

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

DIMENSIÓN HISTÓRICA, SÍNTOMAS Y NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

HISTORICAL DIMENSION, SYMPTOMS AND NEUROBIOLOGY OF DISORDER BODY DYSMORPHIC

DUBIS MARCELA RINCÓN BARRETO¹

FECHA DE RECEPCIÓN 25/10/2021 • FECHA DE ACEPTACIÓN 5/12/2021

Para citar este artículo: Rincón, Dubis (2022). *Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del Trastorno dismórfico corporal*. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 16(1) 49-56. <https://doi.org/10.21500/19002386.5797>

Resumen

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por una preocupación excesiva por una parte del cuerpo que resulta defectuosa; así como por la presencia de pensamientos sobre el cuerpo que resultan desagradables, intrusivos y difíciles de controlar. Este artículo presenta la dimensión histórica y la evolución de la clasificación del TDC, así como su semiología en correlación con la neurobiología que se ha descrito hasta la fecha. Para ello, se realizó una revisión de estudios acerca de la dimensión histórica, los síntomas y las comorbilidades del trastorno dismórfico corporal, llevados a cabo entre los años 2000 y 2020. Se emplearon las bases de datos PubMed, MedLine, Embase, Science Direct y Bibliomed y los descriptores “trastorno dismórfico corporal”, “evaluación de síntomas” y “comorbilidad” tanto en inglés como en español. Se encontró que el TDC está asociado a otros trastornos mentales y a síntomas como ideación e intentos de suicidio; en cuanto a la edad, se describe un inicio a los 16 años; y sobre la neurobiología del TDC, algunos estudios indican cambios en la corteza occipital y los circuitos frontoestriales. Sin embargo, es necesario generar nuevo conocimiento sobre el TDC con el fin de precisar los diagnósticos diferenciales y las nuevas formas de tratamiento.

Palabras clave: Cognición, Comorbilidad, Evaluación de síntomas, Salud mental, Trastorno Dismórfico Corporal.

¹ Universidad Católica Luis Amigó. <https://orcid.org/0000-0002-8322-889X> Dirección Postal: Transversal 51 A n.º 67b -90, Medellín, Colombia. Número de contacto: (604) 4487666. dubis.rinconba@amigo.edu.co

Abstract

Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by an excessive preoccupation with a defective body part, as well as the presence of thoughts about the body that are unpleasant, intrusive and difficult to control. This article presents the historical dimension and the evolution of the classification of BDD, as well as its semiology in correlation with the neurobiology that has been described to date. For this purpose, a review of studies about the historical dimension, symptoms and comorbidities of body dysmorphic disorder, conducted between 2000 and 2020, was performed. The databases PubMed, MedLine, Embase, Science Direct and Bibliomed and the descriptors “body dysmorphic disorder”, “symptom assessment” and “comorbidity” were used in both English and Spanish. It was found that BDD is associated with other mental disorders and symptoms such as suicidal ideation and attempts; as for age, an onset at 16 years is described; and on the neurobiology of BDD, some studies indicate changes in the occipital cortex and frontostriatal circuits. However, it is necessary to generate new knowledge on BDD in order to clarify differential diagnoses and new forms of treatment.

Keywords: Cognition, Comorbidity, Symptom assessment, Mental health, Body Dysmorphic Disorders.

Introducción

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es definido como una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas, las cuales generalmente no son percibidas por los demás (American Psychiatric Association (APA), 2014). En quienes lo padecen, los pensamientos sobre las partes del cuerpo que resultan desagradables se perciben como intrusivos y difíciles de controlar, lo cual los conduce a un desasosiego desproporcionado (Brohede et al., 2015), asimismo, estas personas exhiben comportamientos repetitivos, como mirarse compulsivamente en los espejos, asearse en exceso o camuflar las áreas del cuerpo que no les gustan, en un intento por ocultar o controlar los defectos percibidos, lo cual afecta su calidad de vida, en tanto puede conducir a una discapacidad ocupacional, pues las personas abandonan actividades sociales en las que se sienten expuestos; además en algunos casos, se puede presentar ideación o comportamiento suicida (Rincón et al., 2020).

En términos de la clasificación realizada en algunos manuales diagnósticos, se encuentra, por ejemplo, que en el DSM-5, el TDC se incluye en el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo con diversos grados de introspección y se distingue el subtipo trastorno dismórfico muscular (APA, 2014). No obstante, en anteriores clasificaciones, como en el DSM III (APA, 1980), se encontraba categorizado como trastorno somatomor-

fo atípico. En el DSM-III-R (APA, 1987) se menciona que no ocurría exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa, criterio modificado en el DSM-IV (APA, 1994), con el reconocimiento de la ocurrencia de ambas entidades. Posteriormente, en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se especificó una variante delirante comprendida en el espectro psicótico y una no delirante en el trastorno somatomorfo.

Por su parte, la CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1995) lo catalogó como un tipo de trastorno hipocondríaco de la sección somatomorfa e incluyó tanto al trastorno dismórfico corporal como a la dismorfofobia no delirante en el conjunto de trastornos hipocondríacos; la dismorfofobia delirante está clasificada como otro trastorno delirante persistente.

Considerando lo anterior, el TDC ha transcurrido por diferentes entidades patológicas y su clasificación ha transitado por algunas categorías como los trastornos somatomorfos; recientemente, fue ubicado en el trastorno obsesivo compulsivo (APA, 2014), en gran medida por la complejidad de los síntomas y la comorbilidad con trastornos como el de control de impulsos, de la conducta alimentaria, el de ansiedad, trastornos afectivos y el trastorno sexual compulsivo (Vargas et al., 2008). Sin embargo, es importante precisar la necesidad de generar mayores estudios acerca del TDC (en cuanto a semiología, inicio, curso, pronóstico del trastorno y correlatos neuroanatómicos), pues, si bien el TDC es conocido desde la clasificación del DSM III, solo hasta

hace aproximadamente una década se ha intensificado su estudio e investigación, lo cual lo hace un trastorno poco diagnosticado (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017; Rincón Barreto, 2019; Restrepo & Castañeda, 2020) pese a su prevalencia, la cual se estima en un 2 % de la población general y en un 15.6 % en personas que buscan cirugía estética; además, es más común que otras afecciones graves de salud mental, tales como la esquizofrenia y la anorexia nerviosa, que varían en prevalencia de 0.5 a 1 % en la población general. Algunas investigaciones han revelado que el TDC se encuentra asociado con otros trastornos mentales graves y que presenta síntomas como ideación e intentos de suicidio, los cuales han recibido escasa atención en investigación (Angelakis et al., 2015; Veale et al., 2016).

En cuanto a la neurobiología del TDC, se conoce que las personas con este diagnóstico presentan cambios a nivel de la corteza occipital y en los circuitos frontoestriales (conexión entre lóbulos frontales y cuerpo estriado) (Grace et al. 2017). No obstante, son escasas las investigaciones donde dichos correlatos neuroanatómicos sean relacionados con el desempeño de tareas neuropsicológicas.

De esta manera, el presente documento tiene como propósito presentar la dimensión histórica y la evolución de la clasificación del TDC, así como la semiología en correlación con la neurobiología del trastorno, que se ha descrito hasta la fecha, a fin de demostrar la importancia del desarrollo de mayores investigaciones que permitan construir conocimiento con miras a la generación de estrategias de intervención nuevas y eficaces.

A partir de la búsqueda de estudios relacionados con la dimensión histórica, los síntomas, las comorbilidades y la neurobiología del trastorno dismórfico corporal, realizados entre los años 2000 y 2020, y ubicados en las bases datos PubMed, MedLine, Embase, Science Direct y Bibliomed, utilizando los descriptores “trastorno dismórfico corporal”, “evaluación de síntomas”, “dismorfofobia” y “comorbilidad” tanto en inglés como en español, fue posible establecer las siguientes categorías para el análisis de la información: Dimensión histórica del TDC, epidemiología y comorbilidades del TDC y semiología del TDC y sus correlatos neurobiológicos, que se abordarán a continuación.

Dimensión histórica del TDC

El estudio de la relación que establecen las personas con su propio cuerpo data de la segunda mitad del siglo XIX y ha resultado relevante para disciplinas como la psiquiatría, en tanto se ha encontrado que, en algunos casos, dicha relación se caracteriza por el temor o la ansiedad que genera una imagen deformada de sí mismo. Morselli (1891) introdujo el término *dismorfofobia* para describir la preocupación por la propia deformidad, lo que, debido a la etimología del concepto –fobia a la deformidad corporal–, generó ambigüedades, pues dicho constructo agrupó las fobias, las obsesiones y las ideas fijas.

Luego, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987) introdujo el término de *trastorno dismórfico corporal (TDC)* para describir las actitudes negativas hacia el propio cuerpo; sin embargo, esto no disipó las ambigüedades conceptuales que conllevaba el término de *dismorfofobia*. El DSM III-R empleó el nuevo término permitiendo establecer de forma categorial los criterios para el diagnóstico, asimismo, clasificó los casos que presentaban intensidad delirante como *trastorno delirante (paranoide) de tipo somático* (APA, 1987). De otro lado, el DSM IV añadió el criterio de *falla o deterioro en el funcionamiento psicosocial clínicamente significativo* (APA, 1994).

Al respecto, Phillips et al. (2010) indicaron que las dificultades en la clasificación del TDC obedecían a que: 1) el criterio A podía beneficiarse de una nueva redacción, sin cambiar su enfoque o significado; 2) se requería de un criterio de importancia que permitiera diferenciar el TDC de las preocupaciones de apariencia normal; 3) el TDC y los trastornos alimentarios tienen algunas características superpuestas, por lo que debían diferenciarse; 4) el TDC no debía ampliarse para incluir el trastorno de identidad de integridad corporal o el síndrome de referencia olfatorio; 5) no existía evidencia concluyente para incluir características de diagnóstico o subtipos que fueran específicos de manifestaciones culturales, relacionadas con la edad o el género; 6) se requería agregar la *dismorfia muscular* como especificador por utilidad clínica, y 7) los criterios de la CIE-10 para el trastorno hipocondríaco no eran adecuados para el TDC; no hay evidencia empírica de que el TDC y la hipocondría sean el mismo trastorno.

Actualmente, el DSM-5 define el trastorno dismórfico corporal como una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas (APA, 2014) y es considerado un subtipo del trastorno obsesivo compulsivo, en tanto dicha preocupación puede ser definida como obsesión, expectativa aprehensiva o miedo y dificultades en la percepción, a la cual se agregan comportamientos compulsivos, por ejemplo, la práctica recurrente de cirugías plásticas, la rasgadura de la piel, la revisión en el espejo, el aseo excesivo y el camuflaje de partes del cuerpo (Grant & Phillips, 2005; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017). Asimismo, Bienvenu et al. (2000) indicaron la necesidad de precisar la relación existente entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el TDC, en tanto la evidencia disponible no permite establecer una clara asociación.

Epidemiología y comorbilidades del TDC

Para el TDC se ha descrito un inicio habitual alrededor de los 16 años (Coles et al., 2006; Conceição et al., 2012), aunque pueden detectarse síntomas claros desde los 12 o 13 años (Bjornsson et al., 2013). Además, el trastorno por sus características tiende a la cronicidad y se estima que la probabilidad de remisión total es baja (aproximadamente 20 % de los casos tratados) y las probabilidades de recaída son elevadas (en promedio 42 % de los casos tratados con éxito). No obstante, Flygare et al. (2020) afirman que los predictores más importantes para el tratamiento son los síntomas depresivos, más que el diagnóstico de depresión, la credibilidad del tratamiento, la alianza de trabajo y la gravedad inicial del trastorno.

Respecto al género, las tasas de prevalencia son muy parecidas. Sin embargo, algunos estudios indican que existen diferencias entre hombres y mujeres en relación con la parte del cuerpo sobre la que recaen las preocupaciones. En el caso de los hombres, la percepción sobre el defecto más habitual se centra en los genitales, la estructura corporal y el cabello, mientras que las preocupaciones más típicas de las mujeres son sobre la piel, el abdomen y el peso, además de preocuparse por una mayor cantidad de partes del cuerpo que los hombres (Camacho-Laraña et al., 2015). Otros datos demográficos indican que las personas con TDC tienen más probabilidad de vivir solas o de haberse divorciado

que las que no tienen el trastorno, además de presentar unas tasas de desempleo alrededor del 37 % (Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017).

González-Martí et al. (2012) mencionan que son diversas las conductas, derivadas de la distorsión en la imagen corporal, que poseen las personas con TDC. Esto debido principalmente a la relación con otros trastornos mentales, tales como el obsesivo compulsivo y el de la conducta alimentaria. De igual manera, resaltan la escasez de estudios que aporten información sobre su carácter clínico y la controversia que existe en cuanto a la clasificación de este trastorno bajo un criterio diagnóstico específico. Lo anterior, sumado a las diferencias existentes entre los dos sistemas de clasificación psiquiátricos más utilizados: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en cuanto a la semiología y curso de la enfermedad.

Por ejemplo, el TDC fue incluido en la categoría de los trastornos somatomorfos como una modalidad o subtipo de hipocondría solo a partir de la décima versión (CIE-10). En el caso del DSM, la tercera edición incluyó el TDC en la categoría de los trastornos somatomorfos, como ejemplo de un trastorno somatomorfo atípico (APA, 1980). En la versión revisada de esa edición (APA, 1987), el TDC pasó a ser una entidad diferenciada de la hipocondría, aunque se incluyó en el trastorno somatomorfo y adquirió el nombre de TDC. Actualmente, en el DSM-5 (APA, 2014), el TDC se considera un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo y, por tanto, se circunscribe en la nueva categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

En cuanto al tratamiento del TDC, se incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la terapia cognitiva conductual (TCC) (Vulink et al., 2016). Ambas modalidades de tratamiento se recomiendan en guías clínicas como la desarrollada por el Centro Nacional para la Salud Mental del Reino Unido, pero la evidencia actual no permite a los médicos decidir qué pacientes deben recibir qué tratamiento o si se les deben ofrecer ambos (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2006). Además, si bien

estos tratamientos son eficaces, los resultados son relativamente modestos, con pocos pacientes que logran la remisión y muchos requieren tratamiento a largo plazo. Por ejemplo, un metaanálisis reciente de estudios del uso de la TCC indicó que solo el 40-54 % de los pacientes que se inscribieron en estos ensayos respondieron positivamente al tratamiento, siendo inferior a la TCC para el trastorno obsesivo compulsivo, donde las tasas de respuesta son de 62-68 % (Öst et al., 2015; Harrison et al., 2016). *Semiología del TDC y sus correlatos neurobiológicos*

A nivel neuroanatómico, algunas investigaciones, como las realizadas por Grace et al. (2017; 2019) y en las cuales emplearon neuroimágenes en personas TDC, evidencian que estos pacientes presentan hipoactividad dentro de la corteza occipital lateral (la cual se relaciona con procesos visuales) y el precuneus (relacionado con el reconocimiento de rostros), particularmente dentro del hemisferio izquierdo, afectando el procesamiento visual de información relacionada con rostros y figuras. Otros hallazgos sugieren una posible alteración o cambios en los circuitos fronto-estriados (relación lóbulos frontales y cuerpo estriado) y temporo-parieto-occipitales (donde se procesan las imágenes faciales y la información emocional) en las personas con TDC (Buhlmann et al., 2006; Buhlmann et al., 2010). Por lo cual, Li et al. (2013) proponen un modelo en el que las anomalías de percepción visual, junto con la disfunción del sistema límbico y frontoestriatal, pueden combinarse para contribuir a los síntomas de deterioro de la percepción y pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos expresados en TDC.

A nivel neuropsicológico, Al-Adawi et al. (2001) exponen la relación entre algunas funciones cognitivas y el TDC, por ejemplo, el déficit en la atención y en la memoria, evidenciándose en un bajo desempeño académico de las personas con TDC, además de la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y el trastorno obsesivo compulsivo, para el cual se ha demostrado su correlación positiva con el déficit en funcionamiento cognitivo.

Asimismo, Feusner et al. (2010) sugieren que las personas con TDC presentan un déficit en el procesamiento perceptual y visuoespacial, por tanto, tienden a centrarse en los detalles de su apariencia omitiendo

aspectos globales o de configuración. Lo que explica la tendencia a focalizarse solo en una región del rostro omitiendo el resto del cuerpo, el cual posteriormente evalúan como defectuoso. Por ejemplo, en una situación experimental, en el uso de la prueba de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth (en la cual se solicita copiar una figura previamente diseñada) se evidenció que los pacientes con TDC tuvieron un bajo desempeño con relación a los sujetos del grupo control debido a las diferencias en las estrategias organizativas, incluida la recuperación selectiva de detalles en lugar de las características macro del diseño organizacional, lo que también sugiere déficit en la planeación y organización al momento de la copia de la figura.

Discusión

Considerando la evidencia revisada, se destacan algunos aportes con relación a la prevalencia del trastorno y su fuerte vínculo con la ideación y comportamientos suicidas, lo que significa una alerta en términos de salud mental, en tanto:

Con el uso de los dispositivos digitales y las redes sociales, la imagen corporal da cuenta de una valoración y una construcción intersubjetiva, lo cual trae consigo una sobrevaloración de la opinión del otro sobre mi propio cuerpo y una creciente necesidad de aprobación. (Rincón Barreto, 2019, p. 205).

Behar et al. (2016) manifiestan que los defectos que son objeto de preocupación dependen del país y cultura, por lo que se hace necesario conocer el comportamiento del TDC en contextos latinoamericanos, en tanto los factores socioculturales juegan un rol importante en el desarrollo del TDC (Buhlmann et al., 2011; Phillips et al., 2013; Phillips et al., 2015).

Respectos a la neurobiología del TDC, se han adelantado estudios que han permitido, la identificación de cambios en algunas estructuras neuroanatómicas, sin embargo, es necesario adelantar estudios, mediante los cuales se puedan establecer relaciones o asociaciones entre el funcionamiento de dichas estructuras y el desempeño en tareas cognitivas, con el propósito de generar evidencia que permita avanzar en el conocimiento del procesamiento neuropsicológico

(atención, procesamiento visual, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva) de las personas con TDC, robusteciendo así los aportes de la neuropsicología cognitiva al campo de la salud mental, en tanto se presume que puede existir una alteración cognitiva y emocional que explique la aparición y mantenimiento de dicho trastorno.

De esta manera, pese a los avances demostrados por algunos estudios, sigue considerándose escasa la evidencia empírica que permita una mejor comprensión del trastorno, dado que su semiología ha sido comprendida desde el reporte del paciente frente a la inconformidad o la preocupación excesiva por una parte del cuerpo que resulta defectuosa para él, pero no para lo demás, sin profundizar en la manera como estas personas procesan la percepción del propio cuerpo y cómo dicha imagen corporal es un proceso que involucra aspectos de tipo cognitivo y afectivo, pero también se correlaciona con la percepción visual y los mecanismos neuroanatómicos que subyacen a dicho proceso.

Lo anterior implicaría que, luego de conocerse mejor el desarrollo del trastorno, así como sus aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos, sea posible desarrollar nuevas formas multidimensionales de intervención las cuales involucren elementos del entrenamiento cognitivo, como la estimulación de procesos cognitivos, como la percepción visual, la atención, la memoria y algunas funciones ejecutivas como la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio.

Financiamiento: la preparación del manuscrito recibió financiamiento de la Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia.

Conflicto de intereses: la autora declara la inexistencia de conflicto de intereses.

Referencias

- Al-Adawi, S., Martin, R., Al-Naamani, A., Obeid, Y., & Al-Hussaini, A. (2001). Body dysmorphic disorder in Oman: cultural and neuropsychological findings. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 7(3), 562-567. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119058/emhj_2001_7_3_562_567.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.a ed. rev.). APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.a ed. rev.). APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. ta ed.). APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DMS IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Angelakis, I., Gooding, P., TARRIER, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 39, 1-15.
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144, 626-633. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art11.pdf>
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Grados, M. A., & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 893-903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23643073/>
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., & Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: a population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108-115.
- Buhlmann, U., Etcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(2), 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.03.006>

- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, *178*(1), 171-175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>
- Buhlmann, U., Gleiss, M. J., Rupf, L., Zschenderlein, K., & Kathmann, N. (2011). Modifying emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder: an experimental investigation. *Depress Anxiety*, *28*(10), 924-931. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21976271/>
- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*, 189-198. https://www.aeppc.net/wp-content/uploads/2020/05/02_2015_n3_varios.pdf
- Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B., & Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety*, *23*(1), 26-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16278832/>
- Conceição Costa, D. L., Chagas Assunção, M., Arzeno Ferrão, Y., Archetti Conrado, L., Hajaj Gonzalez, C., Franklin Fontenelle, L., Fossaluza, V., Constantino Miguel, E., Rodrigues Torres, A., & Gedanke Shavitt, R. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Depress Anxiety*, *29*(11), 966-975. <https://doi.org/10.1002/da.21980>
- Feusner, J. D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *67*(2), 197-205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124119/>
- Flygare, O., Enander, J., Andersson, E., Ljótsson, B., Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2020). Predictors of remission from body dysmorphic disorder after internet-delivered cognitive behavior therapy: a machine learning approach. *BMC Psychiatry*, *20*, 1-9. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-020-02655-4.pdf>
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2017). El trastorno dismórfico corporal: Un problema infradiagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (22), 69-84. http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/17929/pdf_86
- González-Martí, I., Fernández-Bustos, J. G., & Contreras Jordán, O. R. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia muscular (Vigorexia). *Revista de psicología del deporte*, *21*(2), 351-358. <http://ddd.uab.cat/record/105921/>
- Grace, S., Labuschagne, I., Kaplan, R., & Rossell, S. (2017). The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (83), 83-96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017915/>
- Grace, S., Lin, W., Buchanan, B., Castle, D., & Rossell, S. (2019). Impaired recognition of negative facial emotions in body dysmorphic disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *25*(8), 884-889. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099324/>
- Grant, J., & Phillips, K. (2005). Recognizing and Treating Body Dysmorphic Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, *17*(4), 205-210. <http://dx.doi.org/10.1080/10401230500295313>
- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Rada, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, *48*, 43-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27393916/>
- Lin, W., Arienzo, D., & Feusner, J. D. (2013). Body dysmorphic disorder: neurobiological features and an updated model. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *42*(3), 184-191. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25419211/>
- Morselli, E. (1891). Sulla dismorfofobia et sulla tafefobia due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse. *Bollettino della. Regia Accademia delle Scienze Mediche di Genova*, *6*, 110-119.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*

- der and Body Dysmorphic Disorder*. British Psychological Society. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834191/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - 10a. revisión (CIE-10).
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical psychology review*, 40, 156-169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Phillips, K., Wilhelm, S., Koran, L., Didie, E., Fallon, B., Feusner, J., & Stein, D. (2010). Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V. *Depress Anxiety*, 27(6), 573-591.
- Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., & Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 43(5), 1109-1117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23171833/>
- Phillips, K. A., Zai, G., King, N. A., Menard, W., Kennedy, J. L., & Richter, M. A. (2015). A preliminary candidate gene study in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 72-76. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211364915300051>
- Restrepo, J. E., & Castañeda Quirama, T. (2020). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.003>
- Rincón Barreto, D. M. (2019). En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), 209-212. <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.3366>
- Rincón Barreto, D. M., Restrepo Escobar, S. M., Correa Pérez, L. F., Ospina Duque, J. J., & Montoya Arenas, D. A. (2020). Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 19(1), 1-16. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3133/2687>
- Vargas, L. A., Palacios, L., González, G., & De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 31, 283-289.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Vulink, N. C., Planting, R. S., Figeer, M., Booij, J., & Denys, D. (2016). Reduced striatal dopamine D_{2/3} receptor availability in Body Dysmorphic Disorder. *European neuropsychopharmacology*, 26(2), 350-356. <https://doi.org/10.1016/j.euro-neuro.2015.11.018>