investigaciones realizadas (i.e., revisiones sistemáticas, ensayos aleatorizados o meta-análisis). En esta primera búsqueda seleccionamos también las bases de datos que finalmente acabamos utilizando.

### ***Búsqueda Sistemática***

Las palabras clave y booleanos utilizados fueron los siguientes:

- “Body Dysmorphic Disorder” OR “TDC” OR “Trastorno Dismórfico Corporal”
- “Cognitive Behavioral Therapy” OR “CBT” OR “Terapia Cognitivo Conductual”.

La búsqueda ha sido realizada en los meses de Marzo - Abril de 2020, dándola por finalizada el día 16 de Abril del 2020.

## Selección de los Estudios

El diagrama de flujo PRISMA se muestra en la Figura 1. Fueron escogidos para realizar la revisión siete artículos de un total de 29 que fueron inicialmente identificados.

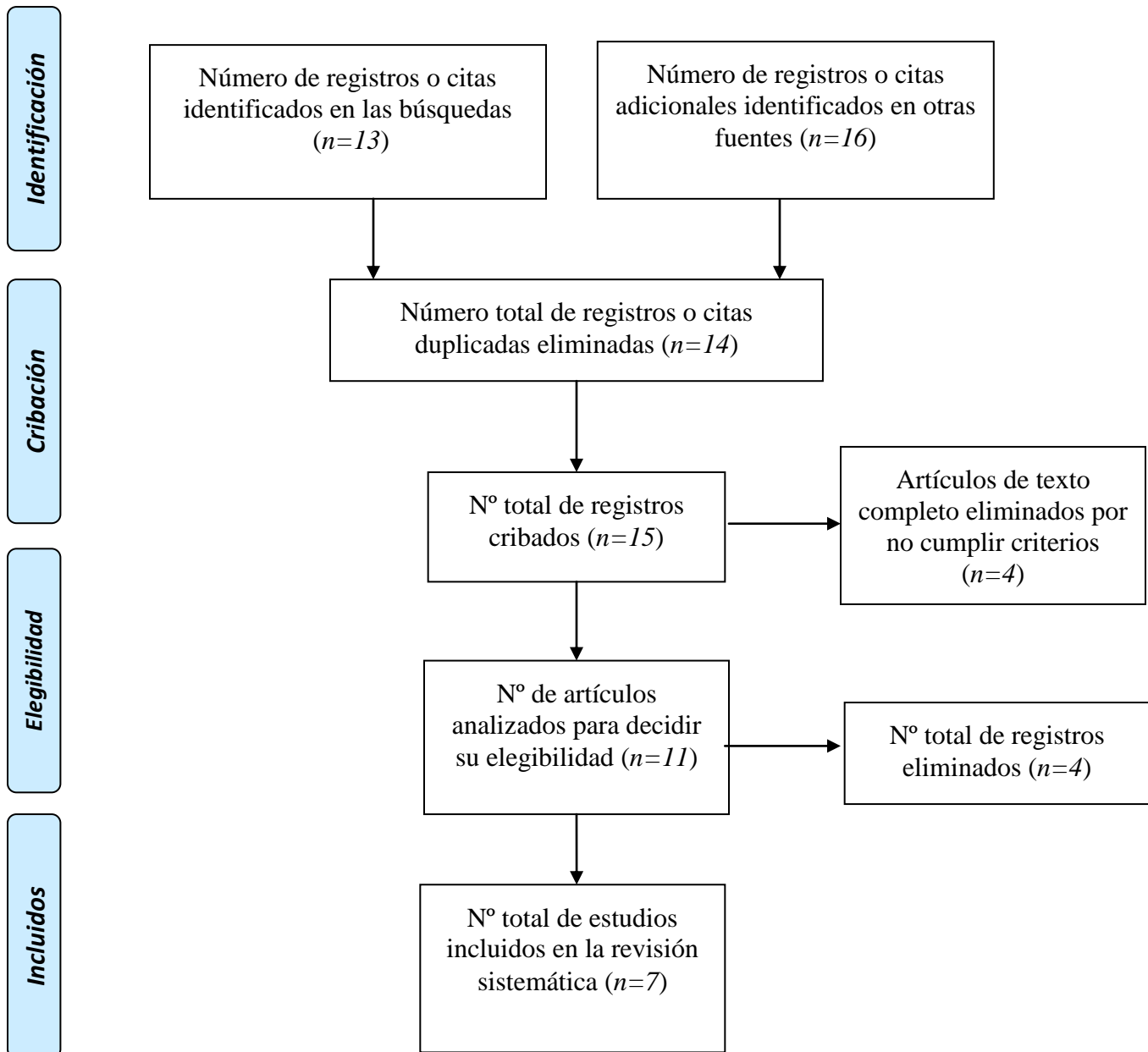


Figura 1. Diagrama de flujo de estudios seleccionados para investigar eficacia de la TCC.

## Características Principales de los Estudios Seleccionados

**Tabla 1**

*Terapia Cognitivo-Conductual para TDC: Ensayos Controlados Aleatorios*

Autores/as	Muestra	Tipo de estudio/ características del diseño.	Objetivos principales	Resultados /conclusiones
Greenberg et al. (2016)	Adolescentes (n=13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio piloto.</li> <li>- Medidas pre, post y seguimiento a los 3 y 6 meses.</li> <li>- Sin grupo de comparación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar y comprobar la eficacia de la TCC psicossocial para adolescentes con TDC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La TCC en adolescentes con participación familiar es efectiva para el TDC.</li> <li>- La TCC tiene menos mejora en síntomas depresivos y suspicacia que en síntomas del TDC y el TOC.</li> <li>- Las compulsiones del TDC mejoraron de un 50% a un 68%.</li> </ul>
Harrison et al. (2016)	299 adultos de los estudios seleccionados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión sistemática (meta-análisis de ECA).</li> <li>- Medidas pre, post y seguimiento a los 2 y 4 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar eficacia de la TCC para el TDC y para los síntomas depresivos comórbidos.</li> <li>- Aumentar conocimiento del número de sesiones óptimo de la TCC y de la comorbilidad, del TDC, del uso de medicamentos y de la duración del trastorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La TCC mejora los síntomas del TDC y comórbidos.</li> <li>- Se mantienen los efectos a corto plazo.</li> <li>- En el postratamiento, los síntomas primarios obtuvieron una mejora mayor con la TCC que en lista de espera o en tratamiento control.</li> </ul>
Krebs et al. (2017)	Adolescentes (n=30) - 15 TCC - 15 control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECA</li> <li>- Medidas pre, post y seguimiento un año después.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar la efectividad de la TCC para TDC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La TCC genera mejoras significativas en los síntomas de TDC en adolescentes.</li> <li>- Se mantienen las ganancias tras la TCC.</li> </ul>

Mataix-Cols et al. (2015)	Adolescentes ( $n=30$ ) - 15 TCC - 15 control	- ECA - Medidas pre, post y seguimiento tras 2 meses.	- Desarrollar una TCC apropiada para jóvenes con TDC. - Involucrar padres y/o cuidadores cuando sea apropiado.	- La TCC es altamente efectiva y prometedora para los jóvenes con TDC.
Prazeres et al. (2013)	* Véase artículo completo	- Revisión sistemática.	- Revisar la eficacia de diferentes métodos de terapias cognitivas y/o conductuales utilizados para tratar el TDC.	- No se puede determinar ni el efecto específico de cada intervención, ni las condiciones reales para mejorar el tratamiento farmacológico, ni el rango de edad con más beneficio.
Veale et al. (2014)	Mayores de edad ( $n=46$ ) - 21 TCC - 25 MA	- ECA - Condiciones experimentales: tratamiento vs. manejo de ansiedad - Medidas pre, post y seguimiento tras un mes.	- Conocer si la TCC es igual de efectiva en pacientes con TDC y pacientes con TDC, delirios y depresión. - Comprobar el mantenimiento de las ganancias de la TCC y MA en el postratamiento.	- La TCC es una intervención efectiva para personas con TDC incluso con creencias delirantes o episodios depresivos y es más efectivo que el MA.
Wilhelm et al. (2014)	Adultos ( $n=36$ ) - 17 TCC - 19 lista de espera	- ECA - Condiciones experimentales: tratamiento vs lista de espera. - Medidas pre, post y seguimiento tras 6 meses.	- Determinar si la TCC tiene mayores ganancias que con lista de espera u otras variables de confusión (historia, maduración, pruebas...).	- TCC-TDC es un tratamiento integral y flexible. Además, es muy prometedor, pero necesita una investigación más rigurosa.

Nota. TDC: Trastorno Dismórfico Corporal; TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; TOC:

Trastorno Obsesivo-Compulsivo; ECA: Ensayo Controlado Aleatorio; MA: Manejo de la Ansiedad.

## Resultados

### Características Demográficas de los Estudios

En cuanto a las características generales de la muestra, tres de los estudios seleccionados incorporan como muestra adultos con TDC (Prazeres et al., 2013; Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014), otros tres estudios incluyen como muestra a adolescentes (Greenberg et al., 2016; Krebs et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2015), y el restante, está compuesto tanto por adolescentes como por adultos (Harrison et al., 2016). El tamaño de la muestra varió de  $n=10$  a  $n=94$ , aunque la mayoría de estudios comprendían muestras de entre 15 a 40 participantes.

La distribución de género en los estudios examinados es heterogénea, aunque en general hay un predominio de mujeres frente a hombres. Por ejemplo, en el trabajo de revisión sistemática de Prazeres et al., (2013), uno de los estudios está compuesto únicamente por mujeres, otros dos ensayos tienen un 90% de muestra femenina, y otro se compone de un 60% de mujeres. Una excepción es el trabajo de Khemlani-Patel et al. (2001), en el que, a diferencia de los anteriores, predominan los hombres, siendo un 70% de muestra masculina y un 30% de muestra femenina. Mataix-Cols et al., (2015), también obtuvieron una muestra con predominio de mujeres, siendo un 73,3% mujeres y un 26,7% hombres. Pese a lo anterior, la distribución de género en otros de los estudios examinados fue más equitativa, con un 53% de mujeres y un 47% de hombres (Krebs et al., 2017; Wilhelm et al., 2014) y un 58,7% de mujeres y un 41,3% de hombres (Veale et al., 2014).

En todos los estudios seleccionados en los que se ha especificado este dato, la procedencia étnica y/o raza es mayoritariamente caucásica o de raza blanca, con un 80% frente al 6,7% de raza africana, 10% multirracial y 3,3% de raza asiática (Mataix-Cols et al., 2015); un 88% frente a un 12% de raza negra (Wilhelm et al., 2014); un 80,4% frente a un 10,9% de raza

negra, 4,4% multirracial y 4,3% de asiáticos del sur (Veale et al., 2014); y por último, un 84.6% de muestra de raza blanca frente a otras razas no especificadas (Krebs et al., 2017). Teniendo en cuenta la variedad de características demográficas, Veale et al., (2014) concluyeron que esta intervención puede generalizarse a otros entornos, aunque debe considerarse que no todas las formas de aplicación de la TCC para el TDC son idénticas y deben examinarse previamente y con detenimiento.

### **Eficacia en la Reducción de Síntomas y Características Clínicas del TDC**

Las principales características que preocupan a las personas que padecen este trastorno son la cara y rasgos faciales, la nariz, la piel y el cabello (7 de 7 estudios). Junto con estas, que son comunes en todos los estudios, aparecen el peso (Greenberg et al., 2016; Harrison et al., 2016; Mataix-Cols et al., 2015; Prazeres et al., 2013; Wilhelm et al., 2014), las piernas (Mataix-Cols et al., 2015; Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014), el pecho, tripa y caderas (Mataix-Cols et al., 2015; Wilhelm et al., 2014), el vello corporal (Mataix-Cols et al., 2015; Veale et al., 2014), la constitución corporal (Greenberg et al., 2016; Wilhelm et al., 2014), los ojos (Greenberg et al., 2016; Mataix-Cols et al., 2015), los hombros (Greenberg et al., 2016), la línea de la mandíbula, dientes, orejas, forma del cuerpo, pies y genitales (Mataix-Cols et al., 2015). Desafortunadamente, en los jóvenes estas preocupaciones pierden importancia al asociarse de forma errónea con aquellas que pueden estar más normalizadas socialmente debido a la edad de los participantes (Mataix-Cols et al., 2015).

Con respecto a la eficacia del tratamiento en los síntomas del TDC, los resultados a corto plazo indicaron que la preocupación, angustia y la discapacidad, que están relacionadas con una imagen corporal distorsionada, disminuyeron significativamente con la TCC (Krebs et al., 2017; Veale et al., 2014). En cuanto a los procesos cognitivos (concretamente la auto-focalización, las

comprobaciones en el espejo, y los comportamientos de búsqueda de seguridad) involucrados en el mantenimiento de estos síntomas, los resultados también mostraron mejorías y más de las que se obtuvieron con el tratamiento del Manejo de Ansiedad (MA) aplicado al grupo control (Veale et al., 2014). Del mismo modo, en otro trabajo, la TCC también logró disminuir los rituales de observación en el espejo propios de este trastorno (Prazeres et al., 2013). Por último, una vez finalizado el tratamiento, se observaron cambios positivos en el funcionamiento social y académico (Greenberg et al., 2016), y la asistencia escolar aumentó en un 30% en comparación con las tasas de asistencia anteriores al tratamiento (Mataix-Cols et al., 2015), siendo un dato de interés porque alrededor de un 20 % de los jóvenes con este trastorno abandona los estudios debido a los síntomas padecidos (APA, 2013).

En lo referido a los resultados a largo plazo, aunque son poco frecuentes (Harrison et al., 2016), Greenberg et al. (2016), concluyeron que los adolescentes, en un seguimiento tras seis meses de la finalización del tratamiento, continúan experimentando síntomas graves y siguen siendo vulnerables a ciertos riesgos que anteriormente causaron preocupaciones y compulsiones a los pacientes.

### **Eficacia en la Reducción de la Sintomatología Comórbida y/o Asociada con el TDC**

Respecto a la sintomatología comórbida del TDC, las áreas que más atención han recibido son los síntomas depresivos y/o trastornos del estado de ánimo y el *insight* o la conciencia de enfermedad. Los síntomas depresivos/Trastorno Depresivo Mayor (TDM) fueron medidos mediante diferentes instrumentos y/o cuestionarios, tales como el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory; BDI, Wilhelm et al., 2014), el Inventario de Depresión de Beck para Jóvenes (Beck Depression Inventory for Youth; BDI-Y, Krebs et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2015), el Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression

Inventory; CDI, Greenberg et al., 2016) y la Escala de Calificación de Depresión de Montgomery Åsberg (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; MADRS, Veale et al., 2014). Por otro lado, el *insight* se evaluó mediante la Escala de Evaluación de las Creencias de Brown (Brown Assessment of Beliefs Scale; BABS, Greenberg et al., 2016; Krebs et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2015; Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014).

En este trastorno hay que tener en cuenta que muchas personas que lo sufren rechazan el tratamiento desde el inicio o no pueden participar en él porque, o bien, no tienen ningún tipo de conciencia ni de enfermedad, o desconocen que esta afección puede ser tratada (Harrison et al., 2016). También influye negativamente en la adherencia al tratamiento el bajo estado de ánimo de la persona y los recurrentes intentos de suicidio que hayan podido suceder (Prazeres et al., 2013). A pesar de esto, una vez que el tratamiento se empieza y se mantiene, en todos los estudios revisados, tanto la depresión como el *insight* mejoraron significativamente tras aplicar la TCC (7 de 7 estudios).

El TDC tiene un índice de ideación suicida y suicidio completo bastante alto en comparación con otros trastornos mentales relacionados (Veale et al., 2014). En dos de los estudios seleccionados, dos de los participantes consumaron un intento de suicidio durante el tratamiento (Krebs et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2015); en otros dos estudios, optaron por excluir del tratamiento a los pacientes con riesgo de suicidio activo (Greenberg et al., 2016; Wilhelm et al., 2014) o se les retiró a tiempo por seguridad (Wilhelm et al., 2014); y en otro estudio, un 17% de los participantes en el grupo TCC-TDC había tenido un intento de suicidio en algún momento de su vida (Mataix-Cols et al., 2015).

También se ha examinado la eficacia del tratamiento en otros síntomas como delirios (Harrison et al., 2016; Veale et al., 2014), ansiedad (Prazeres et al., 2013), la calidad de vida

(Krebs et al., 2017; Mataix-Cols et al., 2015), la discapacidad (Wilhelm et al., 2014), y el funcionamiento global (Krebs et al., 2017), produciéndose también una disminución de ellos tras su aplicación. Estos resultados están respaldados por hallazgos de estudios anteriores aplicados a adultos (Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014).

En cuanto a los efectos del tratamiento a largo plazo, los resultados mostraron que las ganancias de la terapia se mantienen desde los primeros meses (Greenberg et al., 2016; Harrison et al., 2016; Mataix-Cols et al., 2015; Prazeres et al., 2013; Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014) hasta un año después de finalizar el tratamiento (Krebs et al., 2017). Por el contrario, esto no se observó en el trabajo de Wilhelm et al. (2014) puesto que no se encontraron diferencias en la reducción de síntomas de TDC tras la aplicación del tratamiento entre los pacientes en lista de espera y aquellos a los que se les aplicó directamente la TCC. Esto es respaldado por Krebs et al., (2017) cuyos hallazgos sugieren que un porcentaje alto de adolescentes a los que se les ha aplicado la TCC, continúa experimentando síntomas significativos a largo plazo y siguen siendo vulnerables a los riesgos iniciales.

## Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática cualitativa fue conocer si la TCC es eficaz como tratamiento para el TDC, concretamente se examinó si la intervención puede ayudar a reducir los síntomas y características clínicas propias del TDC y/o la sintomatología comórbida asociada con este trastorno. Para ello, se revisaron varios ensayos controlados aleatorizados que habían investigado sobre este tratamiento y su efectividad en este grupo de pacientes.

En el TDC, sobretodo en adolescentes y niños, se necesitan herramientas y un diagnóstico que den lugar a una detección más temprana de síntomas para ser tratado lo antes posible, lo que supone una actuación más rápida y eficaz (Mataix-Cols et al., 2015). De la misma forma, se podría indagar más en las diferencias de edad dentro del TDC y comprobar si la TCC actúa de igual forma independientemente de si se es niño, adolescente, adulto o anciano, o por el contrario existen diferencias o una inmovilización en la reducción de los síntomas. A su vez, profundizar tanto en las características del curso del trastorno (es decir, edad de inicio y cronicidad) como en la gravedad de los síntomas, puede ser beneficioso para incrementar la efectividad del tratamiento (Greenberg et al., 2016). Especialmente, se requieren ensayos adicionales en adolescentes con el objetivo de poder prevenir el fracaso escolar y detectar la cronicidad y el riesgo de suicidio existente (Harrison et al., 2016).

En relación con los síntomas propios del TDC, las principales preocupaciones (defectos en los rasgos faciales, la nariz, la piel y el cabello) disminuyeron al aplicar como tratamiento la TCC, aunque en algunas ocasiones previas se habían intentado erradicar mediante cirugía sin haber obtenido el resultado esperado (Greenberg et al., 2016; Mataix-Cols et al., 2015; Wilhelm et al., 2014). A corto plazo, se observaron beneficios significativos en los síntomas y en los procesos cognitivos involucrados, en comparación a los resultados obtenidos por el grupo control. Por otro lado, a largo plazo, se informó que la vulnerabilidad a las preocupaciones y las

compulsiones previas seguían teniendo un gran impacto (Greenberg et al., 2016). Dado que hasta la fecha los datos de seguimiento a largo plazo en este trastorno son escasos (Harrison et al., 2016), se requiere una investigación más exhaustiva y con una duración mínima de un año para comparar la eficacia de diferentes tratamientos sobre los síntomas del TDC (Veale et al., 2014).

Pese a las ganancias obtenidas tras el tratamiento, no se puede asegurar que los resultados estén completamente relacionados con la TCC si no se ha utilizado un grupo control de comparación (Greenberg et al., 2016). Por otro lado, se ha utilizado la terapia de MA como grupo de comparación (Veale et al., 2014) y se han empleado materiales de psicoeducación y monitoreo de riesgo semanal (Mataix-Cols et al., 2015). Por tanto, se recomienda utilizar un grupo control con condiciones de control fiables y controladas (Harrison et al., 2016). Al mismo tiempo, sería indispensable añadir una atención especial para aquellos participantes con TDC más grave, TDM y ciertos trastornos de personalidad comórbidos, que en gran medida son los que optan por abandonar el tratamiento, para poder garantizar una mejor adherencia a la TCC (Wilhelm et al., 2014). Finalmente, se plantea la necesidad de comparar los efectos de la TCC con los de las terapias farmacológicas para finalmente poder incluir ambas terapias en el tratamiento del TDC, dado que algunos autores sostienen que el tratamiento combinado es lo más aconsejable para este colectivo (Harrison et al., 2016; Mataix-Cols et al., 2015; Prazeres et al., 2013). Además, también plantean la necesidad de realizar evaluaciones complementarias (Greenberg et al., 2016; Krebs et al., 2017; Wilhelm et al., 2014) e incluir sesiones adicionales que dependan especialmente de las características individuales (Veale et al., 2014; Wilhelm et al., 2014).

En cuanto a los síntomas comórbidos más comunes, es decir, el *insight* y la depresión, los resultados mostraron una mejoría considerable en el post-tratamiento (7 de 7 estudios). En el resto de los síntomas evaluados (los delirios, la ansiedad, la calidad de vida, la discapacidad y el funcionamiento global), también se observó mejoría en comparación con la línea base.

Teniendo en cuenta que el TOC y el TDC se encuentran dentro del mismo espectro en el DSM-5 y dada su comorbilidad y respuesta al tratamiento, consideramos relevante la evaluación conjunta de estos trastornos. En las investigaciones seleccionadas no se ha incluido en la muestra a personas diagnosticadas con TOC, lo cual sería interesante aplicar en futuros estudios. Por último, puesto que el suicidio y el intento/planificación de suicidio tienen un alto porcentaje de prevalencia, se necesita una investigación futura que permita desarrollar y probar un módulo específico para aquellos pacientes con un riesgo de suicidio más elevado (Wilhelm et al., 2014).

Esta revisión sistemática tiene varias limitaciones. Primero, los criterios de exclusión han sido muy específicos y no han permitido que el número de estudios para realizar la metodología haya sido mayor. Por ejemplo, no hemos incluido los estudios de caso único, investigaciones que no estén redactados en lengua inglesa y artículos anteriores a la nueva conceptualización del TDC en el DSM-5. Con este último criterio buscamos conocer más información sobre la eficacia de la TCC en el TDC tras la inclusión de este trastorno dentro del Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

En conclusión, la TCC es un tratamiento eficaz para la reducción de los síntomas del TDC y síntomas comórbidos a corto plazo, sin embargo, sigue siendo necesario examinar los efectos del tratamiento a largo plazo. Además, el número reducido de investigaciones de calidad centrados en el TDC y la escasez de muestra en los estudios deja un rango de mejora amplio. Expertos en el área plantean la individualización de los tratamientos, en función de los síntomas

principales, siendo esto especialmente relevante en aquellas personas que presentan ideación y/o intentos de suicidio (Veale et al., 2014).

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013) *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., y Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108-115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.014>.
- Greenberg, J. L., Mothi, S. S., y Wilhelm, S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder: A pilot study. *Behavior Therapy*, 47(2), 213-224. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.009>.
- Griffen, T. C., Naumann, E., y Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163-174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>.
- Harrison, A., de la Cruz, L. F., Enander, J., Radua, J., y Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>.
- Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Elliott, C. M., Matheny, N. L., y Wilhelm, S. (2015). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image*, 14, 77-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.013>.
- Ipser, J. C., Sander, C., y Stein, D. J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005332.pub>.

- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., y Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1092852900016436>.
- Krebs, G., de la Cruz, L. F., Monzani, B., Bowyer, L., Anson, M., Cadman, J., ... y Mataix-Cols, D. (2017). Long-term outcomes of cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 48(4), 462-473. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.01.001>.
- Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Isomura, K., Anson, M., Turner, C., Monzani, B., ... y Krebs, G. (2015). A pilot randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for adolescents with body dysmorphic disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 54(11), 895-904. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.011>.
- Metcalf, D. B., Duggal, C. S., Gabriel, A., Nahabedian, M. Y., Carlson, G. W., y Losken, A. (2014). Prevalence of body dysmorphic disorder among patients seeking breast reconstruction. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(5), 733-737. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090820X14531775>.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Wilding, H. E., y Castle, D. J. (2016). Randomised controlled trials of psychological y pharmacological treatments for body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 245, 179-185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.062>.
- Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 63–72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(03)00098-0).

- Phillips, K. A., y Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1280-1282. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1280>.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M., Fay, C., y Stout, R. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(2), 95–104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.005>.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M., y Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive–compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, *24*(6), 399-409. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20232>.
- Prazeres, A. M., Nascimento, A. L., y Fontenelle, L. F. (2013). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 307. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S41074>.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. D. A., y Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, *36*(6), 877. doi: 10.1017/S0033291706007264. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>.
- Schulte, J., Schulz, C., Wilhelm, S., y Buhlmann, U. (2020). Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02489-0>.
- Veale, D., Anson, M., Miles, S., Pieta, M., Costa, A., y Ellison, N. (2014). Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a

randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 341-353. DOI:

<https://doi.org/10.1159/000360740>.

Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., y Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M., ... y Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 45(3), 314-327. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.12.007>.