

## Actas de Reuniones Clínicas

Medwave. Año X, No. 5, Mayo 2010. Creative Commons, Open Access.

# Trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad?

**Expositor:** Elías Arab López<sup>(1)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

**doi:** <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.05.4522>

### Ficha del Artículo

**Citación:** Araba E. Trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad? *Medwave* 2010 May;10(5). doi: 10.5867/medwave.2010.05.4522

**Fecha de publicación:** 1/5/2010

### Introducción

Concepto acuñado desde la medicina griega clásica en que se estableció una íntima conexión entre "la belleza y la bondad". En 1891, Enrique Morselli la define como "monomanía abortada" (síntoma obsesivo que predomina por sobre otros) y "temor a la fealdad". El miedo que también se encuentra en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) fue asociado con posterioridad a una psicosis de la fealdad e hipocondría de la belleza, y por eso ha sido inscrito en los trastornos somatomorfos como paranoia hipocondríaca o locura de introspección (1).

Ha sido difícil clasificar este trastorno, pero se ha integrado al espectro obsesivo compulsivo y se ha descrito como una obsesión por la imagen corporal, por la belleza, por alcanzar estándares de perfección según los cánones sociales de la época en curso.

Kraepelin, en 1961, lo insertó dentro del espectro fóbico, por la ansiedad y miedo que genera. Sin embargo, también ha sido catalogado como pródromo de esquizofrenia, en donde a veces el diagnóstico diferencial resulta prácticamente imposible; incluso existen reportes de casos clínicos de pacientes diagnosticados y tratados como tal, no obstante una vez que reciben antidepressivos (clomipramina) muestran una mejoría significativa.

En 1977 se acuña el término **dismorfofobia**, que no es adecuado, porque lo categoriza como una fobia, pero en realidad representa un elemento fóbico en algunos pacientes. Tras dicho periodo, se hace referencia a la psicosis hipocondríaca monosintomática; y ya en el año 1994 se establece el concepto de trastorno dismórfico corporal (DSM).

### Generalidades

El trastorno dismórfico corporal se incluye en los trastornos somatomorfos, cuyo elemento característico es la distorsión de la imagen corporal, de la cual derivan los TCA (anorexia y bulimia), vigorexia y ortorexia (trastorno alimenticio cuya obsesión es comer sólo alimentos considerados saludables por la persona), que son cuadros donde la imagen corporal es el eje central psicopatológico.

En general, existe una preocupación excesiva por la apariencia física, y aquellos que padecen la patología, se consideran feos o deformados.

El cuadro se caracteriza por una dismorfia en esencia facial y/o algún subtipo de dismorfia generalizada, aunque existen pacientes con dismorfias localizadas partes del cuerpo que son los menos frecuentes. Se asocia a comportamientos repetitivos como el mirar su cuerpo en forma reiterada al espejo; arreglo excesivo para disimular el defecto, lo cual muchas veces es mínimo o inexistente (pacientes que acuden en primer lugar a un dermatólogo o al cirujano plástico, los cuales establecen demandas al no quedar conformes); realizan preguntas excesivas, son policonsultantes de profesionales que se dedican a la salud cosmética y tienden a medir y comparar su cuerpo.

La enfermedad produce un daño psicosocial intenso y grave, con una pésima calidad de vida, y es una de las patologías con mayor asociación a suicidio (80% presenta ideación y 25 a 30% intento o suicidio consumado) (2, 3).

### El concepto

Se le denomina trastorno dismórfico corporal (TDC) o "**trastorno de la fealdad imaginaria**", lo cual es una enfermedad psiquiátrica que debe ser manejada por sus especialistas. De existir un ligero defecto, éste no explica la ansiedad exagerada y discapacitante que produce.

En general se describen dos fases: la percepción del defecto y la preocupación posterior por el defecto. Los casos extremos se someten a múltiples cirugías y a deformidades intensas del cuerpo (4).

Es un cuadro que interfiere con el normal desarrollo de la identidad en la adolescencia, pues la imagen corporal resulta fundamental para configurar la identidad que, cuando esa imagen se distorsiona, puede producir dificultades para desarrollar una adecuada autoestima. Además se presenta un desarrollo alterado de la autoimagen que se acompaña del miedo a la evaluación

por sus pares de este defecto, se asocia con aislamiento social y se origina una marcada tendencia a la dicotomía. Lo anterior influye en el desarrollo de la personalidad, con constitución de personalidades de la línea limítrofe, con visiones parcializadas del todo o nada de la belleza, pues no logran visualizar los estadios intermedios (5).

La imagen corporal esta directamente ligada a la cultura, y la actual época es una cultura exitista en donde los ideales de belleza son los que aparecen en los medios de comunicación (televisión) los cuales son irreales e inalcanzables para las personas normales.

### **Adolescencia: imagen - identidad**

En la pubertad, los cambios físicos y de la apariencia se convierten en objeto de sufrimiento, pues a veces estos cambios no están acorde al de los otros miembros del grupo, lo que genera un sentimiento de no pertenencia al mismo (pubertades tempranas o tardías), así la imagen pasa a tener importancia máxima entre el grupo de pares.

Durante la adolescencia la imagen está ligada al desarrollo psicosexual (relaciones de pareja e interpersonales), por lo tanto se altera un elemento central de la configuración de la identidad global, lo que deriva en una disfunción de la identidad y la orientación sexual. La imagen y la identidad son retroalimentadas por la cultura y la globalización.

La meta del desarrollo psicológico del adolescente es que el individuo alcance una identidad personal, autónoma y solidaria, para lo cual debe atravesar esa montaña rusa que muchas veces es la adolescencia, caracterizada por sus cambios hormonales, culturales, físicos y sociales.

El análisis de la adolescencia implica conocer el cómo fue la infancia, cómo están constituidos los vínculos, cómo se establecieron las relaciones, sus características biológicas y temperamentales, etc.

### **Imagen corporal**

Al hablar de imagen corporal es necesario enfrentar el concepto desde una perspectiva más amplia y crítica debido a los cambios de la sociedad actual, por tener de alguna manera cierta responsabilidad respecto a la salud mental que no se puede desconocer.

Los cambios económicos, que tienen relación con el exitismo, la autoexigencia y el exceso laboral de los padres; produce alteraciones a nivel familiar, lo que se manifiesta por un menor número de hijos y aumento en los divorcios, hecho que cambia la configuración de la sociedad. Si se enfoca en los trastornos de los adolescentes, se aprecia un mayor acceso a cirugías cosméticas influenciado por los cambios globales y no por una necesidad médica real.

La tecnología muestra modelos que cada día influyen el desarrollo de los adolescentes, ya sea a través de páginas de internet como Fotolog® o programas de chat, en donde se exponen representantes idealizados de belleza que en su gran mayoría corresponden a individuos frágiles

que quieren alcanzar y que no pueden. Es así que el adolescente famoso de hoy expone imágenes con mayor erotismo y contenido sexual para atraer a su grupo de pares hacia éstas páginas, lo que lo expone a riesgos. Entonces existe un cambio en los prototipos del exitismo, la perfección y los ideales de belleza.

Los medios de comunicación juegan un rol importante a través de la publicidad engañosa, ya que proyecta la búsqueda del éxito y la felicidad a través del cuerpo perfecto, que muchas veces resulta poco saludable. Se suma a lo anterior, el hecho de que la imagen corporal se va gestando desde la niñez y, por lo tanto, los padres ejercen una influencia transgeneracional, puesto que la madre o padre que fue sometido a cirugía plástica cosmética expone a su hijo a padecer el mismo trastorno. Además, la imagen toma gran importancia en la adolescencia, donde resulta fundamental para el desarrollo psicosocial de los jóvenes (Figura 1).

Es necesario entender que el desarrollo de los adolescentes es una espiral, que inicia en el desarrollo sensorio-motor y que adquiere capacidades de manera progresiva, en que cada etapa es necesaria para consolidar las etapas posteriores (Figura 2).

### **Epidemiología**

Este cuadro afecta entre 0,7 a 5,3% de la población general, ya que cifras en adolescentes en general hay pocas; entre 8 a 11% de la población consultante en dermatología y entre 6 a 15% de los pacientes sometidos a cirugías plásticas.

Se evidencia a partir de la adolescencia, con una prevalencia similar entre hombres y mujeres, en donde el pronóstico depende en alguna medida de la intervención precoz, ya que el 80% de los pacientes tiene ideación suicida. Es cuatro veces más frecuente en hijos de pacientes con TDC y, por lo tanto, es posible llevar a cabo la prevención secundaria (6-9).

### **Presentación**

Se produce por una forma localizada, por ejemplo el rostro, o una difusa como la vigorexia, en donde se asocia el uso de anabólicos con exceso de ejercicio y daño hepático y renal grave. Los usuarios de anabólicos pueden desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (Figura 3).

Los focos de preocupación son la piel en el 60% de los casos, el cabello en 50%, la nariz en 40%, 25% el color de piel; y síntomas dermatológicos como arrugas, manchas, marcas vasculares, acné, poros grandes, grasa, cicatrices, palidez, rojeces, excesivo vello o afinamiento del cabello; foliculitis y cicatrices; consecuencias del raspado de la piel y el arranque de vello imaginario. En tales circunstancias, se habla de las dermato y tricotilomanías (10).

Según los estudios, el 97% de los pacientes con TDC evitan las actividades sociales normales y ocupacionales debido al sentimiento de vergüenza por su apariencia. Muchos tienen una baja autoimagen y creen que un cambio en su imagen corporal aumentaría su autovaloración y mejoraría sus vidas considerablemente.

### Psicopatología

Este tema contempla una serie de entidades psicopatológicas. Existen pacientes con TDC que tienen rasgos obsesivos, en donde hay una obsesión por la belleza de manera desproporcionada; otros poseen rasgos fóbicos, en donde el eje central es el temor; también elementos psicóticos, contexto en el que se encuentran los pacientes más graves y cuyo diagnóstico diferencial es con esquizofrenia; y los rasgos afectivos en que los pacientes distorsionan su realidad por la fijación de los síntomas depresivos. Los trastornos de conducta alimentaria mantienen los ejes psicopatológicos sin existir un eje central, pues se produce la intersección entre los rasgos (Figura 4).

El elemento principal en estos pacientes es la dificultad en la configuración de la identidad, o vacío existencial, que en general se desarrolla en pacientes limítrofes.

### Formas de presentación

Las formas de presentación están ligadas a los espectros psicótico, obsesivo, fóbico y depresivo; a los trastornos del desarrollo de personalidad *borderline* o histriónico y a los trastornos de conducta alimentaria (11).

Entre las diferencias de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con TDC, destaca el hecho de que los pacientes TDC son egosintónicos (concepto que hace referencia a lo que está en equilibrio con la propia persona, su forma de ser, vivir, actuar y ver el mundo) y carecen de carácter intrusivo, en cambio aquellos TOC son egodistónicos (concepto que describe los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona que no son la norma del yo y que son incongruentes con la personalidad global); además el 50% de los pacientes TDC pueden tener ideación delirante en comparación con los pacientes TOC, lo que sucede en 5% de ellos; los factores ambientales son de gran importancia en TDC, pero en TOC persisten más elementos biológicos; la TDC presenta ideas sobrevaloradas que pueden ser delirantes, en tanto en TOC las ideas son intrusivas; y existe una menor conciencia de enfermedad en pacientes TDC, mientras que en TOC ésta conciencia es mayor.

Las diferencias por sexo muestran una mayor preocupación en los hombres que en las mujeres respecto al tema del cabello, ya que temen el quedar calvos, mientras que éstas se preocupan por el peso corporal y la aparición de canas. La piel en general es un elemento que no interfiere con el funcionamiento cotidiano de las personas, sino que satisfacen una necesidad no cubierta (12).

### Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

El 70% de los pacientes con TCA cumple criterios para TDC, pero solo el 35% de los pacientes con TDC cumple con criterios para TCA, ya que los que no cumplen estos criterios son pacientes ligados al espectro psicótico en hombres vigoréticos cuando las dismorfofobias son de origen facial. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran la depresión, fobias sociales, TOC, abuso de sustancias, trastornos de personalidad y la esquizofrenia (5, 13).

Respecto al tema del suicidio, el 80% presenta ideación suicida, 20 a 30% realiza intento suicida con elevadas tasas de suicidios, 45 veces más que la población en general de Estados Unidos. Los factores de riesgo reconocidos para suicidio corresponden a ser menor de edad, varón, con mala red de apoyo, asociación a comorbilidades, hospitalización psiquiátrica y elementos psicóticos (9, 14-17).

Los pacientes menores de edad inician la sintomatología de manera progresiva, lo que va a depender del funcionamiento familiar y de la contención de la clínica. Si los padres ejercen una función adecuada al colocar límites y acoger al niño, la sintomatología se vuelve algo transitorio, pero si es validado y avalado por una familia disfuncional, derivará en un peor desarrollo.

La psicopatología se enfoca principalmente en elementos psicóticos (preocupación obsesiva o en una preocupación psicótica distorsionada), los cuales son difíciles de delimitar del espectro de normalidad, ya que ésta última está dada por el cómo se configura un ser.

### Sexualidad

Existen muchas preocupaciones ligadas a la sexualidad, pues se producen alteraciones en la configuración de la orientación sexual que dificultan la integración a la realidad y la determinación del "yo soy" (*self* real) versus el "yo debería ser" (*self* ideal). Las complicaciones, en este contexto, son el daño social en el 99% de los casos, el daño profesional o académico en el 90%, las hospitalizaciones psiquiátricas en 46%, abandono de hogar en 29%, ideaciones suicidas en 80% e intentos suicidas en el 25% de los casos (18).

### Etiología

Para este tema, se describen alteraciones genéticas y agregaciones familiares ligadas al espectro obsesivo compulsivo. Algunos estudios de neuroimágenes, resultan inconsistentes, ya que no han sido replicados por revisiones más claras, pero sí se ha visto un claro rol de la serotonina evidenciado por la respuesta al tratamiento farmacológico. Se ha observado asimetría en los núcleos caudados y en el córtex parietal posterior (19).

Los datos más interesantes tienen relación con el procesamiento visual. En general, los sujetos con TDC muestran diferencias fundamentales comparadas con el grupo control en el procesamiento visual, en que se sugiere una codificación al detalle en lugar de un procesamiento holístico, es decir, los pacientes se

preocupan más por los detalles (sólo perceptibles por ellos) que por la imagen global. Esto no es necesariamente una distorsión, sino una interpretación alterada de la realidad, en donde estas anomalías pueden estar asociadas a detorsiones perceptivas evidentes en pacientes con TDC. Las alteraciones en el proceso visual se encuentran más allá de su propio aspecto, en el cómo ellos perciben su propia realidad (9).

En el campo del reconocimiento emocional, éste muestra un déficit, puesto que se evidencian alteraciones para identificar emociones en los otros, en especial el enojo, y un déficit en la teoría de la mente. Todo esto se encuentra en el contexto de los pacientes alexitímicos (incapacidad del sujeto para identificar emociones propias y, consecuentemente, la imposibilidad para darles expresión verbal).

También se ha asociado a abuso y maltrato, lo cual ha sido muy reportado en estos casos. Las experiencias abusivas alteran la configuración de la imagen corporal, sobre todo cuando son experiencias a nivel sexual; y los pacientes demuestran sentimientos de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, que a largo plazo se asocian con la autoestima y la configuración del yo (20).

### Tratamiento

El tratamiento debe ser multimodal, a pesar de que existan estudios que se sólo se enfocan a un tipo de tratamiento. Una revisión de la literatura destaca que el tratamiento farmacológico con fluoxetina y clomipramina presentan alguna evidencia en el manejo de esta patología, al igual que la psicoterapia cognitiva conductual, pero son tratamientos en el corto plazo que en general no tienen buen pronóstico. La psicoterapia resulta más efectiva que la farmacoterapia cuando se compara por separado, pero la farmacoterapia mejora su efectividad cuando se presentan casos con síntomas depresivos-ansiosos y con el espectro de TOC (21, 22).

El modelo cognitivo explica la presencia de una alteración de la atención selectiva, las distorsiones cognitivas, por lo cual este modelo ayuda a resolver las creencias y experiencias vitales relacionadas con la apariencia física, cuya base es cortar los circuitos de chequeo y evitación (rituales). En general, es una psicoterapia utilizada en TOC (23-24).

**Terapia Cognitivo Conductual.** Ha resultado efectiva en tratamientos a corto plazo, cuyo efecto se mantiene durante los seis meses posteriores al tratamiento, el cual abarca 12 semanas (25).

**Terapia Grupal.** Se demuestra una mejoría de los síntomas depresivos y de la imagen corporal, en un estudio de 12 semanas en 13 pacientes que fueron sometidos a sesiones grupales de 90 minutos (26).

**Psicofármacos.** Psicofármacos como la clomipramina y fluoxetina presentan los mayores reportes respecto al tratamiento. Fluoxetina muestra una buena respuesta en el corto plazo (27). Sin embargo, hay estudios abiertos con escitalopram y venlafaxina (28); se ha utilizado olanzapina como aumentador de la fluoxetina (29) y existen reportes de casos sobre el uso de antipsicóticos atípicos con buena respuesta, pero no se recomienda su asociación a inhibidores de la recaptación de serotonina, porque no se encontró evidencia de que mejore la sintomatología (25). Es necesario considerar que los antipsicóticos, utilizados en pacientes con síntomas del espectro obsesivo compulsivo, pueden aumentar los síntomas y empeorarlos.

### Pronóstico

- La mayoría de los pacientes presenta un curso crónico promedio de 15 años, con una variación de 11 años.
- Los tratamientos producen una mejoría parcial de la sintomatología.
- Se produce un deterioro a largo plazo en cerca del 50% de los pacientes, con el consecuente aumento del riesgo suicida.

Los factores de riesgo se relacionan con la gravedad, presencia de componente psicótico, el grado de alteración de la personalidad del paciente y la ausencia de tratamiento o tardanza del mismo, y/o que haya sido sometido a intervenciones no psiquiátricas (pacientes sometidos a múltiples cirugías plásticas) (30). No existen estudios de seguimiento a largo plazo ni estudios nacionales respecto al tema.

### Referencias

1. Montenegro M, Ornstein C, Tapia P. Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta Bioeth* 2006;12(2): 165-168. ↑
2. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2006 Summer;36(4):369-82. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
3. Conejo Garcia A, Moreno Pinilla M, Crespo Hervás D, Saiz Ruiz J. Complications of dysmorphophobia. Description of a self-mutilation case. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006 May-Jun;34(3):202-5. ↑ | [PubMed](#) |
4. Rosen J. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cogn Behav Pract* 1995;2:143-166. ↑ | [CrossRef](#) |
5. Castle DJ, Rossell S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006 Jun;29(2):521-38. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodynicki MP, Janniger CK, Schwartz RA. Body Dysmorphic disorder. *Int J Dermatol*. 2001 Nov;40(11):688-90. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Oct-Dec;17(4):205-10. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |

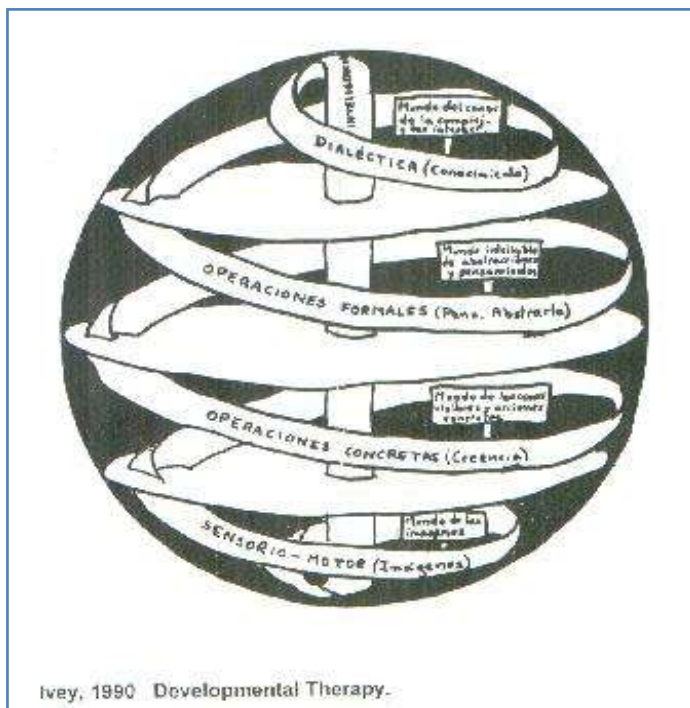
8. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998 May;101(6):1644-9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl.* 2006 Oct;30(10):1105-15. Epub 2006 Sep 26. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
10. Phillips KA, Conroy M, Dufresne RG, Menard W, Didie ER, Hunter-Yates J, et al. Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q.* 2006 Summer;77(2):129-38. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
11. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J.* 2004 Feb;80(940):67-71. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
12. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, Khan A, Tayyeb SM, et al. Body Dysmorphic Disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry* 2008 Apr 9;8:20. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
13. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord.* 2006 Jan;39(1):11-9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res.* 2006 Mar 30;141(3):305-14. Epub 2006 Feb 23. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
15. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry.* 2007 Dec;14(12):58-66. ↑ | [PubMed](#) | [PMC](#) |
16. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006 Jul;163(7):1280-2. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
17. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2005 Sep-Oct;46(5):315-21. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
18. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry.* 2000 Aug 15;48(4):287-93. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Dec;64(12):1417-25. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther.* 2006 Jan;44(1):99-111. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 1996 Sep;34(9):717-29. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1995 Apr;63(2):263-9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Neziroglu F, Yaryura JA. Exposure, response, prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behav Modif.* 1997 Jul;21(3):324-40. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
24. Gómez JC, Marks IM, Gutiérrez JL. Dismorphophobia: clinical features and outcome with behavior therapy. *Eur Psychiatry* 1994;9:229-35. ↑
25. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21;(1):CD005332. ↑ | [PubMed](#) |
26. Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, Deckersbach T. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behav Res Ther.* 1999 Jan;37(1):71-5. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
27. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Apr;59(4):381-8. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
28. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2006 May;21(3):177-9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
29. Phillips KA. Olanzapine augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry.* 2005 May;162(5):1022-3. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
30. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2005 Sep-Oct;46(5):315-21. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |



## Imágenes y Tablas



**Figura 1.** Ejemplo de distorsión de la imagen en forma cronológica.



**Figura 2.** Desarrollo en espiral en un contexto cultural y social.



**Figura 3.** Ejemplos de las formas de presentación.



**Figura 4.** Esquema de la psicopatología de los TDC.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.