

*Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Recibido: 27-06-2024

Aceptado: 19-08-2024

Correspondencia:

Dra. Elizabeth Gómez-Cabrera.

Correo electrónico:

holyley334@gmail.com

El presente es un artículo open access bajo licencia: CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Financiación

No se recibió financiamiento alguno para realizar este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo confirman la ausencia de conflicto de intereses, ya sea financieros o de cualquier otra naturaleza, que pudieran afectar o sesgar los resultados o interpretaciones expuestos en este estudio.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito.

Trastorno Dismórfico Corporal: herramientas diagnósticas en atención primaria

Body Dysmorphic Disorder: Diagnostic Tools in Primary Care

Transtorno Dismórfico Corporal: ferramentas na atenção primária

Elizabeth Gómez-Cabrera,* Jesús Alonso Martínez-Ortiz,* Miguel Ángel Fernández-Ortega.*

DOI: 10.62514/amf.v26i5.86

Resumen

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se define como la preocupación excesiva hacia defectos percibidos en la apariencia física, los cuales no son evidentes o son levemente visibles a otras personas. Diversos tipos de dismorfia: facial, muscular, capilar e incluso Zoom dismorfia. El TDC es un trastorno poco conocido por el personal de salud, lo que lo convierte en un problema grave, ya que, al no tener suficiente información, disminuye la capacidad diagnóstica y la posibilidad de intervención oportuna en su evolución y el desarrollo de complicaciones. Los adolescentes son la población más vulnerable por su fácil acceso a los medios de comunicación y redes sociales, por ende, al consumo de contenido que promueve estándares de belleza irreales o difíciles de alcanzar. El objetivo de este trabajo es brindar información relevante y herramientas diagnósticas para enfrentar este trastorno en la consulta médica de la atención primaria.

Palabras clave: Trastorno Dismórfico Corporal, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Atención Primaria.

Abstract

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is defined as an excessive concern with perceived defects in physical appearance, which are not obvious or are barely visible to other people. There are various types of dysmorphia: *facial, muscular, hair and even Zoom dysmorphia*. TDC is a disorder that is little known by health personnel, which makes it a serious problem, since, not having enough information, reduces the diagnostic capacity and the possibility of timely intervention in its evolution and the development of complications. Adolescents are the most vulnerable population due to their easy access to media and social networks, therefore, to the consumption of content that promotes unrealistic or difficult-to-achieve beauty standards. The objective of this paper is to provide relevant information and diagnostic tools to address this disorder in primary care medical consultations.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Primary Care.

Resumo

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é definido como preocupação excessiva com defeitos percebidos na aparência *física, que* não são evidentes ou são ligeiramente visíveis para outras pessoas. Vários tipos de dismorfia: facial, muscular, capilar e até dismorfia de Zoom. O TDC é um transtorno pouco conhecido pelo pessoal de saúde, o que o torna um grave problema, pois, por não ter informações suficientes, diminui a capacidade diagnóstica e a possibilidade de intervenção oportuna na sua evolução e no desenvolvimento de complicações. Os adolescentes são a população mais vulnerável devido ao *fácil* acesso aos meios de comunicação e às redes sociais e, portanto, ao consumo de conteúdos que promovem padrões de beleza irrealistas ou difíceis de alcançar. O objetivo deste trabalho é fornecer informações e ferramentas diagnósticas relevantes para o enfrentamento desse transtorno na consulta médica de atenção primária.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Atenção Básica.

Introducción

La mayoría de las veces, lo primero que se observa al realizar una interacción social, es la apariencia física, entendida, como todo aquello que es visible en una persona, como su estatura, talla, rasgos faciales, forma del cuerpo, etc., por esta razón las personas sienten preocupación por su aspecto físico.¹ Es importante diferenciar la percepción que uno tiene de su aspecto a como en realidad se ve, ya que en algunas ocasiones esta percepción tiene más probabilidad de determinar las decisiones que se toma sobre él.² El concepto de imagen corporal se define como aquella percepción que se tiene del cuerpo, la manera en que lo ven los demás, el sentimiento y las decisiones que tomamos respecto a la forma, tipo y tamaño de este. Una persona con una percepción favorable de su imagen corporal no solo observa lo que le agrada en su apariencia física, sino también los defectos,

haciéndolos parte de su identidad y sintiéndose segura con ellos, sin embargo, cuando esto no ocurre, se pueden presentar trastornos como depresión, ansiedad o dismorfia corporal.² A lo largo de la historia el trastorno dismórfico corporal (TDC) ha recibido diferentes denominaciones. En 1891 el italiano Enrico Morselli introdujo el término dismorfofobia a la literatura médica, posteriormente, el psiquiatra francés Pierre Janet profundizó en su estudio y fue hasta 1966, que Ladee lo denominó “hipocondría dermatológica y de la belleza”.^{3,4} En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) clasificó el TDC dentro de los trastornos somatomorfos bajo el nombre de “dismorfofobia” -en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM-III)-. Siete años después (1987), se reconoció con el nombre de TDC, como actualmente se conoce.³⁻⁶ Así mismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10), continúa considerándolo un trastorno somatomorfo, mientras que el DSM-5 lo incluye dentro de la categoría de trastorno obsesivo compulsivo (TOC).^{7,8}

El TDC es definido como una preocupación excesiva hacia defectos percibidos en la apariencia física, los cuales no son evidentes o levemente visibles a otras personas, provocando malestar psicológico significativo, deterioro funcional en las áreas social y laboral e incluso llegando a presentar tendencias suicidas.⁷ La Real Academia Española (RAE) define a la dismorfofobia como “Fobia a padecer algún defecto, anomalía o enfermedad que afecte estéticamente a una parte del cuerpo, especialmente al rostro”.⁹

Clasificación

Existen diversos subtipos de dismorfia corporal, dentro de los cuales destacan: *Dismorfia facial*: Las personas presentan una preocupación excesiva por defectos faciales como forma de ojos, forma de nariz, presencia de acné, forma de labios, etc.¹⁰ *Dismorfia muscular*: Principalmente en aquellas personas dedicadas al deporte. Pueden tener un físico tonificado y adecuado en talla, pero creen falsamente que son pequeños y están fuera de forma, lo que les ocasiona una obsesión por el ejercicio, principalmente levantamiento de pesas, dietas estrictas, uso de suplementos para aumento de masa muscular (esteroides anabólicos, diuréticos, laxantes, *pre-entrenos* “*pre Workout*”).¹¹ *Dismorfia capilar*: Obsesión con la textura, color, cantidad y distribución del cabello.¹⁰ *Zoom dismorfia*: Subtipo que se implementó durante la pandemia por SARS-CoV-2 debido al uso de medios de comunicación alternativos como aplicaciones con cámara en tiempo real, las cuales incrementan la percepción de las características físicas que el sujeto percibe como defectos llevando a la insatisfacción física.¹² Figura 1.

Fisiopatología y Etiología

En cuanto a la fisiopatología, existe evidencia respecto a la desorganización generalizada de las redes neuronales involucradas en el control cognitivo y la interpretación de información emocional. Esto se da con relación en hipoactivación en la corteza occipital y anomalías en el sistema visual primario, así como la hiperactividad frontoestriatal que puede asociarse con la aversión hacia el propio cuerpo y la presencia de síntomas de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos.¹³ A nivel funcional, se ha encontrado una hipoactividad dentro de la corteza occipital lateral y el precuneus, sugiriendo una especie de “atajo” dentro de la red occipitotemporal, donde la información visual de primer orden viaja desde áreas visuales primarias a regiones temporales, particularmente dentro del hemisferio izquierdo, afectando principalmente el procesamiento visual de información relacionada con rostros y figuras.¹³ Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar TDC, tales como: a) experiencias estresantes: abandono, abuso sexual, violencia intrafamiliar, bullying; b) historia personal y familiar: baja autoestima, rechazo social, valores socioculturales del individuo, antecedentes familiares (trastornos psiquiátricos, principalmente depresión, ansiedad, tics o trastorno obsesivo compulsivo); c) entorno (gimnasios, eventos sociales); d) accesibilidad a redes sociales y e) cambios físicos (adolescencia, someterse a cirugías estéticas, cesáreas o cirugías de control). Aquellas personas con baja calidad de vida presentan un mayor número de experiencias estresantes aumentando así la probabilidad de presentar algún trastorno psiquiátrico.^{3,14}



Figura 1. Tipos de Dismorfia Corporal

Fuente: Elaboración propia con información de: Álvarez Espinoza MF, Torres Mota DB, Pontaza Ortiz I, Saucedo-Molina TD. Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. Educ Salud Bol Cient Cienc Salud ICSa 2021;10(19):223-231. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.6482>. Gasteratos K, Spyropoulou G-A, Suess L. “Zoom Dysmorphia”: A New Diagnosis in the COVID-19 Pandemic Era?. Plast Reconstr Surg 2021;148(6):1073e-4e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008559>.^{11,12}

Epidemiología

La prevalencia global de TDC oscila entre 2.2% para los varones y 2.5% para las mujeres; esta cifra es similar a la reportada por Estados Unidos con un 2.4%, mientras que en México no se cuenta con datos al respecto. No obstante que los porcentajes en la población global no son altos, la incidencia de este trastorno es mayor que la esquizofrenia, anorexia o bulimia.^{7,15} Es común que una persona desarrolle un nuevo trastorno psiquiátrico a lo largo de la evolución del TDC, complicando la patología al coexistir dos trastornos al mismo tiempo. Dentro de los más frecuentes se encuentran: el trastorno depresivo mayor (75%), el trastorno de ansiedad social (40%) y los trastornos de la personalidad (40-60%); siendo los más habituales: el paranoide, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo (destaca la asociación con trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosa) y el trastorno límite.¹⁶ *La importancia de identificar a una persona con TDC radica en que aumenta cuatro veces más la posibilidad de presentar ideas suicidas y dos a seis veces más intentos suicidas, en comparación con las personas sin TDC.*¹⁷ Las tasas de ideación e intentos de suicidio en adultos y jóvenes alcanzan un 57.8% para ideas suicidas y 2.6% para los intentos.^{7,18}

Cuando las personas no se sienten satisfechas con su apariencia física, pueden buscar alternativas quirúrgicas para sentirse mejor, lo cual, no siempre resuelve la sensación de inconformidad física. Esto explica la mayor prevalencia de TDC en pacientes que acuden al servicio de cirugía plástica por cirugías estéticas con un 6-15%, incluso, un estudio de tesis de especialidad en cirugía plástica del Hospital General de México reportó prevalencia hasta 49% en 2013.^{19,20} Le sigue en orden de importancia el servicio de dermatología, con prevalencia del 12.7%, siendo mayor en aquellos que acuden por consulta estética (sin patología alguna) que los que acuden por control (con alguna patología dermatológica).^{21,22}

Los jóvenes universitarios tienen mayor probabilidad de padecer TDC, debido a que son más propensos al uso de tecnologías y exposición a medios de comunicación, por ende, suelen consumir mayor contenido que promueve estándares de belleza altos, llegando a ser difícil para ellos aceptar sus defectos físicos por más banales que estos puedan ser.²² Los medios y el uso de tecnologías se consideran la mayor influencia en la imagen corporal de una persona ya que muestran estereotipos que en ocasiones son difíciles de alcanzar.²³ Durante la pandemia hubo un aumento en la población diagnosticada con dismorfia, esto se relacionó con la disposición oficial de quedarse en casa y tener mayor exposición a espejos, aislamiento, pasar tiempo prolongado en las redes sociales y estar frente a cámaras web, exacerbando la preocupación por el aspecto físico.¹²

En el caso particular de las mujeres, el periodo posparto es una de las etapas más sensibles para su imagen corporal, ya que los cambios físicos durante el embarazo se mantienen y les causa una percepción negativa de sí mismas. Un estudio realizado por Boybay Koyuncu y Mesude Duman reportó que la mayoría de las mujeres en periodo postparto contaban con un puntaje bajo en la escala “*Body Cathexis Scale (BCS)*”, concentrándose principalmente en el aumento de peso (81.3%), caída del cabello (80.9%), cambio de forma de los senos (78%), manchas faciales (62.5%), cambio de forma en los genitales (68.4%) y celulitis en piernas (54%).²⁴

Clínica y Diagnóstico

La falta de conocimiento de este trastorno por el personal de salud y el hecho de que muchos pacientes suelen ocultar sus síntomas por vergüenza dificulta el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad.^{3,4} Las partes del cuerpo a las que una persona con TDC presta mayor atención dependen según el género, edad, etnia y valores socioculturales. Cuando se habla de género los hombres se preocupan más por el cabello, estructura corporal (músculatura) y genitales, mientras que para las mujeres es el abdomen, piel, cabello, pecho y nariz.¹⁵ En el aspecto étnico y sociocultural un estudio realizado en Corea por Sukky Yoy en el 2020 reportó que las mujeres jóvenes coreanas tienen una mayor preocupación por mantenerse delgadas que por otro aspecto físico, el hecho de ser ultradelgadas importa más para su autoestima. Esta situación no ocurre con las mujeres occidentales, quienes, si bien se preocupan por su delgadez, también lo hacen por su volumen muscular.²⁵

La preocupación por la apariencia física es muy común en la población general. Es normal realizar cambios que permitan mejorar la apariencia física de la persona, pero cuando esta preocupación es excesiva y afecta el estilo de vida, se debe pensar en que algo no está bien.²⁶ El DSM-V ha establecido criterios diagnósticos bien definidos que permiten a realizar un diagnóstico confiable de TDC: a) Se debe tener 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. b) Durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos repetitivos (como mirarse en el espejo, afeitarse en exceso, rascarse la piel) o actos mentales (comparar su aspecto con el de otros) como respuesta a la preocupación por el aspecto. Estos comportamientos suelen durar más de una hora por día.^{26,27} c) La preocupación causa malestar clínicamente significativo o incluso deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. d) La preocupación por el aspecto no se explica por la presencia de algún trastorno alimentario.⁷

También se ha considerado que el TDC presenta alteraciones en el procesamiento visual, déficit de memoria, sesgos interpretativos y déficit en el procesamiento perceptual y visoespacial, ocasionando una atención excesiva a detalles de su apariencia, omitiendo aspectos globales y una disminución en el desempeño académico.²⁸ Los síntomas suelen presentarse a partir de los 12 a 13 años y se logran detectar a partir de los 16 años o incluso en la adultez.^{22, 29} Cuando una persona cumple con los criterios ya mencionados es necesario averiguar qué parte del cuerpo le causa más insatisfacción y ¿por qué? Si el sujeto expresa que su preocupación está orientada al volumen muscular se especifica bajo el subtipo de “dismorfia muscular”. El DSM-V agrega esta especificación dentro de los criterios de TDC, debido a que existen diferencias importantes entre dismorfia muscular y otras formas de dismorfia, incluyendo conductas de riesgo que requieren de atención clínica y las diferencias existentes en el tratamiento psicosocial.^{7, 26} Otra especificación agregada por el DSM-V fue el “Grado de introspección sobre el trastorno dismórfico corporal”, que a la vez sirve como pronóstico de gravedad, el cual se divide en: *Bueno*: El sujeto reconoce que sus defectos o imperfecciones probablemente sean ciertos o no. *Poco*: El sujeto reconoce que sus defectos o imperfecciones probablemente sean ciertos.

Ausente con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que los defectos son ciertos.⁷

Aquellos pacientes con grado de introspección ausente -se sienten observados y juzgados- porque en su mente, las personas sólo se fijan en su defecto. El aislamiento social es frecuente en esta población, generalmente presentan comportamientos agresivos hacia las personas que según ellos los están observando y criticando, incluso, presentan autoagresiones.³ La ausencia de introspección implica un peor pronóstico para el individuo ya que se ha asociado a una mayor tasa de suicidios, menor apego a los tratamientos psiquiátricos y búsqueda frecuente de tratamientos alternativos.^{16, 30}

El diagnóstico de TDC no es únicamente clínico, también requiere el uso de diferentes instrumentos de evaluación que detectan y valoran los síntomas de dismorfia, como: 1) Cuestionario de Alteración de la Imagen Corporal (BIDQ) 2) Inventario de Preocupaciones por la Imagen Corporal (BICI), centradas en la valoración de creencias y comportamientos generales relacionados con la imagen corporal. 3) Inventario de Ansiedad por la Apariencia (AAI), que evalúa los procesos de evitación y control de la amenaza en la ansiedad relacionada con la apariencia física.

Y los que valoran la gravedad del TDC: 1) Cuestionario de las Preocupaciones Dismórficas

(DCQ); 2) Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ); 3) Escala Yale-Brown modificada para el TDC (BDD-YBOCS); 4) Escala de Síntomas del TDC (BDD-SS). De todos estos instrumentos, los más utilizados en el contexto clínico son: Escala Yale-Brown modificada (BDD-YBOCS) y el Cuestionario del Trastorno Dismórfico Corporal (BDDQ).³¹ El BDD-YBOCS incluye 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas dismórficos en la última semana. Los primeros cinco ítems evalúan las preocupaciones por el defecto físico percibido en la apariencia, es decir, miden el tiempo que se emplea en preocuparse por la apariencia, la interferencia que esta preocupación hace en la vida diaria, malestar, resistencia y control. Los cinco ítems siguientes evalúan los mismos aspectos, pero relacionados con los comportamientos repetitivos relacionados con el defecto físico. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 40, con los siguientes puntos de corte: 0-7, sin manifestaciones clínicas; 8-15, trastorno leve; 16-23, moderado; 24-31, severo; 32-40, extremo. Considerándose la necesidad de intervención a partir de 20 puntos.³² La confiabilidad de este instrumento es alta; según un estudio realizado con 46 niños y adolescentes se encontró una confiabilidad de 96%, tanto para las obsesiones como para las compulsiones, así como la validez de la prueba con 89% y 83% en el test y el re-test, respectivamente.³³

En cuanto al BDDQ el objetivo es valorar la presencia de síntomas dismórficos y diferenciarlos con trastornos alimentarios, tomando como referencia los criterios del DSM-IV. Este instrumento incluye cuatro ítems, en donde el ítem uno nos dice si existe preocupación por la apariencia de alguna parte del cuerpo, el ítem dos nos ayuda a diferenciar si la preocupación se debe más a un trastorno alimentario, el ítem tres valora el efecto que ha tenido la preocupación y finalmente el ítem cuatro nos brinda la cantidad de tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto percibido.³⁴ El cuestionario se ha validado en diferentes países y grupos de pacientes en muestras comunitarias, con problemas psiquiátricos, dermatológicos y de cirugía plástica. En el estudio realizado por Brohede en 2013 en 88 mujeres suecas, escogidas al azar, de una muestra comunitaria de 2891, la validez de este instrumento tuvo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 90% con un índice de probabilidad de 9.4. Por lo que el cuestionario puede resultar valioso si se sospecha TDC, aunque, cabe mencionar que no se ha validado en México.³⁵ En el caso particular de México, solo se han validado tres instrumentos aplicados a población masculina, dentro de los cuales se encuentran: la escala *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (MASS), validado en 2013, que evalúa síntomas de dismorfia muscular y que obtuvo una consistencia interna superior a su versión original; la escala *Body Modification Scale* (BMS), validado también en 2013, que incluye tres

factores principales: pérdida de peso, incremento de peso y aumento de la musculatura. Finalmente, la escala Multidimensional *Body Self-Relations Questionnaire* (MBSRQ), validado en 2014, el cual obtuvo una confiabilidad similar a la escala original.³⁶

Diagnóstico Diferencial

Muchos pacientes con TDC presentan también otros trastornos psiquiátricos, ya sea antes o durante la evolución de la enfermedad, dificultando aún más el diagnóstico. Los trastornos alimentarios al igual que la dismorfia, implican una imagen corporal distorsionada e insatisfacción con la apariencia percibida. Sin embargo, a pesar de cumplir con criterios para diagnosticar algún trastorno alimentario, se debe descartar TDC en todos los casos. Aquellos pacientes con trastorno de ansiedad social temen una evaluación negativa de su comportamiento, mientras que los pacientes con TDC temen una evaluación negativa de su apariencia. Otro trastorno psiquiátrico que es importante descartar es el TOC, aquí las preocupaciones y los comportamientos repetitivos no se centran exclusivamente en la apariencia si no en otros aspectos como el entorno, la limpieza, etc.³⁷ (Algoritmo1).

Tratamiento

El curso de la enfermedad es por lo general crónico, mejorando significativamente con un tratamiento

adecuado. En general, el tratamiento es mixto. Por un lado, se considera la terapia cognitivo-conductual (TCC), de tipo exposición y prevención de respuesta, la cual pretenden cambiar las presunciones y creencias que tienen los pacientes acerca de su imagen y generar estilos cognitivos adaptativos.¹³ La técnica de reestructuración cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.³⁸ Por otro lado, se considera el manejo farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tales como: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina, eventualmente, con otros antidepresivos y antipsicóticos atípicos.⁸ Cabe señalar que estos medicamentos y el control de los mismos, es responsabilidad de los psiquiatras. Además de estos tratamientos, limitar sus conductas compulsivas, evitando el uso de espejos, maquillaje y otros productos que propicien la preocupación por el aspecto físico y disminuir el uso de redes sociales que favorezcan la presentación de estereotipos irreales.³⁹

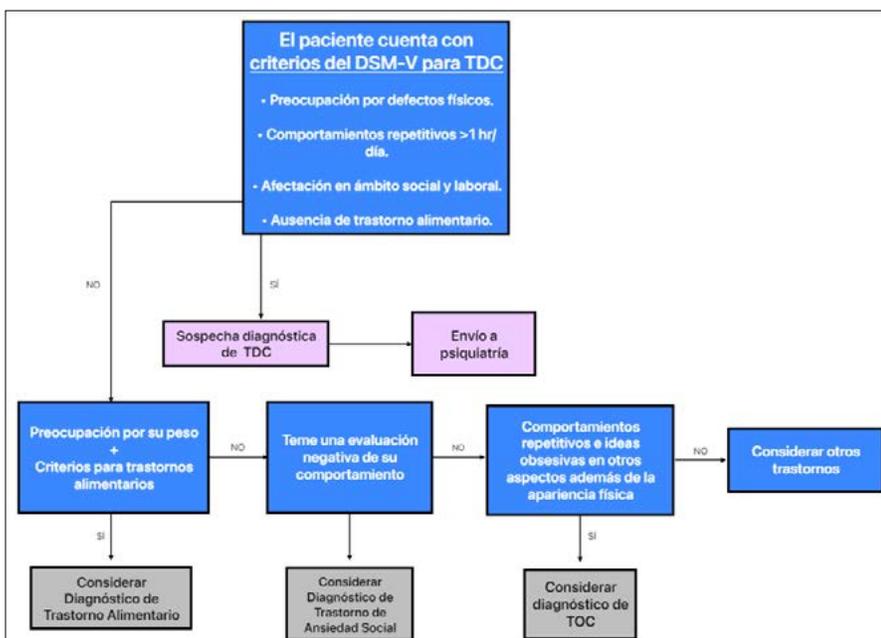
Es importante destacar los criterios de referencia para este tipo de pacientes. Si en el paciente ya se descartó alguna etiología física y no hay datos de intoxicaciones por alguna sustancia y se encuentra alto grado de impulsividad, autoagresión, ideación suicida estructurada o si requiere un ambiente controlado, se deberá realizar la referencia a “urgencias de psiquiatría”. Según las guías de práctica clínica, cuando se tiene sospecha diagnóstica de TDC o de un trastorno de ansiedad, solo o en comorbilidad, se deben referir a los pacientes al servicio de psiquiatría, más aún si presentan síntomas incapacitantes (afectación en el ámbito laboral y/o social).⁴⁰

Conclusiones

El TDC es una patología con poco reconocimiento en el personal de salud, no solo de los médicos de atención primaria (médicos familiares, generales, internistas, pediatras, ginecoobstetras), sino también en las especialidades de cirugía plástica y dermatología, que son las que presentan mayor prevalencia de este trastorno. Por otro lado, resulta de crucial importancia incorporar este tema a los programas formativos de pregrado y posgrado, así como en la educación para la salud de la población, dada la asociación con otras patologías que afectan la salud mental y la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. McPherson KE. Physical appearance changes across adulthood – men. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, Elsevier; 2012, p. 595–601. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00094-8>



Algoritmo 1. Diagnóstico de TDC y diagnósticos diferenciales.

Fuente: Elaboración propia con información de: 7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. España. Editorial Médica Panamericana; 2014. <https://www.federaciocatalanadhd.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>; Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic. Psychiatr Ann. 2010;40(7):317-24. <https://doi.org/10.3928/00485713-20100701-04>.^{7,37}

2. Hosseini SA, Padhy RK. Body image distortion (archived). StatPearls; Publicado; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/>
3. Giraldo O'Meara M., Belloch A. El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. Rev psicopatol psicol clín. 2017; 22(1):69-84. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929>
4. Hernández Chavarría V, Rojas Mendoza K. El trastorno dismórfico corporal: una patología subdiagnosticada con impacto clínico. Rev Hisp CiencSalud. 2023; 9(1):30-41. DOI: 10.56239/rhcs.2023.91.596
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 3rd ed. Arlington, 1980. <https://aditpsiquiatriapsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 3rd ed. rev. Arlington, 1987. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420188.dsm-iii-r>
7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. España. Editorial Médica Panamericana; 2014. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
8. García Escribano F, Perez Moreno MR. Caso clínico. Trastorno dismórfico corporal del adolescente. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2020;37(4):30-5. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n4a3>
9. Rae.es s/f. <https://dle.rae.es/dismorfofobia> (consultado el 9 de junio de 2024).
10. Medicina y Salud Pública. Tipos de Dismorfia. Medicina y Salud Pública 2024. <https://medicinaysaludpublica.com/>
11. Alvarez Espinoza MF, Torres Mota DB., Pontaza Ortiz I, Saucedo-Molina TJ. Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. Educ Salud Bol Cient Cienc Salud ICSa 2021;10(19):223-231. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.6482>
12. Gasteratos K, Spyropoulou G-A, Suess L. "Zoom Dismorphia": A New Diagnosis in the COVID-19 Pandemic Era?. Plast Reconstr Surg 2021;148(6):1073e-4e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008559>.
13. Barreto DMR, Escobar SMR, Pérez LFC, Duque JJO y Arenas DAM. Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. Cuadernos Hispanoamericanos de psicología. 2019; 19(1): 1-16. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3133/2687>
14. Díaz Prieto C., García Sánchez JN. Influencia de las experiencias vitales sobre la calidad de vida percibida de adultos y mayores. INFAD Rev Psic 2019;2(1). <https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126031/349860126031.pdf>
15. Koran LM., Abujaoude E., Large MD, Serpe RT. The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population. CNS Spectr 2008;13(4):316-322. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016436>
16. Salavert Jiménez J., Clarabuch Vicent A., Trillo Garrigues M. Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2019;36(1): 4-19. <http://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a1>
17. Angelakis I., Gooding PA., Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016;49:55-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
18. Phillips KA., Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. Am J Psychiatry 2006;163:1280-2. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1280>.
19. Zambrana Rojas MT. Trastorno Dismórfico Corporal (Tdc) En Pacientes De Cirugía Estética. Revista Boliviana de Cirugía Plástica 2021;2(5):11-4. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol2.n5.2018.52>.
20. García Álvarez MN. Trastorno dismórfico corporal en población que asiste al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México [Tesis de posgrado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. Recuperado a partir de: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TE501000698769/3/0698769.pdf>
21. Conrado LA., Hounie AG., Diniz JB., et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. J Am Acad Dermatol. 2010;63(2):235-43. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.09.017>
22. Bermúdez Durán LV, Herrera Navarrete KS., Fernández Salas M. Actualización del trastorno dismórfico corporal. Rev Medicina Sinerg 2023;8(2):e967. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i2.967>
23. Slater A., Tiggemann M. Media matters for boys too! The role of specific magazine types and television programs in the drive for thinness and muscularity in adolescent boys. Eat Behav. 2014;15(4): 679-82. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.002>
24. Boybay Koyuncu S, Duman M. Body dissatisfaction of women during postpartum period and copin strategies. Women Health. 2021;62(1): 46-54. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.2014019>
25. You S, Shin K. Sociocultural Influences, Drive for Thinness, Drive for Muscularity, and Body Dissatisfaction among Korean Undergraduates. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(14): 5260. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145260>
26. Phillips KA., Wilhelm S., Koran LM., et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. Depress Anxiety. 2010;27(6):573-591. <https://doi.org/10.1002/da.20709>.
27. Kelly MM, Phillips KA. Update on body dysmorphic disorder: Clinical features, epidemiology, pathogenesis, assessment, and treatment. Psychiatr Ann 2017;47(11):552-8. <https://doi.org/10.3928/00485713-20171004-02>
28. Johnson S, Williamson P, Wade TD. Perfectionism and selective attention predict dysmorphic concern in an Australian university population. Australian Psychologist. 2020; 55(2):143-155. <https://doi.org/10.1111/ap.12423>
29. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2013;54(7):893-903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>.
30. Phillips K.A., Menard W. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. J Psychiatr Res. 2005;40(2):95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.005>

31. Morocho JLS. Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal. *PsiqueMag*. 2019; 8(1): 117-137. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/192>
32. Yacila GA, Cook-del Águila L, Sanchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada RA. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Med Peru*. 2016;33(3):253-5. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a18v33n3.pdf>
33. Adrianzen Ronceros C, Pacheco Armas Z, Vivar Cuba R, Macciotta Felices B. Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú. *Revista Peruana de Pediatría*. 2008; 61(1):68-75. <https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/view/22>
34. Mancuso SG, Knoesen NP & Castle DJ. The Dymorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010; 44(6): 535-542. <https://doi.org/10.3109/00048671003596055>
35. Brohede S, Wingren P, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Research*. 2013; 210(2):647-652. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.019>
36. Castillo I, Solano S y Sepúlveda AR. Validación Mexicana de la Escala de Actitudes Masculinas sobre el cuerpo en Estudiantes Universitarios Varones. *Rev Iberoam Diagn Eval - Aval Psicol*. 2018; 1(46): 51-65. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-01/RIDEP46-Art4.pdf>
37. Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic. *Psychiatr Ann*. 2010;40(7):317-24. <https://doi.org/10.3928/00485713-20100701-04>.
38. Bados A & García E. La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15. 2010. <https://psicologoenlinea.uy/wp-content/uploads/2023/09/Bados-y-Garica-Gau-2010-Reestructuracion-Cognitiva-paso-a-paso-UB.pdf>
39. Sandoval MO, García-Huidobro I y Pérez-Cotapos MLS. Trastorno Dismórfico Corporal. *Rev. Chilena Dermatol*. 2009; 25(3):244-250. https://www.sochiderm.org/web/revista/25_3/5.pdf
40. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social 2010 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf>