



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
División del Sistema de Universidad Abierta

Proyecto de Tesis: "Trastorno Dismórfico Corporal"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

BRENDA MARÍA SALAS ORELLANA

DIRECTORA: DRA. ZURAYA MONROY NASR

REVISORA: DRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

ABREVIATURAS	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	5

CAPÍTULO I “TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL”

1.1 Etiología del TDC	7
1.2 Historia, definición y criterios de diagnóstico del TDC	10
1.3 Definición de TDC	11
1.4 Áreas corporales que suelen ser objeto de atención en pacientes con TDC y diferencias de género	13
1.5 Comorbilidad del TDC con otras patologías	14
1.6 Problemas para diagnosticar el TDC	19
1.7 Características cognitivas, conductuales y rasgos de personalidad asociados con pacientes con TDC	20
1.8 Concepto de imagen corporal	21

CAPÍTULO II “FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE TDC”

2.1 El cuerpo como objeto de estudio en la filosofía, antropología y sociología	23
2.2 Relación TDC con la cultura y etnicidad	25
2.3 Relación TDC con el género y la sexualidad	28
2.4 Características socioeconómicas de los pacientes con TDC	30
2.5 Relación entre el TDC con la cirugía estética	32
2.6 Relación del aumento de la prevalencia del TDC con el uso extendido de redes sociales	35
2.7 Falta de Instrumentos de evaluación del componente sociocultural en la imagen corporal	36

CAPÍTULO III “TRATAMIENTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS PARA PACIENTES CON TDC”

3.1 Tratamientos farmacológicos_____	39
3.2 Tratamiento psicológico para el TDC _____	40
3.3 Tratamientos alternativos y/o experimentales para el tratamiento del TDC __	47
3.4 Factores que influyen en el éxito terapéutico en pacientes con TDC _____	49
3.5 Evolución del TDC sin tratamiento_____	50
3.6 Perspectivas a futuro sobre el tratamiento de pacientes con TDC_____	52
 <i>CONCLUSIONES</i> _____	 54
 <i>REFERENCIAS</i> _____	 57

ABREVIATURAS

APA: Asociación Americana de Psicología.

CIE-11: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, 11ª edición.

DSM -V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición.

DM: Dismorfia muscular.

IC: Imagen corporal.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria.

TDC: Trastorno dismórfico corporal.

TLP: Trastorno límite de personalidad.

TMT: Terapia magnética transcraneal.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es aportar elementos básicos sobre el trastorno dismórfico corporal, ya que se trata de una patología mental poco conocida por algunos profesionales de la salud, esto a pesar de que su incidencia es mayor que otras enfermedades con mayor difusión en la cultura popular como lo son la esquizofrenia y la anorexia nerviosa. Además, es un padecimiento con alta tasa de suicidios, por lo que de tener mejor entendimiento y mayor difusión podrían desarrollarse diagnósticos más oportunos y mejores tratamientos que evitarían este fatídico desenlace.

En este trabajo se abordan las características generales del trastorno, como lo son la edad de aparición, prevalencia en la población, la comorbilidad con otros trastornos (que suele ser muy alta) y los instrumentos que suelen aplicarse en la práctica clínica para su correcto diagnóstico, se enfatiza este último punto ya que el TDC la mayoría de las veces se diagnostica tardíamente. La metodología empleada para la recopilación de la información documental obtenida se basó en los lineamientos propuestos por la guía PRISMA. Las principales características que los pacientes con TDC suelen tener desde el aspecto más individual como lo son los rasgos de personalidad, las diferencias de género y preferencia sexual, hasta el papel de la cultura en la que viven. Por último, se abordan los tratamientos médicos y psicológicos que más suelen utilizarse en este trastorno, **especialmente se resalta la importancia de contar con tratamientos exclusivos para el TDC** puesto que la mayoría de los manuales están basados en experiencias previas con pacientes con TOC o con algún trastorno alimentario; finalmente se mencionan algunas de las propuestas para mejorar los estudios epidemiológicos y algunos tratamientos experimentales que podrían ayudar a los pacientes en un futuro.

INTRODUCCION

En una sociedad en la que la apariencia física es la carta de presentación para cualquier actividad social, resulta de suma importancia analizar el aspecto patológico de la preocupación por la imagen corporal (IC). El trastorno dismórfico corporal (TDC) se define como una preocupación estresante y sumamente limitante con respecto a un defecto corporal imaginado o discreto (APA-DSM-V, 2014), se caracteriza por presentar una alta comorbilidad con otros trastornos como lo son la anorexia nerviosa, la bulimia, la depresión, etc. Específicamente, Cárdenas-Medina (2012:9) menciona que en una población de pacientes mujeres diagnosticadas previamente dentro del del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la CDMX que habían sido previamente diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad, presentaron “una comorbilidad de TDC que provocó tasas de hospitalización psiquiátrica en un 48% de los casos, un confinamiento domiciliario de 31% y 22 al 24% de intentos suicidas”.

Por lo anterior, es importante examinar todos los aspectos que rodean a la aparición, evolución y tratamiento de este trastorno, por lo cual en este trabajo se realizó una investigación documental que se compone de tres capítulos: En el capítulo uno se aborda la definición, la evolución del concepto en los tratados médicos y psicológicos, los síntomas que comparte con otros trastornos, la comorbilidad, los criterios de diagnóstico y los instrumentos más utilizados en la práctica clínica. En el segundo capítulo, se habla sobre la relación del TDC con los factores psicosociales de los pacientes, es decir, todas aquellas características particulares de distintas culturas, clases sociales, género y orientación sexual, estado civil, etc. Así mismo, se menciona la relación del TDC con la cirugía estética pues este procedimiento suele ser la primera opción a la que recurren los pacientes. Finalmente, en el tercer capítulo se aborda tanto las visiones tradicionales como las nuevas tendencias en el tratamiento con pacientes con TDC desde el punto de vista de la psiquiatría y la psicología, junto con algunas

sugerencias mencionadas por los expertos en el tema para futuras investigaciones.

METODOLOGIA

Dado el objetivo de esta investigación de presentar un panorama general sobre el estado actual del conocimiento científico acerca del Trastorno Dismórfico Corporal, la investigación llevada a cabo fue meramente de tipo análisis documental, por lo que se siguieron los lineamientos planteados por la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Esta propuesta incluye cómo debe hacerse un meta-análisis de diferentes publicaciones científicas, para ello establece cuatro pasos para una revisión documental adecuada (Urrutia y Bonfill, 2009:3):

- 1) Establecimiento a priori de protocolo del tema que se buscara. En el caso particular de este proyecto (y debido a la falta de acceso a bibliotecas públicas por la contingencia sanitaria causada por la pandemia de SARS-COV-2), se utilizó exclusivamente la plataforma BIDI UNAM (<https://bidi.unam.mx/>) y el buscador Google Académico para realizar la búsqueda de artículos y libros electrónicos.
- 2) En segundo lugar, se sugiere establecer la revisión de la publicación de cada artículo; por lo que se descartaron publicaciones que aún no habían sido aprobados por la editorial correspondiente.
- 3) El tercer paso de esta metodología sugiere evitar sesgos de calidad dentro de las investigaciones, por lo que se revisó que la publicación consultada contara con respaldo de instituciones públicas de salud o de universidades en las cuales se cuente con departamentos de investigación en psicología clínica y/o psiquiatría.
- 4) Finalmente, la cuarta recomendación es que se seleccionen publicaciones con estudios finalizados y con los resultados completos (sin omisiones).

Los criterios de inclusión para los artículos de revistas científicas y libros consultados fueron que tuvieran un año de publicación del 2010 en adelante y que pertenecieran según el caso a revistas o editoriales arbitradas. Aunque cabe mencionar que existen citas de documentos más antiguos porque se consideraron pertinentes para la investigación.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda electrónica fueron: *“trastorno dismórfico corporal”, “body dysmorphic disorder”, “trastornos imagen corporal”, “body image disorder”, “imagen corporal México”, etc.* Una vez recopilados los documentos, se procedió a su lectura, estudio, traducción, interpretación y finalmente la redacción de manera sintética con las citas correspondientes.

CAPÍTULO I TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Como cualquier patología mental, las primeras observaciones sobre el Trastorno dismórfico corporal (TDC) datan de finales del siglo XIX. Sin embargo, desde mediados del siglo XX las instituciones con reconocimiento internacional como lo son la *American Psychological Association* (APA, 2013) o la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) son quienes han determinado la definición y el tratamiento a seguir a través de la elaboración de manuales de los trastornos psicológicos. Estos documentos recopilan datos actualizados sobre la etiología de la enfermedad, los tratamientos disponibles y las dificultades clínicas reportadas por expertos en el tema. En este capítulo se abordan estos aspectos junto con las características cognitivas, conductuales y rasgos de personalidad que en los últimos años se ha visto que tienen en común la mayoría de los pacientes con TDC.

1.1 Etiología del TDC

Como en muchos trastornos psiquiátricos el modelo de diátesis-estrés se ha propuesto como la principal explicación del origen del TDC, que básicamente se resume en que existen factores vulnerables como la herencia genética, rasgos de personalidad, etc. que aunado a los eventos estresores durante el desarrollo del individuo (como el abuso durante la niñez o las burlas sobre la apariencia física durante la adolescencia) desencadenan la aparición del trastorno. A continuación se presentan algunas investigaciones en el área genética, neurobiológica, neuropsicológica y social que en conjunto se han propuesto como detonadores para la aparición del TDC.

- **Aspectos genéticos**

Neziroglu *et al.* (2006:191) mencionan que 8% de los pacientes diagnosticados con TDC en una muestra poblacional estadounidense compuesta por 50 pacientes (25 hombres y 25 mujeres) que son atendidos en una institución privada de salud

mental conocida como “Bio-Behavioral Institute” (localizada en el estado de Nueva York) presentan un familiar directo con dicho trastorno, lo cual hace que la prevalencia sea de cuatro a ocho veces mayor que en la población general.

Así mismo, se ha visto que el TDC comparte similitudes con el TOC, pues se ha encontrado que hasta un 7% de los pacientes presentan un familiar directo con este otro padecimiento.

Las primeras investigaciones que pretendían identificar los genes asociados al TDC datan de principios del siglo XXI, en particular Richter *et al.* (2004) fueron de los primeros investigadores en proponer un gen relacionado con el TDC encontrando una asociación entre el gen que codifica para el ácido gamma aminobutírico o GABA -1A-g2- en pacientes que presentan en conjunto TDC y TOC, así mismo este equipo de trabajo propuso la importancia del gen polimórfico 5-HTTPRL (por ello el uso extendido de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS), el cual es el encargado de transportar la serotonina a las neuronas receptoras, sin embargo no se han realizado más investigaciones al respecto.

- **Aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos**

Feusner *et al.* (2008) han recopilado las principales características que destacan en estudios de neuroimagen llevados a cabo con pacientes diagnosticados con TDC y TOC, siendo las características más llamativas las siguientes:

- Hiperactivación del sistema límbico (principalmente las zonas de la ínsula y la amígdala), esto está relacionado con la aversión y disgusto al ver o escuchar hablar sobre las zonas del cuerpo que les causan desagrado. Cabe aclarar que estas zonas también se activan con otros estímulos como en la presentación de imágenes con rostros humanos, lo cual se correlaciona con la obsesión de los pacientes con TDC sobre su propio rostro.

- Anormalidades en la percepción de imágenes con contenido emocional, tanto explícitamente como implícitamente, específicamente la emoción de enojo es la que obtiene peores interpretaciones en pacientes con TDC.
- Aparición de TDC secundario como respuesta a un accidente cerebrovascular o traumatismo en los lóbulos temporales.
- Se ha observado que los pacientes con TDC presentan una mayor densidad de materia blanca que en grupos control, así como una mayor intermediación en las zonas que comunican el lóbulo temporal anterior y las regiones occipitales.
- Frecuentemente se ha observado una hiperactividad en los circuitos córtico-subcorticales, que al parecer son propios de la activación y mantenimiento de las obsesiones tanto en pacientes con TOC como con TDC.
- Las estrategias visuales de los pacientes con TDC no son holística (percibir el todo como conjunto único), sino que se enfocan demasiado en los detalles tanto de rostros como de objetos.

- **Aspectos relevantes durante el desarrollo**

Respecto a los eventos traumáticos durante la infancia, se ha reportado que los pacientes con TDC tienden a presentar mayor incidencia de estas experiencias que los grupos control. En específico, Didie *et al.* (2006:1110) mencionan que los pacientes con TDC que han experimentado trauma infantil suelen tener mayores intentos de suicidio que los pacientes que no reportan estas características, en el estudio llevado por estos autores se analizaron las experiencias traumáticas de 75 individuos con TDC, de los cuales 78.7% reportaron haber padecido maltrato infantil: 68.0% tuvo negligencia emocional, 56.0% abuso emocional, 34.7% abuso físico, 33.3% negligencia física y 28.0% abuso sexual.

Neziroglu *et al.* (2006:190) mencionan que el trauma ha sido considerado como causa de una alteración de la IC ya que se afecta directamente la integridad del individuo (y por ende la sensación de transgredir los límites del Yo), lo que en algunas personas causaría rechazo del propio cuerpo con sentimientos de

vergüenza y repudio, pues al parecer el abuso causa en el individuo una distorsión de su propia IC, específicamente en la zona que se considera la causante de dicho abuso.

1.2 Historia, definición y criterios de diagnóstico del TDC

El trastorno dismórfico corporal se describió por primera vez en 1891 cuando el médico Enrico Morselli introdujo el término “dismorfofobia” en el área psiquiátrica, esta patología hacía alusión a la sensación de tener un aspecto físico feo o deforme (Lenz *et al.*, 2014:2). Posteriormente, Pierre Janet en 1903 realizó una segunda descripción de este trastorno agregando el componente obsesivo característico de esta enfermedad. Fue hasta el año 1980 cuando el término “dismorfofobia” se incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III) con el nombre con el que actualmente se conoce en la literatura médica: Trastorno dismórfico corporal (Islas-Hernández, 2010:9). De acuerdo con Pavan *et al.* (2008:2) el cambio nominal se debió a que el término “fobia” hace referencia a un miedo por un supuesto defecto físico, y no alude al componente obsesivo tan característico de este trastorno, ya que el paciente centra toda su atención en ocultar/reparar sus defectos físicos. Paralelamente, en el campo de la dermatología Cárdenas-Medina (2012:3) menciona que las manifestaciones del TDC se han descrito tradicionalmente como "hipocondría dermatológica" y en pacientes sin lesiones de piel observables como "falsa enfermedad dermatológica".

Actualmente el TDC se encuentra tanto en el CIE-11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como parte de los trastornos del espectro obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, los cuales incluyen: el trastorno obsesivo compulsivo, la tricotilomanía, el trastorno por excoriación y el trastorno de acumulación. El cambio de clasificación de acuerdo con Roberts *et al.* (2019) se debe principalmente a que se observaron

características compartidas con el TOC como la presencia de: similitud clínica, la elevada comorbilidad, la aparición de ambos trastornos en la historia familiar, y a respuestas similares al tratamiento. Además, se añadieron las variantes delirante (que son los pacientes que están absolutamente convencidos de que su defecto es real y por lo tanto tienen una ausencia de insight o conciencia de la enfermedad), y la inclusión de un subtipo de TDC: la Dismorfia muscular (DM).

1.3 Definición de TDC

De acuerdo con el DSM-V (APA-DSM-V, 2014), el TDC se define como “un trastorno caracterizado por la preocupación por defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un gran malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece”. Siendo cuatro los criterios de diagnóstico:

- A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o defectos en la apariencia física que no son observables o parecer leves ante los demás.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona realiza conductas repetitivas (por ejemplo, chequearse al espejo, aseo excesivo, pellizcarse la piel, búsqueda de seguridad) o actos mentales (por ejemplo, la comparación de su apariencia con la de los demás) en respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.
- C. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación con la grasa corporal o el peso de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-11-, el TDC “se caracteriza por la preocupación persistente por uno o varios defectos o imperfecciones percibidos en la apariencia que son imperceptibles o solo ligeramente perceptibles para los demás. Los individuos experimentan timidez excesiva, a menudo con ideas de referencia (es decir, la convicción de que las personas se están dando cuenta, juzgando o hablando sobre el defecto o la imperfección percibidos). En respuesta a su preocupación, los individuos se involucran en comportamientos repetitivos y excesivos que incluyen examinar la apariencia o la gravedad del defecto o la imperfección percibidos, intentos excesivos de camuflar o alterar el defecto percibido, o marcada evitación de situaciones sociales o desencadenantes que aumentan el malestar por el defecto o la imperfección percibidos. Los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en lo personal, familiar, social, educacional y ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.” (OMS, 2018).

Un subtipo de TDC es la Dismorfia Muscular (DM), dicho trastorno fue incluido en la literatura científica a principios de los años 90s como “anorexia reversa”, esto debido a que los pacientes suelen presentar músculos hipertrofiados, pero al igual que en la anorexia -en donde tienen cuerpos excesivamente delgados y se perciben con sobrepeso-, los pacientes con DM se perciben con poca musculatura y suelen presentar comportamientos peligrosos para la salud como: el entrenamiento excesivo con pesas, una dieta restrictiva rica en proteínas, uso de laxantes y el uso de esteroides anabólicos.

De acuerdo con Longobardi *et al.* (2017) para su correcto diagnóstico primero deben cumplirse los criterios del TDC y posteriormente se debe aclarar si el paciente presenta una preocupación excesiva por “tener un cuerpo muy pequeño, débil, y con poca musculatura”. Para su diagnóstico, se emplea los siguientes inventarios: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*, *Muscle Appearance Satisfaction Scale MASS* y *Bodybuilder Image grid-Original*.

Los pacientes con DM a diferencia del TDC suelen ser mayoritariamente varones, Blashill *et al.* (2020) consideran que esto se explica por los modelos de masculinidad en donde una musculatura marcada es sinónimo de virilidad, ésta a su vez está asociada con actitudes que se relacionan con el éxito de los hombres en la sociedad occidental como: el uso de la violencia en la resolución de

problemas, mayor actitud permisiva hacia múltiples parejas sexuales y una alta restricción emocional (no expresión de las emociones en público).

Finalmente, la prevalencia del TDC en la población general es de aproximadamente el 2% y con cantidades similares en pacientes de ambos géneros, lo que lo convierte en un padecimiento mental más común que la esquizofrenia y la anorexia nerviosa, ya que estos trastornos rondan del 0.5% al 1% de frecuencia en la población general a nivel mundial. Este porcentaje aumenta cuando se toma en cuenta la población que busca tratamiento de cirugía estética llegando a ser de hasta el 15.6% (Angelakis *et. al*, 2016:4). La edad de inicio del TDC suele ser al inicio de la pubertad (8 a 14 años aproximadamente). Bjornsson *et al.* (2010) reportan que esto se debe a que en esta etapa de la vida hay cambios corporales radicales, a la vez que aumenta la introspección y los comentarios de los pares comienzan a ser relevantes en la percepción de uno mismo. Sin embargo, se han reportado casos en los que la edad de inicio es tan temprana como los cinco años o bien, muy tardía como los ochenta años.

1.4 Áreas corporales que suelen ser objeto de atención en pacientes con TDC y diferencias de género

Ericksen y Billick (2012:350), mencionan que los pacientes con TDC tienden a percibir más de una disconformidades en su IC, siendo el promedio de 5 a 7 “defectos” de forma simultánea. De acuerdo con un estudio llevado a cabo con 200 sujetos estadounidenses (de los cuales 68.5% eran mujeres), las zonas corporales que más preocupaban a los pacientes eran: la piel (80.0%), cabello (57.5%), nariz (39.0%), abdomen (32.0%), dientes (29.5%), peso (29.0%), senos (26.0%), nalgas (21.5%), ojos (21.5%), muslos (20.0%), cejas (19.5%), apariencia general de la cara (19.0%), tamaño pequeño del cuerpo (18.0%), piernas (18.0%), tamaño o forma de la cara (16.0%), mentón (14.5%), labios (14.5%), brazos (13.5%), caderas (12.5%), mejillas (10.5%) y orejas (10.5%). El resto de las zonas del cuerpo representan menos del 10% Philips *et al.* (2005: 3).

Una de las características que suelen presentar los pacientes con TDC es que a menudo las preocupaciones suelen basarse en detalles que para el resto de las personas podría pasar completamente desapercibidos o llanamente ser considerados como características corporales neutrales, por ejemplo, en el caso de la piel los pacientes se quejan del color, cicatrices, venas, poros abiertos, espinillas, cantidad y tamaño de lunares y arrugas; mientras que en la cara suelen quejarse de la altura de las orejas, línea del cuero cabelludo poco definida, y en general de tener una cara “asimétrica” (Blashill *et al.*, 2020:2).

En cuanto al género, autores como Philips *et al.* (2006:80) mencionan que existen algunas diferencias, por ejemplo las mujeres suelen quejarse de una “falta de feminidad” reflejada en un tamaño pequeño de los senos y los varones suelen enfocarse en el tamaño pequeño del pene y de tener una complexión muy delgada y estatura baja. Los desórdenes alimenticios son más representados en mujeres, mientras que hay mayor incidencia de abuso de sustancias en varones, lo cual concuerda con la población no-clínica. Finalmente, estos autores también indican que las mujeres suelen presentar los síntomas a una edad más temprana, mientras que los hombres suelen presentar sintomatología más severa.

1.5 Comorbilidad del TDC con otras patologías

La comorbilidad se refiere a la presencia de uno o más trastornos además del trastorno principal. Ríos-Quintero (2013:8) menciona que la prevalencia a nivel mundial de la presencia simultánea del TDC con otro trastorno de personalidad es de hasta un 72%, siendo los trastornos más comunes los siguientes: trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, hipocondría, trastornos alimenticios, ansiedad o fobia social y abuso de sustancias (especialmente el consumo de alcohol). Respecto a este último punto, autores como Veale *et al.* (1996) han propuesto que el consumo se debe al deseo de “escapar” del estrés emocional y del sentimiento de infelicidad que provoca el malestar de los supuestos defectos físicos, aunado a esto también existe un alto

grado de impulsividad, que se refiere a la tendencia de tomar decisiones de riesgo sin pensar en las consecuencias.

Gustand y Phillips (2003) mencionan que generalmente los trastornos más comunes son los pertenecientes al grupo C (que se caracterizan por presentar comportamientos de ansiedad o temor), siendo los más frecuentes: el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno de la personalidad dependiente y el trastorno obsesivo compulsivo. En menor medida, se presentan los trastornos del grupo A -que se caracterizan por tener comportamientos extraños- específicamente el trastorno paranoide de la personalidad.

Debido a la inclusión reciente del TDC dentro del espectro de Trastornos obsesivos, es necesario mencionar que mencionan que si bien el TDC comparte muchas características que se superponen con el TOC, los pacientes con TDC tienen como particularidad que tienen una marcada desconexión entre la apariencia física y la imagen corporal, y una elevada tasa de suicidio. Las principales diferencias mencionadas por Roberts *et al.* (2019:4) son:

- A diferencia del TOC los rituales específicos de BDD se realizan para ocultar, mejorar o verificar el supuesto defecto en la apariencia.
- Se distingue del trastorno de ansiedad social (TAS) porque el miedo a ser rechazado por los demás se debe específicamente a la apariencia de uno y no por una preocupación más general por sentir vergüenza, agradar o ser visto como poco inteligente.
- Se distingue de la anorexia nerviosa porque la obsesión no se centra en el peso o el porcentaje de grasa corporal.
- A diferencia de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, el TDC no involucra ideas delirantes acerca del mundo en general, sino solamente sobre la apariencia física.

Para el correcto diagnóstico del TDC se han desarrollado instrumentos como las entrevistas y los autoreportes que a continuación se detallan. Para comenzar, Roberts *et al.* (2019) mencionan que los autoreportes válidos hasta la actualidad son seis:

- *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)*, este instrumento es el único que cuenta hasta el momento con una versión en español para la detección del TDC, conocida como “Cuestionario sobre el trastorno dismórfico corporal”. Así mismo, tiene la versión adaptada a la consulta dermatológica llamada *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire Dermatology Version (o BDDQDV)*.
- *Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)*
- *Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ)*
- *Cosmetic Procedure Questionnaire (COPS)*
- *Appearance Anxiety Inventory (AAI)*
- *Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale (BDD-SS)*.

Todos estos instrumentos fueron diseñados para responderse de forma dicotómica (Sí/No) y solamente se aplican en población adulta. De acuerdo con estos autores tienen como principal desventaja que son instrumentos con pocas preguntas y que por lo tanto no abarcan toda la variedad de síntomas que los pacientes pueden presentar a lo largo de su enfermedad.

En cuanto a los formatos de entrevistas estructuradas, Islas-Hernández (2010:37) menciona las siguientes:

- Escala obsesivo compulsivo de Yale-Brown modificada para trastorno dismórfico corporal (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for BDD*), que es esencialmente una entrevista semiestructurada.
- Entrevista diagnóstica del trastorno dismórfico corporal (*Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Interview*). Se trata de una entrevista estructurada para el diagnóstico de TDC basado en el DSM-V.

Otros instrumentos relacionados con la medición del TDC son los test que evalúan la IC, en este caso Pimentel-Ríos (2013:48) menciona los siguientes:

- Cuestionario de IC (*Body Image Questionnaire*): Se utiliza clínicamente para

evaluar a pacientes diagnosticados con TDC. Tiene secciones que se utilizan para evaluar una conducta de evitación, conductas para buscar seguridad y las expectativas de un procedimiento cosmético o dermatológico. El cuestionario está actualmente en fase de validación.

- Evaluación de las creencias de Brown (*Brown Assessment of Beliefs*). Conocido como “BABS” ha sido desarrollado para evaluar el grado de convicción y conocimiento acerca de las creencias que tienen los pacientes. Las dimensiones con las que cuenta este instrumento son: la convicción, la percepción de otros puntos de vista de diversas creencias, la explicación de esos diferentes puntos de vista, la fijación de ideas, intentos de refutar las creencias, insight o conciencia de la enfermedad y las ideas delirantes de referencia.
- Escala de Ideas sobrevaloradas (*Overvalued Ideas Scale*). Conocida por sus siglas en inglés como “OVIS”, es una escala de administración clínica con 10 reactivos para evaluar el grado de convicción de una idea sobrevalorada.
- *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, para Vázquez-Arévalo *et al.* (2011) este instrumento es el que se ha utilizado con mayor extensión en el Instituto Nacional de Psiquiatría y otras dependencias gubernamentales mexicanas para explorar la autopercepción de la IC.

Por último, autores como Cruzado *et al.* (2010:53) mencionan que dado que el correcto diagnóstico del TDC se realiza a través de una entrevista estructurada realizada por algún especialista calificado, el resto del personal de salud (cirujanos plásticos, dermatólogos, enfermeros) podría auxiliarse con preguntas de tamizaje para facilitar el diagnóstico, ejemplo de ello es el siguiente cuestionario:

1. ¿Actualmente piensa mucho en su apariencia física? ¿Qué rasgos le desagradan? ¿Cree que su apariencia es fea o desagradable?
2. ¿Cuán notorios cree que son sus rasgos para el resto de personas?
3. En un día promedio, ¿cuántas horas se las pasa usted pensando en su apariencia física?
4. ¿Es su aspecto físico una fuente importante de preocupación para usted?
5. ¿Cuántas veces al día revisa usted usualmente su apariencia física? (En el espejo, superficie reflectiva o con el tacto de sus dedos)
6. ¿Con qué frecuencia se siente ansioso en encuentros sociales debido a su aspecto físico? ¿Esto puede hacer que rechace tales encuentros sociales?
7. ¿Su aspecto físico ha interferido en su buen funcionamiento en el trabajo, en los estudios o con sus amigos?

1.6 Problemas para diagnosticar el TDC

De acuerdo con Philips (2004) los principales problemas al momento de diagnosticar el TDC es que se trata de un trastorno con múltiples comorbilidades asociadas, de igual forma muchos de los pacientes recurren primero a la cirugía estética o con médicos dermatólogos para tratar sus problemas antes que a la valoración de un profesional de la salud mental (psiquiatra o psicólogo clínico), ya que reportean tener miedo y vergüenza a ser juzgados como vanidosos o exagerados.

En países como el nuestro, el problema de la falta de médicos especialistas es también un factor muy importante para que se realice un diagnóstico adecuado. En el estudio llevado a cabo por Heinze *et al.* (2016) se encontró que hasta el año 2016 había un total de 4,393 médicos especialistas en psiquiatría para toda la República Mexicana, lo que significa una tasa de 3.68 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, aunado a la evidente escasez de personal existe otro factor: la desigualdad de distribución de dichos especialistas, pues más de la mitad de ellos (60.33%) dan atención en las tres megaurbes del país: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.

1.7 Características cognitivas, conductuales y rasgos de personalidad asociados con pacientes con TDC

Giraldo-O'Meara y Belloch (2017:72) mencionan que los pacientes con TDC presentan pensamientos repetitivos o rumiación, catastrofistas y/o negativos que se experimentan de forma verbal y consumen mucho tiempo y capacidad cognitiva consciente. Conductualmente, se han descrito conductas características del TOC como: 1) tratar de camuflar las zonas del cuerpo que consideran feas a través del uso de ropa o de maquillaje excesivo, 2) frecuentemente verse en el espejo o evitando totalmente su imagen, 3) evitación de cualquier actividad que implique el contacto social.

En cuanto a los rasgos de personalidad más distintivos de los pacientes con TDC se encuentran: introversión, timidez, neuroticismo, hostilidad, perfeccionismo, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, ansiedad, sobrerreactividad emocional, hipocondría, propensión al asco y alto grado de auto-criticismo (Behar *et al.* 2016:630)

Una de las propuestas más interesantes desde la psicología cognitiva es la expuesta por Hartmann *et al.* (2013:1132) en la que se plantea que los individuos con TDC tienen problemas en su construcción de la teoría de la mente, es decir, presentan deficiencias para reconocer las habilidades cognitivas de los demás como causa o reacción a una falta de reconocimiento de sus propias habilidades, lo que les lleva a pensar que su manera de percibirse a sí mismos es la forma correcta y que por ende, los demás los perciben de la misma forma.

1.8 Concepto de imagen corporal

El concepto de “imagen corporal” (IC) es un término utilizado tanto en psicología como en otras ciencias de la salud y en las ciencias sociales, dicho término trata de englobar cómo los sujetos perciben su corporalidad. Para Bruchon (en Hernández-Cariño, 2018:32) es “El conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa”. En otras palabras, se puede decir que la IC es la idea que cada ser humano tiene de sí mismo a lo largo de la vida, de esta valoración de su propia apariencia física el individuo determina cómo se moverá en el mundo y cómo serán sus relaciones con los demás miembros de la sociedad.

Cash y Pruzinsky (2002 en Martínez-García 2017) mencionan que la IC tiene al menos los siguientes tres componentes:

- a) El componente perceptual, es decir, la percepción del cuerpo, que incluye el peso y la forma, tamaño del cuerpo en su totalidad, así como sus partes.
- b) El componente cognitivo-afectivo que involucra los sentimientos, actitudes, pensamientos y valoraciones hacia el cuerpo.
- c) El componente conductual, es decir, acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción del cuerpo.

Cuando existe una inconformidad en la IC pueden presentarse diferentes problemas como los que menciona Vázquez-Arévalo (*et. al.*, 2011:1):

- a) El malestar normativo con la IC se refiere a cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia algún rasgo de la apariencia física, pero no afecta la vida cotidiana del individuo, ya que se le considera una molestia normal.
- b) La insatisfacción corporal se define como la devaluación de la apariencia física relativa a algún ideal, la cual surge en el momento en que el individuo rebasa el malestar normativo y su inconformidad se asocia o evoca conductas nocivas para la salud.

Sobre este último punto -insatisfacción corporal-, González-Tapia (2008:81) menciona que se puede definir como “La alteración de la IC a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales y que origina un estado mental de gran impaciencia, descontento, inquietud, compulsión, angustia y en muchas ocasiones en lugar de enfrentarse a esa insatisfacción, lleva al individuo a presentar toda clase de actitudes y conductas negativas”. Es importante tener en cuenta que aunque los sujetos reporten insatisfacción corporal, no necesariamente se refiere a una cuestión clínicamente significativa, por ello este concepto se utiliza dentro de los instrumentos de evaluación para diagnosticar la presencia de un TCA o del TDC.

CAPÍTULO II FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE TDC

Dada la naturaleza del TDC en el que el centro de atención de los pacientes radica en la creencia acerca de cómo es el aspecto de su propio cuerpo, es importante analizar el valor que se da en la sociedad a la apariencia física, por ello en este capítulo se analiza cómo influyen: la identidad y preferencia sexual; las características socioeconómicas y la etnicidad en pacientes con TDC. Así mismo, se mencionan estudios sobre los efectos de la cirugía estética ya que suele ser uno de los métodos de “solución” más recurrentes en estas personas.

2.1 El cuerpo como objeto de estudio en la filosofía, la antropología y la sociología.

El cuerpo ha sido un concepto que ha estado siempre presente en la historia de la filosofía y por tanto, también ha influido en el desarrollo de la psicología. Para el filósofo Merleau-Ponty (1994:101) el cuerpo se considera el centro del análisis de la percepción, ya que sólo a través del cuerpo podemos llevar a cabo las intenciones, para este autor “mi cuerpo es el quicio del mundo: sé que los objetos tienen varias caras porque podría repasarlas, podría darles la vuelta, y en este sentido tengo consciencia del mundo por medio de mi cuerpo”. Para Foucault (2008:84), el cuerpo es la manera en la que las formas de poder pueden controlar el comportamiento de los individuos a través de diferentes instituciones como la iglesia, la escuela, la prisión, la medicina, etc.; en estas organizaciones se dictamina a través de la propaganda lo que se considerará aceptable o “normal” y lo que no dentro de la sociedad.

Actualmente, podemos ver que existen campañas de salud por parte del gobierno mexicano que incita a las personas a cuidar su peso corporal, aunque la razón no es en sí por razones estéticas sino para evitar enfermedades que afectan gravemente a la población mexicana como la diabetes o problemas cardiovasculares asociados a la obesidad (Dávila *et al.*, 2015)

Desde el punto de vista de la antropología, Barragán-Solís (2012:30) menciona que el cuerpo puede considerarse “un sistema complejo condicionado y condicionante, un espacio donde confluye lo físico, lo estético, lo cultural, lo espiritual, nuestra historia personal y social; donde se materializa la realidad objetiva y subjetivada, espacio de la resignificación de las identidades; donde se reconstruyen y establecen las prácticas y normatividades.” Es decir, cada cultura tiene una representación de lo que significan los cuerpos de sus componentes y cómo encaja dentro de la cosmovisión de cada pueblo, ejemplo de ello es lo mencionado por (López-Austin, 2004: 3) relacionado con las culturas mesoamericanas, pues en éstas también se buscaban ciertas características estereotipadas en los cuerpos de mujeres como “la abundancia de caderas, el abdomen abultado y el largo cabello femenino”; el cuerpo de acuerdo con este autor debía reflejar la salud para la procreación exitosa. Después de la colonización española, la visión del cuerpo cambió radicalmente, ya que en el cristianismo el cuerpo era visto negativamente, pues se le considera inferior al alma y era la vía que llevaba al pecado (principalmente por el ejercicio de la sexualidad) (Corvera, 2015:2).

En cuanto a la perspectiva sociológica actual, autores como Gil (2013:4) mencionan que desde mediados del siglo XX se puede hablar de una “Revolución Somatoplástica”, la cual se caracteriza por considerar al cuerpo humano como “una realidad plástica modificable, de tal manera que se puede controlar y modificar el cuerpo, en muy diversos aspectos, por los medios tecnológicos y científicos disponibles (dietética, cirugía plástica, farmacia, cosmética, educación física y deportiva, etc.) según diversos criterios de salud, belleza, bienestar o éxito social.”

Por todo lo expuesto anteriormente, es pertinente analizar el contexto en el que surgen los trastornos mentales y dada la naturaleza del trastorno que estamos abordando (TDC) es aún más relevante analizar qué es lo que la sociedad considera “deseable” en los cuerpos de sus integrantes.

2.2 Relación TDC con la cultura y etnicidad

Si bien la base de lo que se considera atractivo tiene raíces biológicas como la juventud, la simetría facial, caderas anchas, etc., es igualmente importante mencionar que cada cultura y época se caracterizan por tener marcadas preferencias por algunos rasgos físicos. Actualmente, los medios de comunicación permiten la difusión de modelos de belleza a través de anuncios publicitarios o de propaganda de forma inmediata gracias al internet, por lo que se puede hablar que los ideales de belleza imperantes provienen de EUA y Europa occidental y entran inevitablemente en conflicto con el resto de las culturas (Gil, 2013:3). A continuación se describen algunos de los estudios realizados al respecto:

Weingarden (*et al.*, 2011) mencionan que en una encuesta realizada a través de internet con pacientes de EUA, observaron que la etnicidad es un factor determinante para los estándares de belleza utilizados para comparar la propia IC y el ideal buscado. Estos autores proponen que las minorías tienen un estrés constante ya que continuamente son discriminadas y se encuentran entre el deseo de mantener su identidad y de integrarse, este fenómeno se conoce como aculturación y de acuerdo con Gonzales y Blashill (2021:3) se refiere a “el proceso de cambio de actitud y comportamiento que sufren los individuos que están en un entorno multicultural o que están en contacto con una nueva cultura dominante”. De acuerdo con estos autores, las mujeres son las más afectadas, ya que en ellas se impone el tono de piel, rasgos faciales y proporciones corporales de las mujeres blancas.

Marques *et al.* (2011:6) mencionan que en los estudios realizados en un país multiétnico como EUA se ha visto que si bien no hay diferencias significativas respecto a la incidencia de TDM entre las diferentes etnias que componen el país, sí existen desigualdades sobre las partes del cuerpo (formas, tamaños, color, etc.) que son motivo de preocupación en cada subgrupo. De manera general, se ha observado que las mujeres de origen asiático reportan tener preocupación por un cuerpo delgado y por tener rasgos faciales caucásicos como la piel clara o el doble párpado ocular, es decir, características que reflejan que las partes del cuerpo que generan preocupación están influidas por el valor cultural del grupo mayoritario en el que se vive (en este caso la mayoría es de origen caucásico). Por otro lado, las mujeres de origen asiático tienden a tener menos malestar en cuanto a la forma de su cuerpo (grasa abdominal, caderas, cintura y nalgas), lo cual contrasta con la excesiva preocupación de las mujeres caucásicas por dichas zonas corporales, esto a su vez se relaciona directamente con que las asiáticas tienen menor número de casos de trastornos de alimentación en comparación con las mujeres blancas.

Si tenemos en cuenta que todo indica que el futuro de las sociedades de países de primer mundo presenta una marcada tendencia a constituirse por personas de diferentes orígenes culturales, es interesante evaluar las diferencias étnicas en pacientes con TDC. En países multiculturales como Estados Unidos, Reino Unido y Australia, se han encontrado que entre varones no suele haber diferencias significativas entre miembros de diferentes orígenes étnicos. Sin embargo, en el caso de las mujeres, las de origen afroamericano, las nativas americanas o australianas, junto con las asiáticas son quienes reportan menores índices de insatisfacción corporal a comparación de las mujeres blancas y latinas (Boroughs *et al.* 2010).

En el caso de las diferencias étnicas en México, se han realizado algunos estudios relevantes como los de:

- **Pérez y Romero (2010)**, quienes realizaron un estudio comparativo de la IC percibida e idealizada de las mujeres de tres comunidades rurales mestizas de los estados de Querétaro, Hidalgo y Oaxaca. Los resultados que obtuvieron indican que alrededor de la mitad de las encuestadas preferirían tener una figura muy delgada (que medicamente se consideraría con algún grado de desnutrición). No obstante, resalta el hecho de que también hubo algunas mujeres de la costa oaxaqueña que reportaron preferir un cuerpo con sobrepeso. De acuerdo con las autoras, estos resultados pueden deberse a que en la región de la costa el ideal de belleza es diferente, pues las mujeres suelen ser altas y corpulentas (probablemente por tener mayor ascendencia africana que el resto del estado de Oaxaca), aunado a que en esta zona el acceso a los medios de comunicación masivos está muy limitado.
- **Valenzuela-Gutiérrez y Meléndez-Torres (2018)** realizaron un estudio con hombres y mujeres universitarios del estado de Sonora a quienes se les cuestionó sobre lo que consideran como el ideal corporal que les gustaría tener para ellos mismos y para el sexo opuesto. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Los varones desean tener un cuerpo delgado, fuerte y alto con una elevada masa muscular. Para las mujeres lo ideal es tener un cuerpo delgado, curvilíneo (cintura pequeña con piernas y nalgas prominentes) y tonificado. Es notable el deseo de ambos sexos de tener un cuerpo delgado, ya que la “gordura” es considerada antes que nada como un mal estético antes que algo poco saludable.

Finalmente, se sugiere que los profesionales de la salud mental estén sensibilizados con el grupo cultural y étnico de los pacientes, en especial cuando se trata de una sociedad multirracial y el estado de aculturación de las minorías étnicas.

2.3 Relación TDC con el género y la sexualidad

Si bien la prevalencia de TDC es prácticamente la misma tanto en hombres como en mujeres, existen algunas diferencias en cuanto a la percepción de la IC. Salvador (*et al.*, 2010) mencionan que en general los varones presentan mejores puntuaciones que las mujeres en pruebas que miden los índices de correlación entre satisfacción de la propia IC y mayor autoestima, sin embargo, este autor también recalca que en las últimas décadas cada vez hay un número mayor de varones de países desarrollados que reportan presentar insatisfacción corporal, asemejándose cada vez más a los porcentajes característicos de las mujeres.

En otro estudio, Carvajal-Navarrete (2016) menciona que en el caso del sexo masculino, el ideal de belleza es más enfocado a la masa muscular (cuerpo mesomorfo moderado), el cual en situaciones patológicas puede desembocar en DM. Por su parte, en el caso de las mujeres el ideal es un cuerpo con poca grasa o ectomorfo, pero con volumen en pecho y caderas, que llevado a estados patológicos puede desembocar en trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia nerviosa.

Respecto a la orientación sexual, Gonzales y Blashill (2021) mencionan que las personas pertenecientes a minorías sexuales (no heterosexuales) corren más riesgo de desarrollar problemas en su IC, incluyendo mayor propensión a padecer trastornos alimenticios. En su estudio realizado con estudiantes universitarios se encontró que las mujeres identificadas como lesbianas presentaron los índices más altos de sintomatología parecida a TDC en comparación con hombres homosexuales, y heterosexuales de ambos sexos. Una posible explicación a esto, es que las minorías sexuales se encuentran en elevado riesgo de desarrollar desórdenes de la IC debido al llamado “estrés de la minoría”, el cual parte de la

idea de que los individuos pertenecientes a dicho grupo sufren la constante estigmatización (discriminación y acoso) de parte de la mayoría heterosexual y consecuentemente los lleva a problemas mentales y de salud.

Un apartado especial y poco abordado hasta el momento es la relación del TDC y la población trans (transgénero y transexual), ya que estas personas al no estar de acuerdo con el cuerpo biológicamente asignado presentan intrínsecamente un desacuerdo total con su IC. McGuire *et al.* (2016) mencionan que la población trans presenta un grado de insatisfacción más intenso que el que presentan los pacientes con TDC, específicamente estos autores mencionan que las mujeres transgénero (personas nacidas como varones) tienen hasta tres veces más trastornos alimenticios a comparación de hombres y mujeres cisgénero. En cuanto a hombres transgénero (personas nacidas como mujeres) reportan más del doble de preocupación por su masa muscular y deseo de hacer restricciones dietéticas como el consumo exclusivo de comidas altas en proteínas a comparación de hombres cisgénero.

2.4 Características socioeconómicas de los pacientes con TDC

La relación entre los factores socioeconómicos y la prevalencia de trastornos mentales es un tema que generalmente no se aborda en psicología. Sin embargo, existen algunos estudios como el de Ortiz-Hernández *et al.* (2007) en el que se realiza un meta-análisis de prevalencia de trastornos mentales en toda Latinoamérica concluyen que la posición socioeconómica se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales, siendo el indicador más importante el grado de escolaridad- lo cual puede atribuirse a que dicho indicador refleja adecuadamente la estratificación socioeconómica al definir las posibilidades de inserción ocupacional e ingreso-. Ahora bien, en el caso específico del TDC, algunos autores señalan algunas características socioeconómicas que presentan frecuentemente los pacientes con este trastorno, tales como:

- El estado civil y desempleo: Philips (2004) menciona que las personas con TDC tienen más probabilidad de vivir solas o de haberse divorciado que las que no tienen el trastorno. Respecto a su estabilidad laboral, estos pacientes suelen tener altas tasas de desempleo (en torno al 37%).
- Acompañamiento social: Marques (2012) menciona que el apoyo de otros miembros de la comunidad parece beneficiar más a los varones, ya que a las mujeres socialmente siempre se les ha asignado el rol de cuidadoras, y en el caso de pacientes con TDC suelen ser los hombres y no las mujeres que se encuentran dentro de una pareja heterosexual los que tienen mejor pronóstico de mejoría. Finalmente, en un contexto más amplio donde se incluyen amigos y familiares, el apoyo social es explicado bidireccionalmente por estos autores de la siguiente manera: Las personas que perciben menos apoyo social presentan más síntomas de TDC lo que a su vez genera más inhibición de los individuos para movilizarse.
- Nivel socioeconómico: Marino-Silva (2016) analizó una muestra de pacientes con TDM que solicitaban una rinoplastía en un hospital público de la Ciudad de México y encontró que la mayoría de ellos pertenecía a la

clase media. De acuerdo con el autor, esto se debe a que las personas de la clase baja al no tener cubiertas sus necesidades no suelen obsesionarse con su imagen ya que prefieren invertir su energía y dinero en otras prioridades, mientras que las personas de la clase alta al ya encontrarse en una situación privilegiada, suelen estar contentas con su imagen pues le destinan recursos económicos constantemente y no tienen deseos de ascender más en la escala social.

- Finalmente, otro estudio que analizó las características económicas de los pacientes con TDC lo realizó Orozco-Saúl (2019) con 30 pacientes diagnosticados del Instituto Nacional de Psiquiatría. Los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes presentan tres características en común: 1) provienen de zonas urbanizadas en donde la accesibilidad de los medios de comunicación es mayor que en zonas rurales, 2) presentan dependencia económica de un tercero debido a que se encuentran estudiando o sin empleo y 3) su estado civil es soltero, lo que de acuerdo con este autor refleja la vulnerabilidad financiera y social de este grupo.

2.5 Relación entre el TDC con la cirugía estética

De acuerdo con la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE, 2020) la cirugía estética es “Un procedimiento que trata con pacientes en general sanos y su objetivo es la corrección de alteraciones de la norma estética con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal o de las secuelas producidas por el envejecimiento”. Se diferencia de la cirugía plástica en que en ésta se busca reparar un daño congénito, adquirido o tumoral. Sin embargo, desde el campo de las ciencias sociales Ramos-Rocha (2012:81) considera que el término cirugía estética o cosmética es “toda intervención en el físico del individuo que padece dolor psicológico causado por la autoconciencia de una apariencia anormal de no belleza o fealdad bajo un concepto sociocultural”.

Dado que los individuos con TDC muestran un grado de inconformidad con su IC muy significativo, es común que recurran a tratamientos de cirugía estética o tratamientos no invasivos. Sin embargo, autores como Sarwer (2019:3) menciona que raramente el tratamiento de cirugía estética satisface a los pacientes con TDC, en su estudio encontró que de un total de 200 pacientes entrevistados solamente el 3.6% reportaron una satisfacción en la percepción de su IC después de una cirugía. Otros autores como Veale (2006:4) han reportado resultados similares, específicamente este autor analizó una muestra poblacional de pacientes con TDC provenientes del Reino Unido, de los cuales el 83% reportaron lo siguiente un par de meses después de la cirugía: 1) sin cambio alguno, 2) mayor malestar o intensidad de los síntomas y 3) aparición de una nueva zona de preocupación que anteriormente se consideraba neutral. Así mismo, este autor menciona que las cirugías que se indican con mejores índices de bienestar son la mamoplastía de aumento, la ritidectomía (eliminación quirúrgica de arrugas de la piel) y la pinnoplastía (corrección de orejas prominente).

También es común que las personas con TDC recurran a procedimientos menores o mínimamente invasivos como: *peeling* (exfoliación química de la piel), ortodoncia, electrolisis, inyecciones de colágeno, y retiro de lunares, sin embargo, estos procedimientos suelen conllevar más riesgo al ser practicados por personas sin certificación alguna. Otro riesgo que puede suceder en pacientes con síntomas psicóticos son las autointervenciones que conducen a un riesgo de mutilación o infección crónica, por último, el desenlace más trágico serían los intentos de suicidio justo después de someterse a una cirugía plástica que los pacientes consideran insatisfactoria o con nulos resultados.

Otra de las características que hay que tener en cuenta es que tanto en población clínica como en los grupos control, siempre son las mujeres las que solicitan mayor número de cirugías plásticas, lo cual probablemente se relaciona con la presión social que hay sobre este género a presentar siempre una “buena” apariencia física. Dentro de los predictores para saber si los pacientes responderán de manera favorable al tratamiento quirúrgico, Veale *et al.* (1996) menciona que los rasgos de personalidad con más apertura a la experiencia y con mayor estabilidad emocional tienen mayor probabilidad de aceptar procedimientos quirúrgicos (Ericksen y Billick, 2012:5).

En el caso particular de México, Olvera (2018:2) menciona que hasta el año 2020, México ocupó el tercer lugar en el ranking de países con mayor número de cirugías estéticas (sólo siendo superado por Estados Unidos y Brasil), sin embargo como lo menciona este autor, hasta el momento no se han realizado estudios a nivel nacional para saber la prevalencia de pacientes con TDC que recurran a estos tratamientos, en parte por el desconocimiento de este trastorno por parte de los cirujanos y en parte porque la mayoría de estos procedimientos son realizados de forma privada lo cual dificulta el registro.

Por último, es importante mencionar que no solamente los pacientes con TDC presentan riesgos al someterse a tratamientos con cirujanos no certificados, Sarwer (2002) menciona que en una encuesta realizada a cirujanos plásticos de EUA el 40% de los médicos mencionaron haber recibido amenazas legales y/o físicas por parte de los pacientes insatisfechos, incluso se han reportado casos extremos en el que el desenlace es el asesinato de los médicos.

2.6 Relación del aumento de la prevalencia del TDC con el uso extendido de redes sociales.

Una red social de acuerdo con Fernández (2013:521) “es una estructura compuesta por un conjunto de actores, individuos u organizaciones que están vinculados por lazos interpersonales, que se pueden interpretar como relaciones de amistad, parentesco o intereses comunes”. Las redes sociales son una forma de comunicación que cada año aumenta de popularidad, en el caso de nuestro país la empresa Comscore dedicada a la medición de audiencias del mundo digital reportó que en el año 2020 México se posicionó en la segunda nación con más usuarios de redes a nivel Latinoamérica (después de Brasil), las aplicaciones más utilizadas son Facebook, Instagram, YouTube y el buscador Google, que en conjunto reflejan un consumo en promedio de 3 horas diarias por persona (Alfaro, 2021:1). Estas cifras podrían resultar preocupantes, pues si cada año aumenta el número de usuarios niños y adolescentes puede que afecte su construcción de imagen corporal, pues sentirán una mayor insatisfacción hacia su cuerpo que en condiciones patológicas podría desembocar en TDC o TAC. En un estudio realizado con mujeres de la ciudad de Toronto de diferentes orígenes étnicos y con edades que comprendían de los 16 a los 29 años de edad Mills (*et al.*, 2018) encontraron que la continua exposición de imágenes idealizadas con cuerpos que presentan cuerpos delgados/atléticos de Instagram (en comparación con las imágenes de personas con cuerpos de complexión normal) tiene un impacto perjudicial en la imagen corporal de mujeres adultas jóvenes, especialmente en aquellas que tienen tendencia al perfeccionismo, baja autoestima y depresión. Estos autores mencionan que a diferencia de los medios tradicionales de comunicación como las revistas o la televisión (que utilizan modelos solo para transmitir un mensaje publicitario), en las redes sociales las personas son pares, lo cual provoca una sensación de cercanía más realista, lo cual hace pensar que es más factible conseguir esa apariencia física que la de una celebridad famosa.

Por último, como menciona Fernández (2013:524), sería interesante realizar estudios comparativos de insatisfacción de imagen corporal entre usuarios recurrentes de redes sociales (como México) y con personas de naciones que por razones políticas tienen un acceso restringido al internet como Arabia Saudita, China, Irán, Corea del Norte, etc.

2.7 Falta de Instrumentos de evaluación del componente sociocultural en la imagen corporal

Es importante mencionar que no existen muchas pruebas de evaluación del componente sociocultural de la IC, aunque en la literatura se reporta el uso de la escala de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (SATAQ-3), esta prueba no está estandarizada para la población mexicana, sin embargo existe una traducción al español realizada para la validación llevada a cabo en el año 201 para la población argentina (Murawski *et al.*, 2015). La prueba está conformada por un cuestionario de autoinforme con 22 reactivos divididos en cinco subescalas que miden: (a) la internalización del ideal muscular (5 ítems), (b) la internalización del ideal de delgadez (5 ítems), (c) las presiones de los familiares (4 ítems), (d) las presiones de los pares (4 ítems), y (e) las presiones de los medios de comunicación (4 ítems), cada reactivo tiene un valor de tipo Likert, donde 1 corresponde a “completamente en desacuerdo”, y 5, a “completamente de acuerdo”. La calificación del cuestionario es: a mayor puntaje, mayor internalización e influencia del modelo estético corporal (Villegas-Moreno *et al.*, 2021:3).

A manera de conclusión, se puede mencionar que el TDC se relaciona con una imagen corporal distorsionada (al igual que en los trastornos alimentarios), se caracteriza por ser un padecimiento crónico que se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos de forma general, aunque el subtipo de DM es más común en hombres, y generalmente lo presentan personas con dificultad para

mantener relaciones sociales duraderas y exitosas (lo que se refleja en altas tasas de divorcio, desempleo y dependencia económica de un tercero). En sociedades multiétnicas es común encontrar más insatisfacción de forma general en mujeres caucásicas e hispanas. En el caso de nuestro país, hay distintos estudios que mencionan que de forma general en las poblaciones urbanas prevalece el deseo de un cuerpo delgado en la población femenina, mientras que en los varones se aspira a tener un cuerpo musculoso. Finalmente, se puede observar que la mayoría de estudios sobre el efecto del sometimiento a cirugías estéticas con pacientes con TDC tiene efectos poco favorables, siendo común que se reporte insatisfacción con los resultados obtenidos.

CAPÍTULO III “TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA PACIENTES CON TDC”

Como cualquier otro trastorno mental, los tratamientos terapéuticos para el TDC se dividen en: 1) tratamiento farmacológico, que es exclusivamente indicado por médicos psiquiatras y 2) tratamiento psicológico, en este apartado es importante mencionar que si bien existen diferentes enfoques psicoterapéuticos, el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es el que se detallará con mayor profundidad puesto que es la terapia que cuenta con mayor evidencia empírica obtenida en los ensayos clínicos consultados tanto para el tratamiento del TDC como para el TOC (Weingarden *et al.*, 2021:1).

Lavell *et al.* (2018) recomiendan que antes de someter a un paciente a tratamiento psicológico, existen tres puntos que todo terapeuta debe tener en cuenta: 1) ya que el *insight* (conciencia de la enfermedad) suele ser poco o nulo en pacientes con TDC, es necesario realizar una entrevista motivacional, la cual tiene como principal objetivo incrementar la motivación intrínseca, y con ello un cambio y un compromiso consigo mismo para que los pacientes se adhieran al tratamiento, 2) en vez de enfocarse en convencer al paciente que sus defectos son mínimos o que tiene un aspecto normal, el tratamiento debe enfocarse en el sufrimiento y deterioro funcional cotidiano de la vida del paciente, y 3) el terapeuta debe desalentar a los pacientes de someterse a tratamientos dermatológicos, quirúrgicos, tratamientos dentales y otros tratamientos cosméticos, pues éstos no solucionan su malestar psíquico.

Una vez establecido el diagnóstico de TDC, se recomienda que se lleve a cabo un proceso de “psicoeducación”, el cual consta de brindar al paciente y a sus familiares toda la información sobre el trastorno que padecen y de los tratamientos disponibles, así como los probables efectos secundarios en el caso de la terapia farmacológica. Castle *et al.* (2021) mencionan que en la última década, se han publicado una serie de libros en idioma inglés que podrían ayudar a los pacientes a entender mejor su condición, tales como: “*The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*” de la Dra. Katharine Philipps, “*Feeling Good*

About the Way You Look: A program for overcoming body image problems” de la Dra. Sabine Wilhelm y *“Overcoming Body Image Problems (including Body Dysmorphic Disorder)”* del Dr. David Veale.

3.1 Tratamientos farmacológicos

El tratamiento farmacológico se hace a través de un médico psiquiatra, generalmente los medicamentos indicados en el TDC son los del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como: citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), fluvoxamina (Luvox), paroxetina (Paxil) y clomipramina (Anafranil). Los efectos positivos de dichos fármacos son: disminución de pensamientos obsesivos, comportamientos compulsivos, ansiedad e impulsividad. Mientras que los efectos negativos o secundarios que generan son: náuseas, desórdenes gastrointestinales, ansiedad, disfunción sexual, aumento de peso y distorsión de los patrones de sueño (Castle *et al.*, 2021).

De acuerdo con Behar *et al.* (2016:631) alrededor de 75% de los enfermos de TDC mejoran significativamente gracias al tratamiento con ISRS. Sin embargo, las dosis que se emplean suelen ser muy altas en comparación con las prescritas para trastornos como el TOC. En casos muy graves en los que no se muestra mejoría, se utilizan otros fármacos en combinación con los antidepresivos como:

- **Antipsicóticos:** El uso de estas sustancias para el tratamiento del TDC no ha sido bien establecido. Sin embargo, en casos de TDC con ideas delirantes se ha recomendado el uso de: risperidona, aripiprazol, ziprasidona, olanzapina.
- **Ansiolíticos:** Generalmente los pacientes con TDC presentan altos niveles de sintomatología ansiosa, por lo que suelen recetarse medicamentos como las benzodiazepinas (clonazepam, diazepam) a corto plazo.

3.2 Tratamiento psicológico para el TDC

En el caso específico del TDC, Salaberría *et al.* (2000:2) mencionan que los principales objetivos de la psicoterapia deben centrarse en: 1) la modificación de las autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo; 2) el cambio de los supuestos irracionales sobre la apariencia física; y 3) la desaparición (o, cuando menos, reducción) de las conductas rituales y de evitación.

A continuación se abordan los diferentes enfoques psicoterapéuticos mayormente mencionados en la literatura para el tratamiento del TDC:

Enfoque desde la teoría conductual

Durón-Figueroa (2020:88) menciona que la terapia conductual está basada en teorías del aprendizaje y el procesamiento emocional y pretende modificar los comportamientos disfuncionales asociados a los síntomas de evitación. Se utilizan técnicas como la exposición prolongada (de manera imaginaria y real de los estímulos y pensamientos que causan miedo o aversión) y la desensibilización sistemática. Por ejemplo, una acción común en esta terapia es que el paciente y el terapeuta deben identificar los rituales propios del TDC como el excesivo análisis del cuerpo en el espejo, cambios continuos de ropa, compararse con otras personas, y los comportamientos de evitación como la inasistencia a reuniones sociales o acudir a lugares públicos en los que potencialmente el paciente se encontraría con muchas personas, posteriormente el terapeuta diseñará ejercicios en los que el paciente pasará situaciones de menor a mayor ansiedad. Una de las técnicas que utiliza este enfoque terapéutico es el reentrenamiento perceptual, el cual según Mancusi *et al.* (2017:970) se usa para enseñarles a los pacientes que pongan atención en otra zona corporal que no les cause malestar cuando por ejemplo se miran al espejo, en cada sesión se usan diferentes aproximaciones con espejos de diferente tipo y tamaño para que los pacientes aprenden a observar y describir su cuerpo de manera holística, es decir, evitando centrarse en una parte específica de él. Así mismo, los pacientes aprenden a describir su apariencia usando lenguaje objetivo, sin juzgamiento.

Enfoque desde el psicoanálisis

De acuerdo con Gessert (2004:12) los trastornos que comparte una obsesión por el cuerpo en su totalidad o una parte de él (como la hipocondría, la anorexia nerviosa y el TDC) son una manera que tiene el sujeto para conceptualizar la experiencia corporal como un todo y no como algo fragmentado, el cuerpo físico que juega un papel en el inconsciente puede ser reservorio de los conflictos que para los pacientes con TDC resultan muy dolorosos debido a traumas en la infancia ya sea por burlas respecto a la apariencia física o por abuso sexual.

Por otro lado, Lemma (2009:15) menciona que a lo largo de su labor como psicoanalista ha observado que los pacientes con TDC suelen tener experiencias tempranas con la figura materna desagradables, ya sea por tres principales razones: A) La madre demostró rechazo al hijo o hija desde que éste era bebé o bien, B) La madre mostró una preocupación excesiva hacia la apariencia física debido a que ella presentaba una personalidad narcisista, C) La madre fue incapaz de generar sensaciones placenteras en el hijo debido a la falta de comunicación . Finalmente, para esta autora la labor del psicoanalista es que el paciente deje de identificarse con el superego castigador creado por la figura materna y pueda externalizar los pensamientos intrusivos para su mejor control.

Enfoque desde la Terapia Familiar Sistémica

Esta tipo de terapia se recomienda siempre en conjunto con la terapia individual, de acuerdo con McLuckie (2006:88), el rol de la familia es fundamental, especialmente cuando se trata de pacientes menores de edad. La labor del terapeuta de acuerdo a este autor es que la familia en conjunto vaya deconstruyendo el problema, es decir, que se cuenten anécdotas que involucran la patología del paciente y se vayan descomponiendo en acciones manejables para cada uno de los miembros, también se enfatiza que el problema es una parte de la personalidad del paciente, pero no lo define como persona. Así mismo, es importante analizar si alguna de las conductas de los padres o hermanos propicia

que el paciente exacerbe las conductas que pretenden eliminarse como realizar comentarios acerca de la apariencia. Sobre este último punto, Freeman *et al.* (2014:3) mencionan que se pueden utilizar técnicas conductuales como reforzamiento positivo, tiempo fuera en el caso de niños. Y en el caso de adolescentes y adultos se pueden implementar técnicas de comunicación efectiva y de resolución de conflictos.

Enfoque desde la Psicoterapia de Apoyo (*Supportive Psychotherapy*)

De acuerdo con Weingarden *et al.* (2021:3) ésta terapia consiste en que el paciente debe centrarse en mejorar y restaurar su autoestima. La labor del terapeuta es examinar las relaciones interpersonales del paciente y cómo éste reacciona ante ellas, el cambio surge no por el producto de un mejor autoconocimiento del inconsciente, sino por el mejoramiento de sus habilidades sociales. En esta terapia también se pone especial énfasis en la relación terapeuta-paciente puesto que se considera que es un espejo del resto de vínculos personales que tiene el paciente. Para el caso específico del TDC, estos autores mencionan que en su estudio con pacientes estadounidenses de ambos sexos, los pacientes mostraron una mejoría de sus síntomas de un 40%, lo cual contrasta fuertemente con la mejoría de un 80% reportada por los pacientes tratados con TCC.

Enfoque desde la terapia cognitivo conductual de tercera generación

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una de las formas de psicoterapia más extensamente investigadas, y en las últimas décadas, ha ido cobrando relevancia debido a la consistente demostración de su eficacia en el tratamiento Butler *et al.* (2006:19) mencionan que esta terapia ha sido implementada como el método de elección clínico por su alta efectividad en el tratamiento de distintos trastornos como la depresión unipolar, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, dolor crónico, bulimia nerviosa y esquizofrenia.

Si bien la diversidad de técnicas y variedades de terapias de esta corriente es muy amplia en la actualidad Leichsenring *et al.* (2006:240) señalan que todas ellas tienen en común los siguientes lineamientos generales:

1. La disfunción psicológica es entendida en términos de mecanismos de aprendizaje y procesamiento de la información.
2. El enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento se guía por una orientación experimental de la conducta humana, en la que se observa un comportamiento determinado en función de las condiciones ambientales específicas e internas que lo rodean.
3. El cambio se efectúa a través de nuevas experiencias de aprendizaje que dominan las formas anteriores de aprendizaje desadaptativo y procesamiento de la información.
4. Desde su orientación experimental, los terapeutas cognitivo conductuales generan hipótesis acerca de los patrones cognitivos y de comportamiento de un individuo, e intervienen de acuerdo con esa hipótesis, observan el comportamiento resultante, y modifican su hipótesis sobre la base de esta observación, y así sucesivamente. En todo momento el terapeuta ayuda al paciente para resolver los problemas mediante el aprovechamiento de sus recursos propios, generando un sentido de autoeficacia, ya que el paciente aprende a atribuir la mejora a sus propios esfuerzos.

Un ejemplo de TCC es la Terapia de Aceptación y Compromiso (TACT), que de acuerdo con Hong *et al.* (2018) es una forma de terapia basada en el principio de que los pacientes consideran sus procesos internos como aversivos (pensamientos, imágenes, memorias, sentimientos y sensaciones internas) y por lo tanto hace intentos ineficaces para cambiarlos. La terapia TAC plantea que la evitación no es efectiva y por ende se debe tratar que el sujeto desarrolle mecanismos de aceptación. Esta terapia se ha usado en pacientes con diferentes patologías como: psicosis, tricotilomanía, estrés, TLP, pérdida de peso, abuso de sustancias, ansiedad social, trastorno del pánico, depresión, tabaquismo, cáncer, diabetes, agresión y TOC. León-Quismondo *et al.* (2014) mencionan por su parte que la TAC se compone de las siguientes fases:

- 1) Se comienza con el establecimiento y mantenimiento de un contexto para la relación terapéutica, es decir, el terapeuta le comunicará al paciente que lo

importante en cada sesión será su experiencia en sí y no se buscará o impondrá lo que “debería” sentir, para ello se utilizan metáforas que validen los sentimientos del paciente. 2) Desesperanza creativa, en esta fase se desarrollan actividades dirigidas a que el paciente experimente lo que desea, las acciones que tendrá que hacer para conseguirlo y los resultados que obtiene a corto y largo plazo. 3) Mediante paradojas, metáforas y ejercicios experienciales, el paciente aprende que el problema no lo constituyen los eventos privados en sí mismos, sino el afán de control de los mismos, y que una alternativa es meramente la aceptación de dichos eventos. 4) Clarificación de valores, es decir se refiere a que el paciente sea capaz de identificar las trayectorias valiosas para su vida, los objetivos a corto y largo plazo, las acciones necesarias para conseguir estos objetivos y los problemas con los que se enfrentará. 5) Distanciamiento de los eventos privados, que consiste en la observación de los eventos privados, desliteralizándolos y tomando perspectiva de los mismos. Para ello, se ayudará al paciente a diferenciar entre el acto de tener un pensamiento del pensamiento que se tiene y de la persona que lo tiene. 6) Dimensiones del yo, que se refiere a que el paciente se dé cuenta de que puede tener un pensamiento y que su yo es mucho más grande que solo los pensamientos negativos que tiene de sí mismo.

Para el caso específico del TDC, Dehbaneh (2019) menciona que puesto que los pacientes con TDC están preocupados por la apariencia personal y tienden a pasar por alto otros puntos valiosos de sí mismos, se les pide que intenten establecer otras características positivas que los describan y que a partir de ese momento se comprometan a seguir aumentando su atención en estos aspectos positivos. La investigación sobre el uso de TACT en el tratamiento del TDC es limitada, pero de acuerdo con la autora se han visto mejoras significativas en los síntomas de TDC, la calidad de vida, la depresión, la flexibilidad psicológica y la discapacidad que conlleva en los casos más severos.

Técnicas aplicadas en la TCC

Una de las técnicas habituales en la aplicación de la TCC es la exposición con prevención de respuesta o EPR, la cual mediante la cual se propicia la habituación del sujeto a situaciones que le producen malestar, favoreciendo el afrontamiento a las mismas. En el caso del TDC por ejemplo el paciente se expone a una de las situaciones que más le causan ansiedad como verse a un espejo y, además, se le pide controlar el impulso a realizar una acción compulsiva como peinarse o maquillarse. Existen varios tipos de exposición: a) Exposición en vivo (EV). Implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria. b) Exposición en imaginación. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos, generalmente es con recuerdos traumáticos (Hong *et al.*, 2018:368).

Otra técnica aplicada recientemente en la TCC es la de “mindfulness”, la cual se traduce al español como “atención plena o conciencia plena”. De acuerdo con Vásquez-Dextre (2016:3), ésta se compone de cinco premisas fundamentales: 1) atención al momento presente (centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, deseos y temores); 2) apertura a la experiencia (capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias); 3) aceptación (experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal y como son); 4) dejar pasar (consiste en desprenderse de lo material y pasajero) y 5) intención (cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato, simplemente hay que participar con conciencia plena de lo que se está haciendo). Por último, este autor menciona que a largo plazo, los pacientes diagnosticados con TOC (y probablemente con TDC) pueden desarrollar una nueva relación con sus pensamientos obsesivos, relacionándose con ellos como eventos mentales transitorios y no como hechos.

Finalmente, es importante mencionar que la comparación sobre la efectividad entre terapias es una labor difícil, ya que además de las diferencias metodológicas existen otras variables externas que normalmente no se tienen en cuenta como lo son las expectativas del paciente hacia el tratamiento que causa un efecto placebo, el papel que tiene el apoyo familiar y social, complejidad de los síntomas, características de personalidad del paciente, etc. Rasmussen *et al.* (2013), mencionan que uno de los principales problemas al comparar metodológicamente la eficacia de la TCC en pacientes con TDC es que hay inconsistencias en cuanto a la duración total del tratamiento (algunos autores sugieren de 7 a 30 sesiones) y a la duración de cada sesión (de 1 a 3 horas). Además, los manuales que se utilizan no son específicos para el TDC, sino que generalmente se emplean los utilizados en pacientes con TOC.

3.3 Tratamientos alternativos y/o experimentales para el tratamiento del TDC

-Uso de oxitocina

En la última década se han realizado estudios sobre los efectos del neuropéptido llamado oxitocina, el cual se ha observado que tiene un efecto mediador en comportamientos sociales complejos como el apego, exploración social, reconocimiento social, y reducción de la ansiedad. Fang *et al.* (2019) mencionan que se han observado niveles altos de oxitocina en pacientes psiquiátricos en comparación con los grupos control, especialmente en pacientes con TDC se ha visto que a mayores niveles de oxitocina mayor es la severidad de los síntomas. Por otro lado, Castle *et al.* (2021) mencionan que en estudios experimentales donde la oxitocina es administrada vía intranasal no se ha observado que exista una mejora significativa en el reconocimiento de emociones propias y ajenas, por lo que su uso terapéutico está aún en debate.

- Potenciadores cognitivos

Fang *et al.* (2019) mencionan que la sustancia D-cicloserina (DCS) -que es un agonista parcial del receptor de glutamato NMDA- se ha usado para aumentar la extinción en terapias de exposición en diferentes patologías como depresión, ansiedad y en pacientes con TOC, por lo que sugieren su uso en pacientes con sintomatología severa con TDC.

-Neuroestimulación a través de terapia magnética transcraneal

La terapia magnética transcraneal o TMT es una técnica no invasiva que a través de una corriente eléctrica que genera un campo magnético, produce un cambio de voltaje en las neuronas de la zona estimulada y con ello se espera la liberación de neurotransmisores. Castle *et al.* (2021) mencionan que hasta el momento no se han publicado estudios del uso de la TMT en pacientes con TDC. Sin embargo, se

ha visto que sí existen mejorías cuando se aplica en pacientes con TOC. Los autores consideran que las áreas a tratar aún no están bien establecidas, siendo el área del lóbulo occipital (dado el fuerte componente visual de los pacientes con TDC) una opción viable de aplicación. Por otro lado, autores como Philipps (2008) consideran que el uso de esta terapia solamente es justificable cuando existe una comorbilidad severa con el trastorno depresivo mayor o cuando existe un alto riesgo de suicidio, así mismo, estos autores mencionan que hay que tener en cuenta que esta terapia tiene diferentes variables metodológicas que hacen aún más difícil comparar su eficacia en pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos, siendo los principales puntos a debatir: a) la elección del área anatómica estimulada (y determinar si será estimulada unilateral o bilateralmente), b) el total de impulsos por sesión, y c) la duración del tratamiento.

-Terapia electroconvulsiva

Esta terapia consiste en “la administración de pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro, para desencadenar una convulsión breve de manera intencional, que a su vez provoca cambios en la neuroquímica cerebral” Rueda y Aguilar (2013:2). De acuerdo con Başgül *et al.* (2019) la terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado desde hace casi 100 años para el tratamiento de padecimientos psiquiátricos que muestran poca o nula respuesta a tratamientos farmacológicos. Estos autores reportan que alrededor de un 44% de los pacientes que analizaron en un hospital psiquiátrico de Turquía diagnosticados previamente con TDC y que se sometieron a este tratamiento mostraron mejora con un promedio de 10 sesiones, además de que se reportaron pocos efectos secundarios por lo que podría emplearse de manera más frecuente en casos muy severos.

3.4 Factores que influyen en el éxito terapéutico en pacientes con TDC

Distintos autores consideran que es difícil determinar las causas que permiten una remisión completa del TDC, recientemente en el trabajo realizado en Alemania por Schulte y colaboradores (2020) se encontraron dos principales predictores negativos: 1) la fuerte presencia de sentimientos de vergüenza y estigma en pacientes con TDC ocasiona que los pacientes no quieran revelar sus preocupaciones a familiares, amigos, médicos o psicólogos, y por ello se retrasa el tratamiento oportuno y 2) el percibir como ineficaces los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, ya que los pacientes están convencidos que su problema es físico y que solamente la cirugía puede ayudarles, aunado a esto, los profesionales de la salud mental no están capacitados para realizar una entrevista en pacientes con TDC por lo que mucha información suele ser ocultada o simplemente insospechada. De igual forma, estos autores mencionan que en las dos únicas encuestas llevadas a cabo hasta el momento a nivel internacional, el porcentaje de personas adheridas a un tratamiento terapéutico (farmacológico y psicológico) es de menos del 20%. Si se tiene en cuenta la poca cantidad de pacientes con remisión espontánea esto plantea altos costos para un sistema de salud tan avanzado como el alemán, por lo que la situación en países del tercer mundo como México es aún más grave.

3.5 Evolución del TDC sin tratamiento

Phillips (2004) menciona que existen casos en los que los síntomas pueden aseverarse a lo largo del tiempo si es que no hay tratamiento, llegando incluso a cambiar el foco de atención en cuanto a la zona del cuerpo que originalmente causaba malestar. Esta autora menciona que en un estudio llevado a cabo con 183 pacientes estadounidenses seguidos durante un periodo de un año, 9% presentaron remisión espontánea completa, es decir, la desaparición por completa de los síntomas; mientras que 21% tuvo remisión parcial, sin importar el género o las diferencias étnicas.

Rocheffort-Ciscutti *et al.* (2014:256) menciona que algunos trastornos mentales hacen que el paciente pierda el estado consciente de su condición, conocido como conciencia de la enfermedad o insight. En sus investigaciones han concluido que 35,6% de los pacientes que padecen TDC también tienen afectada su capacidad de reconocimiento de la enfermedad usando la escala *Brown Assessment of Beliefs Scale*, del grado de autoconciencia o insight que presenten será mayor la tendencia a buscar una solución terapéutica, si este es nulo puede desembocar en ideas delirantes acerca de la IC presentando incluso síntomas psicóticos y automutilaciones.

Salavert *et al.* (2019:4) por su parte, mencionan que por lo general el TDC es un trastorno que tiende a la cronicidad a lo largo del tiempo ya que al menos en EUA el promedio de demora en buscar atención de especialistas en salud mental (psiquiatras o psicólogos clínicos) es de 16 años. Por otro lado, el desenlace más extremo que pueden presentar los pacientes con TDC es la ideación y la conducta suicida (*suicidality*), es decir, aquellos pensamientos que implican la ideación, los planes y los intentos (fallidos o acertados) de suicidio- que en pacientes con TDC es de hasta el 7.2%, mientras que en la población no-clínica es de 2.7%. Por último, otro factor alarmante es que las personas con TDC presentan una frecuente reincidencia de intentos de suicidio aún después de tratamiento Angelakis (*et al.*, 2016).

A partir de todo lo anterior, se puede observar que el TDC no se trata en sí de un trastorno moderno producto de la veneración excesiva que actualmente se tiene hacia la apariencia física. Dadas las similitudes que tiene con el TOC, se le considera un trastorno parte del espectro obsesivo y -como casi cualquier trastorno psicológico- presenta una etiología compleja producto de la interacción genética, eventos traumáticos durante el desarrollo y factores sociales propios del tiempo y cultura en el que los pacientes viven. Así mismo, en este capítulo se expuso que el TDC es un trastorno con alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, lo cual aunado al hecho de que los pacientes casi no expresan su malestar, recurren a médicos cirujanos o dermatólogos (ya que no consideran que su problema es mental sino físico) y la mayoría de las pruebas diagnósticas aún no se han traducido y estandarizado al español (específicamente a la población mexicana) hace que su correcto diagnóstico sean aún más difícil en la práctica clínica.

3.6 Perspectivas a futuro sobre el tratamiento de pacientes con TDC

El uso de bases de datos nacionales e internacionales podría beneficiar la investigación del TDC, ya que la mayoría de las investigaciones se centran en unos cuantos países mayormente de Europa occidental y Norteamérica, lo cual se refleja en muestras poblacionales pequeñas y poco aleatorias. Fang *et al.* (2015) sugieren que una forma de hacer ensayos más representativos sería incluir a población infantil y en la medida de lo posible la información de pacientes suicidas. Estos autores también mencionan que desde el año 2008 se ha puesto en marcha el proyecto denominado “*The Research Domain Criteria (RDoC)*” -el cual es parte del Instituto Nacional de Salud Mental de EUA-, el cual pretende desarrollar nuevas clasificaciones basadas en comportamientos observables y mediciones neurobiológicas a través de una base de datos nacional en la que pueda convocarse a pacientes para participar en estudios comparativos, así mismo se espera que a mediano plazo se tenga una base genética que sirva a los investigadores para encontrar marcadores biológicos relevantes en el desarrollo de un trastorno mental. Por último, Schulte *et al.* (2020) recomiendan integrar tecnologías de la información como el uso de terapia online o creación de contenidos dirigidos a la población en general, por ejemplo a través del uso de aplicaciones que cumplan una función divulgativa y terapéutica sobre el TDC, ya que éstas presentan beneficios como mayor difusión, menor costo y anonimato.

En síntesis, en este capítulo se abordaron las principales propuestas terapéuticas que constan en el uso de fármacos, junto con las técnicas más modernas de la terapia cognitivo conductual como son la terapia de aceptación y compromiso (TAC) y el uso de *mindfulness*. También se exploró de manera general los nuevos tratamientos que podrían aplicarse a pacientes con TDC como la aplicación de neurotransmisores como la oxitocina, la terapia magnético transcraneal y terapia electroconvulsiva en el caso de pacientes con síntomas muy severos.

Por último, se indica cuales son algunos de los principales puntos a mejorar en el diagnóstico de este trastorno y cómo el uso de nuevas tecnologías podría ayudar a las ciencias de la salud, y específicamente a la psiquiatría y psicología clínica.

CONCLUSIONES

- El trastorno dismórfico corporal es un trastorno psiquiátrico relativamente común, que a pesar de su alta incidencia es desconocido por profesionales de la salud y por el público en general. Como se detalló en el primer capítulo, el TDC se caracteriza por una preocupación excesiva sobre uno o más defectos físicos, los cuales pueden ser mínimos o imaginarios y actualmente se encuentra clasificado en el DSM-V y en el CIE-11 como parte de los trastornos del espectro obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Cuenta con un subtipo llamado Dismorfia muscular (DM), el cual se caracteriza por la atención focalizada en la “insuficiente” masa muscular del paciente y se presenta mayoritariamente en varones.
- En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos se ha visto que el TDC mayoritariamente va asociado con: el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno, trastorno depresivo mayor y trastornos de la conducta alimentaria. Se recomienda ampliamente el diagnóstico diferencial ya que por ejemplo las dosis farmacológicas requeridas suelen ser más altas que en otros trastornos debido a la severidad de los síntomas y también porque existe un alto riesgo de conductas auto-lesivas que en el peor de los casos se refleja en suicidio.
- El TDC se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero generalmente inicia desde la adolescencia, las zonas del cuerpo que suelen ser foco de atención varían de acuerdo al género, pero se ha reportado con mayor frecuencia cinco zonas corporales: piel, cabello, nariz (también es común la preocupación por la cara como un todo), abdomen (relacionado con el peso) y dientes.

- Cognitivamente los pacientes con TDC se caracterizan por presentar una fuerte obsesión por su apariencia física por lo que es común que tengan pensamientos repetitivos y catastrofistas, conductualmente son personas que emplean demasiado tiempo en analizarse frente a un espejo para intentar camuflarse a través de la vestimenta o maquillaje, y en extremos más severos recurren al aislamiento total para no ser vistos por las demás personas. Los rasgos de personalidad más característicos son: introversión, hostilidad, perfeccionismo, hipersensibilidad a la crítica y/o al rechazo, ansiedad entre otros.
- En el segundo capítulo se expusieron las características **socioculturales** presentes en los pacientes con TDC, los cuales están asociados con la poca capacidad para socializar y que en su mayoría se reflejan en altos niveles de desempleo, divorcios, dependencia económica de terceros, y pertenecer a la clase media. Respecto a la influencia de la cultura y etnia debe tenerse en cuenta que la mayoría de estudios científicos provienen de países europeos, o bien de EUA, Australia o Canadá (naciones que por razones históricas cuentan con una población mayormente caucásica), por lo que no se puede tener datos concluyentes sobre si alguna etnia tiene más predisposición a presentar este trastorno que otra, o bien se debe a un fenómeno de aculturación de las minorías.
- Respecto a las cirugías estéticas, es común que los pacientes con TDC recurren a ellas como manera de solucionar su supuesta deformidad, aunque la mayoría de los especialistas recomiendan no realizarlas ya que pocos pacientes reportan satisfacción con los resultados, además de que en su afán por hacerlo de manera inmediata o económica pueden recurrir a clínicas con personal no certificado o bien, llegar a la auto intervención que puede provocar daños irreversibles.

- Finalmente, en el tercer capítulo se habla sobre el procedimiento estándar de tratamiento en pacientes con TDC. En el caso de la terapia psiquiátrica se utilizan altas dosis de antidepresivos del tipo ISRS, lo cual generalmente genera efectos secundarios en los pacientes. Respecto al tratamiento psicológico, son pocos los especialistas en este trastorno ya que los más mencionado en la literatura es que se utilicen manuales basados en intervención de pacientes con TOC, siendo la TCC la forma de psicoterapia más utilizada. La mayoría de los autores consultados sugieren que se ahonde más en los predictores de remisión total de la enfermedad, además de la integración en futuras investigaciones de muestras poblacionales más grandes y diversas con el fin de mejorar y personalizar el tratamiento. Por último, a un nivel más relacionado con políticas públicas en el sistema de salud se recomienda: 1) Que se incentive desde las universidades la especialización de médicos (como médicos psiquiatras) y psicólogos (como psicólogos clínicos) ya que México tiene un déficit de estos especialistas en la mayoría del país, y 2) Que el TDC sea un trastorno con más difusión (por ejemplo a través de redes sociales o campañas de salud) ya que es un trastorno con una alta incidencia y, paradójicamente poco conocido por el público general.

REFERENCIAS

- Alfaro, Y. (11 enero 2021). Encierro aceleró el uso de redes sociales, hay 100 millones de usuarios en México. Recuperado de <https://www.milenio.com/negocios/mexico-100-millones-usuarios-covid-acelero-redes-sociales>. Consultado el 17 de octubre de 2021.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Angelakis, I., Gooding, P. A., y Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 49: 55-66.
- Barragán-Solís, A. (2012). Reflexiones desde la antropología física en torno al papel del cuerpo en el patrimonio cultural. *Diario de Campo*. 10: 28-32.
- Başgül, S., Luş, M. y Hashimov, A. (2019). Electroconvulsive therapy in an adolescent with bipolar disorder, substance use, and body dysmorphic disorder comorbidity: case report. *Neurocase*. 26 (1):51-54
- Behar, R. Arancibia, M., Heitzer, C. y Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*. 144: 626-633.
- Bjornsson, A., Didie E., y K. Phillips. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 12(2): 221-32.

Blashill, A., Grunewald, W. Fang, A. Davidson, E. y Wilhelm, S. (2020) Conformity to masculine norms and symptom severity among men diagnosed with muscle dysmorphia vs. body dysmorphic disorder. *PLoS ONE*. 15(8): 23-27.

Boroughs, M., Krawczyk, R., y Thompson, J. (2010). Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. *Sex Roles*. 63: 725–737.

Butler, A., Chapman, J., Forman, E. y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26 (1), 17-31.

Cárdenas-Medina, J. (2012). Identificación de trastorno dismórfico corporal en pacientes con trastorno límite de personalidad. Tesis que para obtener el grado de especialista en medicina (Psiquiatría). Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Carvajal-Navarrete, N. (2016). Distorsión en la Percepción de la Imagen Corporal en Adolescentes con Sobrepeso. Tesis que para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Castle, D., Beilharz, F., Phillips, K. A., Brakoulias, V., Drummond, L. M., Hollander, E., Ioannidis, K., Pallanti, S., Chamberlain, S. R., Rossell, S. L., Veale, D., Wilhelm, S., Van Ameringen, M., Dell'Osso, B., Menchon, J. M., & Fineberg, N. A. (2021). Body dysmorphic disorder: a treatment synthesis and consensus on behalf of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive Compulsive and Related Disorders Network of the European College of Neuropsychopharmacology. *International clinical psychopharmacology*. 36 (2): 61–75.

- Corvera, A. (2015). La belleza del cuerpo en Mesoamérica y la Nueva España. *Sincronía*. 67 (1): 1-11.
- Cruzado, L.; Vásquez, E.; Huavil, J. (2010). Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 71 (1): 51-53.
- Dávila, J., González, J. y Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 53(2): 240-249.
- Dehbaneh, M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal problems, quality of life, and worry in patients with body dysmorphic disorder. *Electron J Gen Med*. 16 (1):105-112.
- Didie, E.; Tortolani, C.; Pope, C.; Menard, W.; Fay, C., y Phillips. K. (2006) Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 30: 1105-1115.
- Durón-Figueroa, R. (2020). Evaluación y tratamiento del trastorno por estrés agudo. Tesis que para optar por el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ericksen, W. y Billick S. (2012). Psychiatric issues in cosmetic plastic surgery. *Psychiatr Q*. 83: 343-352.
- Fang, A. y Wilhelm, S . (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 11:187-212.
- Fang, A., Jacoby, R., Beatty, C., Germine, L., Plessow, F., Wilhelm, S. y Lawson, E. (2019). Serum Oxytocin Levels Are Elevated in Body Dysmorphic

Disorder and Related to Severity of Psychopathology.
Psychoneuroendocrinology. 113 (11): 10454.

Fernández, N. (2013). Trastornos de conducta y redes sociales en Internet. *Salud Mental*. 36: 521-527.

Feusner, J., Yaryura-Tobias, J. y Saxena, S. (2008). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 5: 3–12.

Foucault, M. (2008). Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión. Editorial Siglo XXI. México.

Freeman, J., Garcia, A., Fucci, C., Karitani, M., Miller, L. y Cohen, H. (2004). Family-Based Treatment of Early-Onset ObsessiveCompulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 7 (1): 571-580.

Gessert, A. (2004) Hypochondria: the experience of the body in contemporary culture. *The Journal of the Centre for Freudian Analysis and Research*. 14: 11-17.

Gil, P. (2013). La satisfacción corporal y su rol en las relaciones sociales. *Universitas Psychologica*. 12(2): 547-558.

Giraldo-O'Meara, M. y Belloch, A. (2017). El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 22 (1): 69-84.

Gonzales, M. y A. Blashill. (2021). Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority U.S. adults. *Body Image*. 36: 64–73.

- González-Tapia, B. (2008). Las actitudes de los hombres y las mujeres con respecto a la imagen corporal y su relación con la insatisfacción corporal. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gustand, J. y Phillips, K. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 44 (4), 270–276.
- Hartmann, A., Thomas, J., Wilson, A. y Wilhelm, S. (2013). Insight impairment in body image disorders: Delusional and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*. 210: 1129–1135.
- Heinze, G., Chapa, G. y Carmona, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Mental*. 39(2): 69-76.
- Hernández-Cariño, L. (2018). La imagen corporal y el adolescente con autolesiones y sin autolesiones: un estudio comparativo. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hong, K., Nezhgorova, V. y Hollander, E. (2018). New perspectives in the treatment of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 7: 361-374
- Islas-Hernández, B. (2010). Evaluación de los Pensamientos y Actitudes Relacionados con la Imagen Corporal en Pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal. Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lavell, C., Webb, H., Zimmer-Gembeck, M., y Farrell, L. (2018). A prospective study of adolescents' body dysmorphic symptoms: Peer victimization and the direct and protective roles of emotionregulation and mindfulness. *Body Image*. 24: 17–25.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. y Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother*. 60(3): 233-259.
- Lemma, A. (2009). Being seen or being watched? A psychoanalytic perspective on body dysmorphia. *Int J Psychoana*. 90:753–771
- Lenz, S., Taylor, R., Fleming, M. y Serman, N. (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*. 92: 26-35.
- León-Quismondo, L., Lahera, G. y López-Ríos, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 34 (124): 725-740.
- Longobardi, C., Prino, L., Fabris, M., y Settanni, M. (2017). Muscle dysmorphia and psychopathology: Findings from an Italian sample of male bodybuilders. *Psychiatry Research*. 256: 231–236.
- López Austin, A. (2004). “La concepción del cuerpo en Mesoamérica” en Elogio del cuerpo mesoamericano. *CONACULTA-INAH*. 69: 18- 39.
- Mancusi, L., Ojserkis, R. y McKay, D. (2017). Treatment of Body Dysmorphic Disorder capítulo 54 del en Abramowitz, J., McKay, D y E. Storch. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*. 962-976.

- Marino-Silva, J. (2016). Prevalencia Del Trastorno Dismórfico Corporal en pacientes candidatos a Rinoplastia Funcional en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México. Tesis de Posgrado para Obtener el Título en la Especialidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez-García, M. (2017). Aspectos socioculturales asociados a la percepción de la imagen corporal en niños escolares de 6 a 8 años de edad. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- McLuckie, A. (2006). Narrative Family Therapy for Paediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Family Psychotherapy*. 16:4 (83-106).
- Mills, J., Mustoa, S., Williams, L. y Tiggemann, M. (2018). “Selfie” harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*. 27: 86–92.
- Marques, L.; LeBlanc, N.; Weingarden, H.; Greenberg, J.; Traegera, L.; Keshaviah, A. y Wilhelm, S. (2011). Body dysmorphic symptoms: Phenomenology and ethnicity. *Body Image*. 8: 163–167.
- Marques, L., Weingarden, H., LeBlanc, N., Siev, J. y Wilhelm, S. (2012). The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 33 (3): 238-244.
- Merleau-Ponty, M. (1993). La fenomenología de la percepción. Editorial Planeta de Agostini. España.

Murawski, B., Elizathe, L., Custodio, J., y Rutzstein, G. (2015). Validación argentina del Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 6(2): 73-90.

McGuire, J., Doty, J., Catalpa, J. y Ola, C. (2016). Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. *Body Image*. 18: 96-107.

Neziroglu F., Khemlani-Patel, S., y Yaryura-Tobias, J. (2006) Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*. 3:189-193.

- Olvera, L. (2018). La mayor demanda, de mujeres jóvenes México, tercer país en cirugías plásticas. Referencias <https://www.gaceta.unam.mx/mexico-tercer-pais-en-cirugias-plasticas/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades. Recuperado del sitio web <https://icd.who.int/>. Consultado el 19 de octubre de 2021.
- Orozco-Saúl, E. (2019). Impacto de los medios de comunicación en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal. Tesis que para obtener el grado de especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*. 23(6):1255-1272.
- Pavan, C., Simonato, P., Marini, M., Mazzoleni, F. y Vindigni, V. (2008). Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder. *Aesth Plast Surg*. 32: 473–484.
- Pérez, S. y Romero, G. (2008). Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica. *Estud. Soc.* 16 (32): 79-111.
- Pérez, S. y Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública Mex.* 52: 111-118.
- Phillips, K. (2004). Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 3: 12-7.

Phillips, K. Fay, C., y Weisber, R. (2005). Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 46 (4): 317–325.

Phillips, K., Menarda, W., y Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 47: 77-87.

Phillips, K. y Hollander, E. (2008). Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach. *Body Image*. 5(1): 13–27

Pimentel-Ríos, M. (2013). El Trastorno Dismórfico Corporal como parte del espectro del trastorno obsesivo compulsivo: evaluación de atención, memoria y funciones ejecutivas en población mexicana. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ramos-Rocha, M. (2012). La vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética: Un análisis bioético. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 50 (1): 81-86.

Rasmussen, J., Blashill, A., Greenberg, J. y Wilhelm, S. (2013). Body Dysmorphic Disorder en The Wiley Handbook of Cognitive *Behavioral Therapy*. 1109-1130.

Richter, M.; Tharmalingam, S.; Burroughs, E.; King, N.; Menard, W.; y Kennedy, J. (2004). A preliminary genetic investigation of the relationship between body dysmorphic disorder and OCD. *American College of Neuropsychopharmacology*. 1: 124-132.

- Ríos-Quintero, M. (2013). Relación entre reconocimiento facial de emociones y alexitima en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal comparados con controles sanos. Tesis que para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Roberts, C., Zimmer-Gembeck, M. y Farrell, L. (2019). The Multidimensional Youth Body Dysmorphic Inventory: Development and Preliminary Validation. *Child Psychiatry & Human Development*. 50 (6): 927-939.
- Rocheffort-Ciscutti, G., Berner-Gómez, J., Castillo-Montoya, P., y Vidal-García-Huidobro, P. (2014). Importancia de la detección del trastorno dismórfico corporal en la consulta de Cirugía Estética. *Cir.plást. Iberolatinoam*. 40 (3): 253-259.
- Rueda, L. y Aguilar, M. (2013). Terapia electroconvulsiva: una revisión. *Rev Hond Post Psiq*. 1 (2): 1-20.
- Salaberría, K., Borda, M., Amor, P. y Echeburúa, E. (2000). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*. 5 (1): 27-43.
- Salavert, J., Clarabuch, A. y Trillo, M. (2019). Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 36 (1): 4-19.
- Salvador, M; García-Gálvez, C. y De la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*. 3 (2) : 257-273.

- Sarwer, D. (2002). Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members. *Aesthet Surg J.* 22(6): 531-535.
- Sarwer, D. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image.* 31: 302-308.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, SECPRE. (2020). ¿Qué es la Cirugía Plástica? Recuperado de <https://secpres.org/que-es-la-cirurgia-plastica>.
- Urrutia, G. y Bonfill, X. (2009). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica.* 135 (11): 507- 511.
- Valenzuela-Gutiérrez, M. y Meléndez-Torres, J. (2018). Concepciones y valoraciones del cuerpo en jóvenes del noroeste de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 9(1): 45-56.
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Mindfulness: General concepts, psychotherapy and clinical applications. *Rev Neuropsiquiatr.* 79 (1): 42-5.
- Vázquez-Arévalo, R., Galán-Julio, J., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J., Caballero-Romo, A., y Unikel-Santoncini, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.* 2 (1): 42-52.
- Veale D., Boocock, A., y Gournay, K. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry.* 169: 196-207.

- Veale, D. (2006). Psychological aspects of a cosmetic procedure. *Psychiatry*. 5(3): 92-95.
- Villegas-Moreno, M., Londoño-Pérez, J. y C- Pardo-Adames. (2021). Validación del Cuestionario de Actitudes Socioculturales sobre la Apariencia (SATAQ-4) en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 24(1): 86-95.
- Weingarden, H.; Marques, L.; Fang, A.; LeBlanc ,N.; Buhlmann, U.; Phillips, K. y S. Wilhelm. (2011). Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: Case Examples. *International Journal of Cognitive Therapy*. 4 (4): 381–396.
- Weingarden, H., Hoepfner, S., Snorrason, I., Greenberg, J., Phillips, K. y Wilhelm, S. (2021). Rates of remission, sustained remission, and recurrence in a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy versus supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Depression and Anxiety*. 38 : 1–8.