

Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología

Body dysmorphic disorder: a review of clinical dimensions, neurobiology, and neuropsychology

Transtorno dismórfico corporal: uma revisão das dimensões clínicas, neurobiologia e neuropsicologia

DOI: 10.18270/chps.v19i1.3133

Recibido: 9-06-2020 **Aceptado:** 13-07-2020

<https://revistas.usb.edu.co/index.php/UJR>

***Dubis Marcela Rincón Barreto**

Universidad Católica Luis Amigó. Medellín – Colombia.
dubis.rinconba@amigo.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8322-889X>

Sandra Milena Restrepo Escobar

Universidad Católica Luis Amigó. Medellín – Colombia.
sandra.restrepoes@amigo.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/000-0002-1459-858X>

Luisa Fernanda Correa Pérez

Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia.
luisa.correape@amigo.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5053-691X>

Jorge Ospina Duque

Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia.
jhospina@une.net.co

David Andrés Montoya Arenas

Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín – Colombia.
david.neuropsi@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6647-4696>



Copyright: ©2019.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial- NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0)

Declaración de disponibilidad de datos: Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

Conflicto de intereses: Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Resumen

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) corresponde a una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas, que no son observables o parecen sin importancia para otras personas. **Objetivo:** este trabajo constituye una revisión narrativa sobre el estado del conocimiento de los aspectos neurobiológicos, neuropsicológicos y dimensiones clínicas del TDC. **Método:** para ello, se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, MedLine, Embase, Science Direct y Bibliomed, y se utilizaron los descriptores “trastorno dismórfico corporal” “funcionamiento cognitivo” “dismorfofobia” y “procesamiento cognitivo”, tanto en inglés como en español. **Resultados:** se encontró que el TDC se sitúa dentro del trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados, una categoría diferente a la de los trastornos de ansiedad en la cual se incluía anteriormente. Las personas con TDC presentan dificultades en el procesamiento perceptual visual y la atención selectiva; en algunos casos, también pueden aparecer cambios en la corteza visual, así como en las estructuras límbicas y frontoestriales. Se identificó que los individuos diagnosticados con TDC tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar ideación suicida y mayor riesgo de participar en intentos de suicidio. **Discusión:** es necesario actualizar la intervención clínica y generar nuevas líneas de investigación al respecto; el TDC es un desorden complejo que actualmente es más prevalente dadas las recientes demandas del contexto respecto al valor social del cuerpo.

Palabras clave: Trastorno Dismórfico Corporal; Imagen Corporal, Neurobiología; Neuropsicología, tratamiento.

Abstract

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is an excessive concern for physical defects or imperfections and is considered a subtype of obsessive compulsive disorder. **Purpose:** this paper constitutes a narrative review of the state of knowledge of neurobiological, neuropsychological and clinical dimensions of BDD. **Method:** for doing so, a search was carried out in the PubMed, MedLine, Embase, Science Direct and Bibliomed databases. Besides, the descriptors “body dysmorphic disorder”, “cognitive functioning”, “dysmorphophobia” and “cognitive processing” were used both in English and Spanish. **Results:** TDC was found to be within obsessive compulsive disorder and other related disorders, a category different from that of anxiety disorders in which it was previously included. People with BDD present difficulties in visual perceptual processing and selective attention. In some cases, changes in the visual cortex and in limbic and frontostriatal structures also emerge. It was identified that individuals diagnosed with BDD are four times more likely to experience suicidal ideation and more likely to participate in suicide attempts. **Discussion:** it is necessary to update the clinical intervention and generate new lines of research in this regard, since the TDC is a complex disorder that is currently more prevalent, given the recent demands of the context regarding the social value of the body.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder; Body Image, Neurobiology; Neuropsychology, treatment.

Résumé

Le Trouble Dismorphique Corporel (BDD) correspond à une préoccupation excessive pour les défauts ou imperfections physiques, qui ne sont pas observables ou semblent sans importance pour les autres. **Objectif:** ce travail constitue une revue narrative de l'état des connaissances sur les aspects neurobiologiques, neuropsychologiques et cliniques de la CDT. **Méthode:** pour cela, une recherche a été effectuée dans les bases de données PubMed, MedLine, Embase, Science Direct et Bibliomed. Également, les descripteurs “trouble dysmorphique corporel”, “fonctionnement cognitif”, “dysmorphophobie” et “traitement cognitif” ont été utilisés en anglais comme en espagnol. **Résultats:** il a été constaté que le CDT se situe dans le trouble obsessionnel compulsif et d'autres troubles apparentés, une catégorie différente des troubles anxieux dans lesquels il était précédemment inclus. Les personnes atteintes de CDD ont des difficultés dans le traitement de la perception visuelle et l'attention sélective, et dans certains cas, des changements dans le cortex visuel et dans les structures limbiques et frontostriales. Les personnes diagnostiquées avec une CDD ont été identifiées comme étant quatre fois plus susceptibles d'éprouver des idées suicidaires et plus susceptibles de participer à des tentatives de suicide. **Discussion:** il est nécessaire de mettre à jour l'intervention clinique et de générer de nouvelles pistes de recherche à cet égard, étant donné que la CDD est un trouble complexe qui est actuellement plus répandu, compte tenu des exigences récentes du contexte concernant la valeur sociale du corps.

Mots clés: trouble dysmorphique corporel; Image corporelle, neurobiologie; Neuropsychologie, traitement.

Resumo

O transtorno dismórfico corporal (TDC) é uma preocupação excessiva por defeitos físicos ou imperfeições e é considerado um subtipo de transtorno obsessivo-compulsivo. **Objetivo:** este artigo constitui uma revisão narrativa do estado do conhecimento das dimensões neurobiológicas, neuropsicológicas e clínicas do TDC. **Método:** para isso, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, MedLine, Embase, Science Direct e Bibliomed e os descritores “transtorno dismórfico corporal” “funcionamento cognitivo” “dismorfofobia” “processamento cognitivo” foram utilizados em inglês. **Resultados:** O TDC foi encontrado dentro do transtorno obsessivo-compulsivo e em outros distúrbios relacionados, uma categoria diferente da dos transtornos de ansiedade nos quais foi previamente incluído. Pessoas com TDC apresentam dificuldades no processamento da percepção visual e atenção seletiva e, em alguns casos, alterações no córtex visual e nas estruturas límbicas e frontostriais. Foi identificado que indivíduos diagnosticados com TDC têm quatro vezes mais chances de experimentar ideação suicida e mais chances de participar de tentativas de suicídio. **Discussão:** é necessário atualizar a intervenção clínica e gerar novas linhas de pesquisa nesse sentido, uma vez que o TDC é um distúrbio complexo que atualmente é mais prevalente, dadas as demandas recentes do contexto em relação ao valor social do corpo.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Imagem Corporal Neurobiologia; Neuropsicologia, tratamento

Introducción

La experiencia individual del propio cuerpo, así como la conciencia sobre su apariencia, se determinan a partir de las emociones, las prácticas y el contexto que acompaña la construcción de la percepción de este, configurando así la imagen corporal o la representación mental de la figura corporal, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo (Cash, 1990; Raich, 2004). Dicha representación permite el desarrollo de la actitud o la valoración que cada individuo realiza de este, en la que se involucran aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y comportamentales. En palabras de Cash (1990, 1997), la actitud hacia el propio cuerpo se define como una experiencia que ocurre de manera ascendente, iniciando por la percepción, seguida de la construcción cognitiva de la imagen, la cual es traducida en la vivencia emocional y valorativa de dicha imagen, que conlleva a la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo.

Por tanto, la conducta auto reflexiva frente a una parte del cuerpo que la persona valora como defectuosa, corresponde con dicho componente cognitivo y perceptivo, previamente disponible, por lo que, en algunos, es posible desarrollar una actitud o relación patológica hacia sí mismo (Sánchez-Núñez & López-Silva, 2013).

Antecedentes

Desde la segunda mitad del siglo XIX, disciplinas como la psiquiatría, se han interesado por el estudio de la relación que los individuos establecen con su propio cuerpo, así como la valoración que resulta de dicha relación; en algunos casos, esta suele caracterizarse por el temor o la ansiedad que genera una imagen deformada del propio cuerpo. Por tanto, en ese contexto temporal, Morsellí (como se citó en Berrios, 1996), introdujo el término *dismorfofobia* para describir la preocupación por la propia deformidad, lo que, posteriormente, dado el sentido literal del concepto -fobia a la deformidad corporal- y de acuerdo con la psicopatología de la época, generó ambigüedades, pues dicho constructo agrupó las fobias, las obsesiones y las ideas fijas. Desde entonces, se introdujo el concepto *dismorfofobia*, el cual ha sido objeto de diferentes cambios, en gran parte, por la confusión que generaba la utilización del sufijo *fobia* y por la escasa evidencia empírica de dicha clasificación (Meneses & Moncada, 2008).

En consecuencia, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1987) introdujo el término de *trastorno dismórfico corporal* (TDC) para describir las actitudes negativas respecto a sí mismo; sin embargo, esto no dispuso las ambigüedades conceptuales mencionadas anteriormente. Por tal razón, el DSM III-R empleó el nuevo término, el cual permitió establecer de forma categorial los criterios para el diagnóstico; así mismo, clasificó los casos que presentaban intensidad delirante como *trastorno delirante* (paranoide) de tipo somático (APA, 1987). El DSM IV añadió el criterio de *falla o deterioro en el funcionamiento psicosocial clínicamente significativo* (APA, 1994). Por su parte, el CIE-10 incluye al *trastorno dismórfico corporal* y a la *dismorfofobia no delirante* como *trastornos hipocondriacos*; por otra parte, la llamada *dismorfofobia delirante* es clasificada como otro *trastorno delirante persistente*.

Actualmente, el DSM – 5 define el *trastorno dismórfico corporal* (TDC), como una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas, las cuales no son observables o parecen no tener importancia para otras personas y se encuentra clasificado dentro del grupo de *trastornos relacionados al trastorno obsesivo compulsivo* (APA, 2014), con el cual suele ser comórbido, al igual que con los *trastornos del control de los impulsos*, de la *conducta alimentaria* y el *trastorno sexual compulsivo* (Vargas, Palacios, González, & De la Peña, 2008).

En el TDC, la preocupación por un defecto físico 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, rasgadura de la piel, revisión en el espejo, aseo excesivo y camuflaje (Grant & Phillips, 2005; Sánchez-Núñez, & López-Silva, 2013; Giraldo-O'Meara & Belloch, 2017). Al respecto, Phillips, Wilhelm, Koran, Didie, Fallon, Feusner & Stein (2010) precisaron sobre las dificultades que se encuentran en la clasificación realizada en el DSM- 5:

1. El criterio A puede beneficiarse de una nueva redacción, sin cambiar su enfoque o significado;
2. se requiere de un criterio de importancia que permita diferenciar el TDC de las preocupaciones de apariencia normal;
3. el TDC y los trastornos alimentarios tienen algunas características superpuestas, por lo que deben diferenciarse;
4. el TDC no debe ampliarse para incluir el trastorno de identidad de integridad corporal o el síndrome de referencia olfatorio;
5. no hay evidencia concluyente para incluir características de diagnóstico o subtipos que sean específicos de manifestaciones culturales, relacionadas con la edad o el género;
6. agregar dismorfia muscular como especificador puede tener utilidad clínica; y
7. Los criterios de la CIE-10 para el trastorno hipocondríaco no son adecuados para el TDC; no hay evidencia empírica de que el TDC y la hipocondría sean el mismo trastorno.

En esta misma línea, Bienvenu, Samuels, Riddle, Hoehn-Saric & Liang (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. En la nueva clasificación del CIE-11 se observa que el TDC hace parte del trastorno obsesivo compulsivo y se agregan especificaciones como: TDC con una introspección de regular a buena, TDC con una introspección deficiente o ausente, o TDC sin especificación.

De este modo, Blanke, (2012) afirma que la representación del cuerpo se inserta como un concepto complejo (embodied body) que involucra la integración multi y somatosensorial, el procesamiento visual, auditivo-vestibular, así como las señales motoras y viscerales del sistema nervioso autónomo. En este sentido, Hanna & Thompson (2003) proponen distinguir entre la experiencia del propio cuerpo y el cuerpo físico, es decir, diferenciar entre el cuerpo sujeto y el cuerpo objeto, en tanto, el primero corresponde a la vivencia o experiencia que cada persona tiene sobre su cuerpo, mientras que el segundo responde al estudio o perspectiva que un tercero tiene sobre el cuerpo del otro, tal como lo hacen disciplinas como la anatomía y la fisiología (Sestito, Raballo, Stanghellini & Gallese, 2017). En esta misma línea, Candini et al. (2016) plantean que el reconocimiento del propio cuerpo resulta del procesamiento simultáneo de estímulos visuales, de las señales somato sensoriales y propioceptivas, así como de la información motora. Por lo tanto, conviene distinguir entre el conocimiento implícito y el conocimiento explícito sobre el cuerpo.

Finalmente, este artículo presenta una revisión narrativa sobre el trastorno dismórfico corporal con el propósito de mostrar la evolución conceptual y diagnóstica, así como los aportes a la comprensión del trastorno desde los hallazgos realizados por la neurología, la neuropsicología y la neuropsiquiatría que contribuyen a la actualización en la intervención clínica. Por último, el presente trabajo busca evidenciar la pertinencia de generar líneas de investigación al respecto.

Método

Se realizó una revisión narrativa de los estudios realizados entre los años 2000 y 2019 acerca del funcionamiento cognitivo en el trastorno dismórfico corporal. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, MedLine, Embase, Science Direct y Bibliomed, y se utilizaron

los descriptores “trastorno dismórfico corporal”, “funcionamiento cognitivo”, “dismorfofobia”, “procesamiento cognitivo” y “neuropsicología”, tanto en inglés como en español. Adicionalmente, se utilizó una búsqueda en cadena para recuperar estudios de la fuente primaria. Cabe mencionar que no se consideró literatura gris.

Criterios para seleccionar los estudios para la revisión

Se seleccionaron estudios de diferentes diseños, clasificados conforme el nivel de evidencia propuesto por Stetler et al. (1998). No se consideraron editoriales o artículos de opinión clasificados como estudios de nivel VI.

Métodos de revisión

Para sistematizar el análisis de la calidad de los estudios se revisó la información referente a título, autores y metodología desarrollada. Para el análisis crítico de la lectura se tuvieron en cuenta los criterios de revisión de la guía CASPe. En esta revisión se incluyeron un total de 30 estudios. Los resultados de la búsqueda se indican en la figura 1.

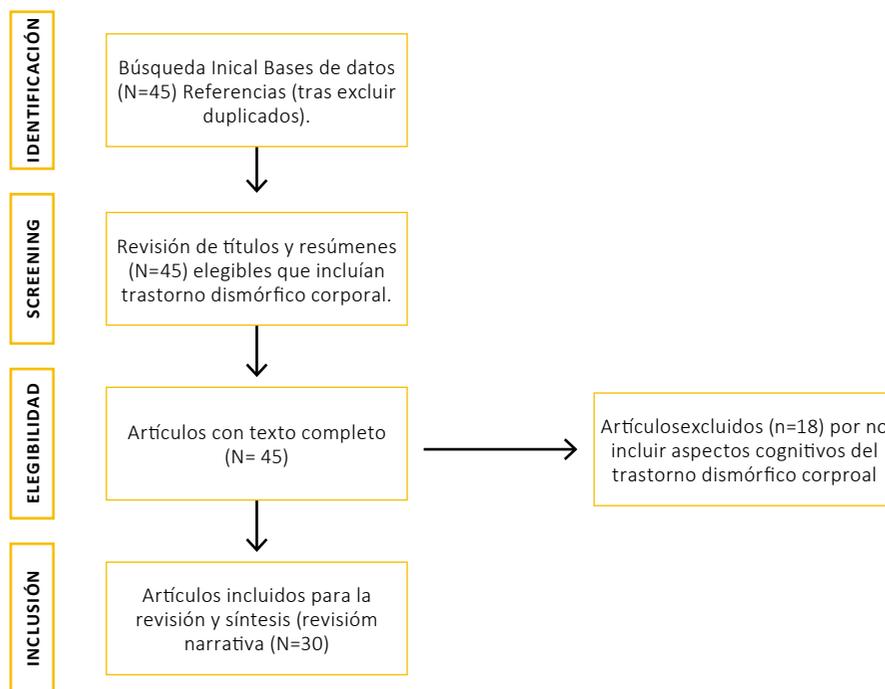


Figura 1. Selección de resultados

Resultados

En el apéndice A, se presentan los resultados de la revisión narrativa, teniendo en cuenta los siguientes elementos para el análisis de la información: dimensiones clínicas, en donde se incluye la actualidad nosológica del TDC, aspectos epidemiológicos y terapéuticos; la neurobiología y neuropsicología del TDC.

Actualidad nosológica del TDC

Una vez el DSM – 5 sitúa el TDC como un subtipo del trastorno obsesivo compulsivo, también establece una relación entre el TDC con los trastornos de ansiedad. Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2013), entre 1990 y 2013, el número de personas que sufrían de ansiedad aumentó en casi un 50%, de 416 a 615 millones.

En América, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en el servicio de atención primaria, estimándose su prevalencia anual entre el 3 y el 8% (García-Campayo, Caballero, Pérez, & López, 2012); sin embargo, en cuanto al trastorno dismórfico corporal (TDC), no se incluyen datos para esta población. De igual manera, González- Marti, Fernández & Contreras (2012) resaltan la escasez de estudios que aporten información sobre el carácter clínico del TDC y la controversia que existe en cuanto a la clasificación de este trastorno bajo un criterio diagnóstico específico, debido a las diversas dimensiones sintomáticas y conductas derivadas de la distorsión en la imagen corporal que hacen parte esencial en los pacientes con TDC, las cuales se relacionan con otros trastornos mentales, tales como el trastorno obsesivo compulsivo mismo y los trastornos de la conducta alimentaria.

Aspectos epidemiológicos

Respecto a la prevalencia del TDC, Rief et al. (2006) identificaron que el 1,7% de 2552 individuos presentaron un trastorno dismórfico corporal y reportaron tasas más altas de ideación suicida (19%) e intentos de suicidio debido a problemas de apariencia (7%), en comparación con las personas que no cumplieron con los criterios para dicho trastorno. En esta misma línea, Angelakis, Gooding, & Panagioti (2016), mediante una revisión sistemática de los resultados de 37 investigaciones realizadas en Estados Unidos y Europa, cuyo objetivo fue establecer las asociaciones entre el TDC y pensamientos suicidas, intentos y muertes, demostraron que las personas con TDC tenían una alta probabilidad de experimentar ideación suicida (tasa media del 46%) e intentos de suicidio (tasa media del 18%), lo que se atribuye exclusivamente a los síntomas de este trastorno, como las preocupaciones por la imagen corporal. Así mismo, Greenberg, Phillips, Steketee, Hoepfner, & Wilhelm (2019) confirmaron que la tendencia suicida en TDC no ha recibido suficiente atención en la investigación, en tanto que los individuos diagnosticados con TDC tenían cuatro veces más probabilidades de experimentar ideación suicida y 2.6 veces más probabilidades de participar en intentos de suicidio, en comparación con las personas sin TDC.

Por otra parte, Giraldo-O'Meara (2017) señalan que pese al conocimiento sobre el TDC solo en la última década, se ha intensificado su estudio e investigación, considerándose aún subdiagnosticado, aún más cuando se considera escasa la evidencia empírica sobre los aspectos neurobiológicos y neuropsicológicos del TDC como entidad nosológica particular, independiente del trastorno obsesivo compulsivo, sobre el cual ya se han establecido los correlatos neuropsicológicos, tales como déficit en procesos atencionales y en procesamiento perceptual visual y neuroanatómicos, relacionados con cambios en la corteza visual y los circuitos frontoestriados (Grace, Labuschagne, Kaplan & Rossell, 2017). No obstante, algunas aproximaciones han permitido establecer algunos aspectos relacionados con el déficit en funciones cognitivas y la aparición del TDC.

Aspectos terapéuticos

En cuanto al tratamiento, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la más indicada en el manejo del TDC (Grant & Phillips, 2005; Greenberg et al, 2014) a partir de técnicas como la reestructuración cognitiva, prevención (ritual) de respuesta y exposición (Cuevas-Yust, Delgado-Rios, & Escudero-Pérez, 2017; Greenberg et al., 2019); y en combinación con terapias psicofarmacológicas con inhibidores de la recaptación de serotonina (Phillips, Albertini & Rasmussen, 2002) y, eventualmente, con otros antidepresivos y antipsicóticos atípicos (Behar, Arancibia, Heitzer & Meza, 2016).

Neurobiología y Neuropsicología del TDC

En cuanto a los correlatos neuropsicológicos del TDC, Adawi, Naamani, Obeid, & Hussaini (2001) mediante un estudio de caso, expusieron la relación entre algunas funciones cognitivas y el TDC, destacando las dificultades en la atención y la memoria que presentan este tipo de pacientes,

quienes tienden a presentar un bajo desempeño académico. Adicionalmente, demostraron la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y el trastorno obsesivo compulsivo, dada su correlación positiva con el déficit en funcionamiento cognitivo.

Adicionalmente, los pacientes con TDC presentan un déficit en el procesamiento perceptual y visuoespacial, por lo que tienden a centrarse principalmente en los detalles de su apariencia, omitiendo aspectos globales o de configuración (Monzani, Krebs, Anson, Veale & Mataix, 2013). Esto, en relación con la hipoactivación en la corteza occipital y anomalías en el sistema visual primario, así como la hiperactividad frontoestriatal que puede asociarse con la aversión hacia el propio cuerpo y la presencia de síntomas de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos (Feusner, Townsend, Bystritsky, & Bookheimer, 2007; Feusner, Moody, Hembacher, Townsend, McKinley, Molle y Bookheimer, 2010; Li, Arienzo, Feusner, 2013; Toh, Castle & Rossell, 2015a).

Por su parte, Johnson, Williamson & Wade (2018), a partir de una revisión sistemática para la cual tuvieron en cuenta 23 estudios realizados hasta el año 2017, afirman que el TDC se caracteriza por alteraciones en el procesamiento visual, déficit de memoria, sesgos interpretativos y alteración en la atención selectiva visual, en particular hacia el defecto imaginado en la apariencia. Por su parte, Stangier, Adam-Schwebe, Müller, Wolter & Manfred, (2008); Grochowski, Kliem, & Heinrichs, (2012); Greenberg et al. (2014), concluyeron que, en el TDC, el foco atencional se percibe como amenazante y se generan fallas en la interpretación de la apariencia de los estímulos, primordialmente faciales y corporales. Esto provoca sentimientos de ansiedad y disgusto, así como una sobrevaloración de los atributos negativos, lo que contribuye a la susceptibilidad y al mantenimiento del trastorno. Lo anterior exacerba las conductas relacionadas con procedimientos estéticos y la revisión en el espejo como una estrategia para controlar los síntomas de ansiedad (Sánchez-Núñez & López-Sil, 2013).

En este punto, cabe aludir al trabajo experimental de Angelakis et al. (2016), quienes usaron la prueba de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth. Se pudo evidenciar 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. No obstante, Hübner et al.(2016), a partir de un estudio comparativo con pacientes con TDC, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y controles mentalmente saludables (32 por grupo, respectivamente), indicaron que no existe una mayor sensibilidad perceptiva estética en las personas con TDC, en tanto los grupos no diferían con respecto a su capacidad para identificar correctamente los defectos faciales cuando se les presentaban los rostros de otras personas.

Respecto a la fisiopatología de este trastorno, existe evidencia respecto a la desorganización generalizada de las redes neuronales involucradas en el control cognitivo y la interpretación de información emocional. A nivel funcional, se ha encontrado una hipoactividad dentro de la corteza occipital lateral y el precuneus, sugiriendo una especie de “atajo” dentro de la red occipitotemporal, donde la información visual de primer orden viaja desde áreas visuales primarias a regiones temporales, particularmente dentro del hemisferio izquierdo. Esto afecta principalmente el procesamiento visual de información relacionada con rostros y figuras (Arienzo et al., 2013; Toh, Castle, & Rossell, 2015b; Grace et al. 2017; Beilharz, Castle, Grace, Rossell, 2017).

Por su parte, Feusner et. al, (2010), en un estudio de casos y controles (17 participantes sin uso de medicación y diagnosticados con TDC), evidenciaron, mediante el uso de neuroimágenes, cambios a nivel estructural, relacionados con disminución del volumen de la corteza orbito frontal, el tálamo, la porción izquierda de la amígdala, el hipocampo izquierdo y un incremento en el tamaño del núcleo caudado izquierdo, constituyendo cambios en los circuitos frontoestriados y límbicos, así como en circuitos temporo-parieto-occipitales. Esto es coherente con la presentación fenotípica del TOC, en la cual se presentan modificaciones en los sistemas serotoninérgicos y

dopaminérgicos, los cuales juegan un papel importante en el funcionamiento del circuito cortico-estriado-tálamo- cortical (Pauls, Abramovitch, Rauch & Geller, 2014). Así mismo, en un estudio referenciado por Grace et al, (2017) se evidenció la disminución en la densidad de la unión del receptor de serotonina en seis pacientes con TDC y ciertas asociaciones de tendencias en genes de serotonina y GABA-érgico. No obstante, los autores plantean la necesidad de continuar con estudios de tipo genético que permitan avanzar en esta área (Phillips, Zai, King, Menard, Kennedy & Richter, 2015; Vulink, Planting, Figeo, Booij & Denys, 2016).

Discusión

En esta revisión, se describieron los avances en el estudio y conceptualización del TDC, partiendo de la psicopatología, la nosología y la neurobiología, específicamente en los correlatos neuropsicológicos, neuroanatómicos y neurofisiológicos que se conocen hasta el momento sobre este trastorno. En general, se encontró que la percepción del propio cuerpo, así como diferenciarlo y compararlo con el de otra persona, hace parte del funcionamiento cognitivo humano y tiene relevancia para la construcción de la identidad propia y las interacciones sociales (Burke, Majid, Manzouri, Moody, Feusner & Savic, 2019; Rincón et al., 2019).

En el TDC, dicha percepción sobre el propio cuerpo suele caracterizarse por un sesgo de interpretación negativo sobre alguna parte del cuerpo (generalmente, el rostro), el cual, según Adawi et al. (2001), se configura de manera independiente a la cultura, es decir, no corresponde a patrones o estereotipos sociales. Contrario a lo anterior, Buhlmann, Etcoff & Wilhelm, (2006); Behar et al. (2016) consideran la relevancia de los factores socioculturales en la configuración y desarrollo del trastorno, pues afirman que, en el TDC, los defectos que son objeto de preocupación suelen ser distintos, dependiendo del país y la cultura.

Las personas con TDC suelen estar preocupadas con la idea de que algún aspecto de su apariencia es poco atractivo o deformado. Con frecuencia, esto se asocia a una sensación de miedo al rechazo, baja autoestima y vergüenza; los afectados se sienten poco dignos e inferiores, aunque en la mayoría de los casos, estos pacientes tienen poca conciencia de la enfermedad y aproximadamente el 50% de ellos, presenta ideas delirantes (Buhlmann et al. 2006; Sandoval, García & Pérez, 2009).

A nivel cognitivo, las personas con TDC presentan dificultades en el procesamiento perceptual visual, omiten detalles configuracionales y en la atención selectiva, y se enfocan especialmente en aspectos locales o detallados del rostro. Sin embargo, Johnson et al. (2018) señalan que no existe una correlación fuerte entre los resultados del procesamiento visual y la atención selectiva, principalmente por la variabilidad metodológica de los estudios realizados. Por ejemplo, no hubo consistencia en los instrumentos empleados y la población estudiada. En la mayoría de los trabajos revisados, no se distinguieron las imágenes de rostros de personas comunes y personajes famosos durante el procesamiento visual de rostros, lo que pudo influir en una sobrevaloración de los rasgos; de igual forma, los estudios se llevaron a cabo con personas institucionalizadas con tratamiento farmacológico, sin incluir un grupo de comparación.

En esta línea, Hübner et al. (2016) indicaron que, al estudiar el proceso de discriminación facial en personas con trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y personas sin antecedentes psiquiátricos, no se evidenciaron diferencias entre los grupos, respecto a la identificación de defectos faciales en los rostros de otras personas. Por lo tanto, no fue posible respaldar la hipótesis de una mayor sensibilidad perceptiva estética general en individuos con y sin TDC.

Respecto a la neuroanatomía y neurofisiología del TDC, se han identificado cambios en la corteza visual y en estructuras límbicas y frontoestriatales (Li et al., 2013; Grace et al., 2017), que hacen parte de una red occipitotemporal, donde se procesa la información visual de primer orden y

viaja desde las áreas primarias visuales hacia las regiones temporales, particularmente dentro del hemisferio izquierdo, donde se identifican los detalles y se codifica estructuralmente la información visual (Feusner et al., 2010; Leow, 2012; Arienzo et al., 2013). Por lo tanto, dichos cambios se asocian con dificultades en el procesamiento perceptual visual, la atención visual y la emoción, los cuales son evidentes en pacientes con TDC.

En cuanto al tratamiento, aunque se ha identificado la efectividad de la terapia cognitivo conductual y el uso de inhibidores de recaptación de serotonina, se necesita más investigación para minimizar la falta de reconocimiento de TDC y la dificultad para su diagnóstico, así como para mejorar las formas de tratamiento, dadas las altas tasas de comorbilidad con otros trastornos, tales como los que atañen al estado del ánimo y la conducta alimentaria (Behar et al., 2016).

En términos generales, el TDC es un desorden complejo que durante años ha sido estudiado desde diferentes disciplinas (psiquiatría, psicología, nutrición, actividad física), pero que recientemente ha resultado de gran interés para las neurociencias dada la creciente prevalencia del trastorno y los hallazgos mediante neuroimágenes, que han permitido conocer los cambios en las cortezas visuales y en los circuitos frontoestriados de las personas con TDC, generando una nueva línea de investigación hacia el estudio de los procesos perceptual visual, atencional y emocional de estos pacientes.

Tal como lo afirma, Hanna & Thompson (2003), los pacientes con TDC presentan una disociación entre la percepción del cuerpo y la información que otros reportan sobre su aspecto corporal, por lo que existe una diferencia entre la vivencia del propio cuerpo como resultado de un proceso neuropsicológico complejo – la percepción del cuerpo involucra elementos atencionales, mnésicos, gnósticos, práxicos, emocionales y la teorización que un tercero puede hacer sobre el cuerpo del otro. De esta manera, se requiere profundizar en el estudio de la fisiopatología del TDC y su correlación neuropsicológica, lo que implica el desarrollo de investigaciones que involucren protocolos neurocognitivos mediante los cuales se puedan identificar las correlaciones entre el funcionamiento de los diferentes dominios cognitivos en pacientes con TDC, respecto a personas saludables. Lo anterior permitirá establecer nuevas formas de tratamiento psicológico y médico, así como la incorporación del entrenamiento cognitivo y la rehabilitación neuropsicológica como alternativas de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias

- Adawi, S. Martín, R. Naamani, A. Obeid, Y. & Hussaini, A. (2001). Body dysmorphic disorder in Oman: cultural and neuropsychological findings. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3) , 562-567. <http://www.who.int/iris/handle/10665/119058>
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ra ed. rev.). Washington, D. C.:APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ta ed.). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ta ed.). Washington, D. C.: APA.
- Arienzo, D., Leow, A., Brown, J. A., Zhan, L., GadElkarim, J., Hovav, S., & Feusner, J. D. (2013). Abnormal Brain Network Organization in Body Dysmorphic Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 38(6), 1130–1139. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.18>

- Berrios, G. (1996). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica
- 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(5), 626-633. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>
- Beilharz, F., Castle, D. J., Grace, S., & Rossell, S.L. (2017). A systematic review of visual processing and associated treatments in body dysmorphic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 16-36. <https://doi.org/10.1111/acps.12705>
- Bienvenu, O., 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. *Society of Biological Psychiatry*, 48(4), 287–293. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00831-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00831-3)
- Blanke, O. (2012). Multisensory brain mechanisms of bodily self-consciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(8), 556–571. <https://doi.org/10.1038/nrn3292>
- 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. doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2005.03.006
- Burke, S. M., Majid, D. S., Manzouri, A. H., Moody, T., Feusner, J. D., & Savic, I. (2019). Sex differences in own and other body perception. *Human Brain Mapping*, 40(2), 474-488. <https://doi.org/10.1002/hbm.24388>
- Candini M., Farinelli M., Ferri, F., Avanzi, S., Cevolani, D., Gallese, V., Northoff, G., & Frassinetti, F. (2016). Implicit and Explicit Routes to Recognize the Own Body: Evidence from Brain Damaged Patients. *Frontiers in human Neuroscience*, 10, 405. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00405>
- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body Images: Development, Deviance and Change* (pp. 51-79). Guilford Press.
- Cash, T. F. (1997). *The emergence of negative body images. Behavioral Medicine and Women: A Comprehensive Handbook*. (pp. 386-391). Guilford Press.
- Cuevas-Yust, C., Delgado-Rios, P., & Escudero-Perez, S. (2017). Cognitive-behavioural therapy and recovery of a delusional dysmorphophobia case. *Psicothema*, 29(1), 23-28. doi: 10.7334/psicothema2016.4
- Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., & Bookheimer, S. (2007). Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1417–1425. doi: 10.1001/archpsyc.64.12.1417.
- 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. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.190
- García-Campayo, J., Caballero, F., Pérez, M. & López, V. (2012). Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 105-113. <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/77/ESP/14-77-ESP-105-113-158002.pdf>
- Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A (2017). El trastorno dismórfico corporal: un problema infradiagnosticado. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(1), 69-84.
- González-Martí, I., Fernández, J., & Contreras, O. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia muscular (Vigorexia). *Revista de psicología del deporte*, 21(2), 351-358. <https://www.rpd-online.com/article/view/1132>
- 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://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.10.003>

- Grant, J., & Phillips, K. (2005). Recognizing and Treating Body Dysmorphic Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 205–210. doi: [10.1080/10401230500295313](https://doi.org/10.1080/10401230500295313)
- Greenberg, J. L., Reuman, L., Hartmann, A. S., Kasarskis, I., & Wilhelm, S. (2014). Visual hot spots: An eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.015>
- Greenberg, J., Phillips, K., Steketee, G., Hoepfner, S., & Wilhelm, S. (2019). Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 50(4), 839-849. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.008>
- Grochowski, A., Kliem, S., & Heinrichs, N. (2012). Selective attention to imagined facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body Image*, 9(2), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.002>
- Hanna, R., & Thompson, E. (2003). The mind-body-body problem. *Theoria et Historia Scientiarum*, 7(1), 23–42. <http://dx.doi.org/10.12775/ths.2003.002>
- Hübner, C., Wiesendahl, W., Kleinstaubler, M., Stangier, U., Kathmann, N., & Buhlmann, U. (2016). Facial discrimination in body dysmorphic, obsessive-compulsive and social anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 236, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.024>
- Johnson, S., Williamson, P., & Wade, T. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.013>
- Leow, A. D., Zhan, L., Arienzo, D., GadElkarim, J. J., Zhang, A. F., Ajilore, O., Kumar, A., Thompson, P. M., & Feusner, J. D., (2012). Hierarchical Structural Mapping for Globally Optimized Estimation of Functional Networks. *Medical Image Computing and Computer-Assisted Intervention—MICCAI*, 15, 228–236. https://doi.org/10.1007/978-3-642-33418-4_29
- Li, 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. doi: [10.1026/1616-3443/a000213](https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000213)
- Meneses, M., & Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 3(1), 13-34. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311126259002.pdf>
- Mendieta Izquierdo, G. (2016). Percepción de cuerpo e imagen corporal masculina: una revisión narrativa. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 14(1), 17-30. <https://doi.org/10.18270/chps.v14i1.1342>
- Monzani, B., Krebs, G., Anson, M., Veale, D., & Mataix, D. (2013). Holistic versus detailed visual processing in body dysmorphic disorder: Testing the inversion, composite and global precedence effects. *Psychiatry Research*, 210(3), 994-999. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.009>
- Nelson, B., & Sass, L. A. (2017). Towards integrating phenomenology and neurocognition: possible neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia. *Current Problems of Psychiatry*, 18(3), 184–200. <https://doi.org/10.1515/cpp-2017-0015>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410–424. doi: [10.1038/nrn3746](https://doi.org/10.1038/nrn3746)
- Phillips, K., Albertini, R. & Rasmussen, S. (2002). A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(4), 381-388. doi: [10.1001/archpsyc.59.4.381](https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.381)
- 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. <https://doi.org/10.1002/da.20709>

- 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://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.06.004>
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2741880>
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877–885. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007264>
- Rincón, D., Suárez, C., Mesa, S., Orozco, A., López, Marín, J., Murillo, R., Narváez, S., Castaño, J., & Navarrete, M. (2019). Percepción de la imagen corporal en una muestra de universitarios de la ciudad de Medellín, *Revista Psicoespacios*, 13(23), 61-70. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Sandoval, M., García, I., & Pérez, M. (2009). Trastorno dismórfico corporal. *Revista Chilena Dermatológica*, 25(3), 244-250.
- Sánchez-Núñez, R. A. & López-Silva, J. U. (2013). Belleza y psicopatología. Reporte de un caso. *Medicina Universitaria*, 15(60), 129-134.
- Sestito, M., Raballo, A., Stanghellini, G., & Gallese, V. (2017). Editorial: Embodying the Self: Neurophysiological Perspectives on the Psychopathology of Anomalous Bodily Experiences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 631. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00631>
- Stangier, U., Adam-Schwebe, S., Müller, T., & Wolter, M. (2008). Discrimination of facial appearance stimuli in body dysmorphic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 435-443. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.435>
- Stetler, C. B., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P., & Sheridan, E. A. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing research*, 11(4), 195-206. [doi: 10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)
- Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2015a). Examining neurocognition in body dysmorphic disorder using the repeatable Battery for the assessment of neuropsychological status (RBANS): A comparison with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 228(3), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.094>
- Toh, W. L., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2015b). Facial affect recognition in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder: An eye-tracking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 49–59. [doi: 10.1016/j.janxdis.2015.08.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.08.003)
- Vargas, L., Palacios, L., González, G., & De la Peña, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 31(4), 283-289.
- Vulink, N. C., Planting, R. S., Figeer, M., Booij, J., Denys, D. (2016). Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in body dysmorphic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 350–356. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.11.018>

Apéndice A. Resultados de la revisión

N°	Dimensiones	Autores	Año	Método
1	Clínica	García-Campayo., Caballero, Pérez & López.	2012	Estudio Multicéntrico y transversal. La muestra estuvo conformada por 2232 pacientes.
2	Clínica	González-Martí, Fernández, & Contreras	2012	Estudio descriptivo. La muestra estuvo conformada por 734 participantes.
3	Clínica	Rief, Wilhelm, Borkenhagen.	2006	Estudio de prevalencia. La muestra estuvo conformada por 2552 participantes.
4	Clínica	Angelakis, Gooding, & Panagioti	2016	Revisión sistemática a partir de 37 estudios.
5	Clínica	Greenberg, Phillips, Steketee, Hoepfner, & Wilhelm.	2019	Cuasiexperimental. La muestra estuvo compuesta por 7 mujeres y 5 hombres con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal.
6	Clínica	Giraldo-O'Meara & Belloch	2017	Revisión de literatura
7	Clínica	Hübner, Wiesendahl, Kleinstauber, Stangier, Kathmann, & Buhlmann.	2016	Casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 32 individuos caucásicos (11 hombres). Sus diagnósticos fueron confirmados por la versión alemana de la entrevista clínica estructurada para DSM-IV. El experimento se administró en individuos con TDC, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos mentales. controles saludables (32 por grupo, respectivamente).
8	Clínica	Phillips, Albertini, & Rasmussen.	2002	Se incluyeron setenta y cuatro pacientes con TDC o su variante delirante y 67 fueron asignados al azar a un estudio de grupo paralelo controlado con placebo para evaluar la eficacia y seguridad del clorhidrato de fluoxetina. Después de 1 semana de tratamiento con placebo simple ciego, los pacientes fueron asignados al azar para recibir 12 semanas de tratamiento doble ciego con fluoxetina o placebo.

Principales Resultados

Los trastornos de ansiedad presentan una alta comorbilidad con otros trastornos como la fobia social (37%) y la depresión mayor (19,1%)

A través del método de clasificación de árbol de decisión, se encontró que existen cinco modelos en relación con los aspectos cognitivos y conductuales de la dismorfia muscular.

- El 27% de los hombres y el 41% de las mujeres informaron estar preocupados por la apariencia de al menos una parte del cuerpo.
- Aproximadamente el 10% de los hombres y el 15,6% de las mujeres informaron estar al menos moderadamente insatisfechos con su apariencia.
- El grupo con trastorno dismórfico corporal confirmó tener pensamientos suicidas debido a problemas de apariencia, mientras que el 7% tenía un historial de intentos de suicidio debido a la apariencia.

Las tasas de ideación suicida en individuos con TDC oscilaron entre 17% y 77.2% (tasa agrupada ponderada = 0.53, IC 95% = 0.39 a 0.66), mientras que las tasas de intentos de suicidio oscilaron entre 2.6% a 62.5% (tasa agrupada ponderada = 0.24, IC 95% = 0.16 a 0.35)

Los datos demostraron efectividad en el tratamiento, el cual consistió en realizar 18 sesiones de terapia cognitivo conductual modular a pacientes con trastorno dismórfico corporal - TDC (Psicoeducación y formulación de casos, Reestructuración cognitiva, Exposición y prevención ritual Mindfulness / Perceptual Retraining, Estrategias cognitivas avanzadas, Prevención de recaídas, Intervenciones modulares)

La mayor parte de los estudios publicados sobre los mecanismos y procesos que subyacen a la psicopatología del TDC se han centrado en la cognición, pero solo unos pocos han abordado los aspectos emocionales del problema.

Las capacidades de discriminación facial de las personas con TDC no diferían de las personas con TOC, TAE o controles. Las personas con TDC mostraron una mayor atención visual a la región correspondiente de su defecto, incluso en rostros desconocidos.

Los resultados indicaron que la fluoxetina fue significativamente más efectiva que el placebo para TDC, comenzando en la semana 8 y continuando en las semanas 10 y 12.

Conclusiones

El estudio demostró que la tasa de comorbilidad con trastornos psiquiátricos fue del 69,4%, lo que es algo menor que la previamente informada por pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

Los resultados demostraron predominio de las variables relacionadas con un trastorno dismórfico corporal debido a que actúan como nodos finales en la mayoría de los modelos propuestos (grasa corporal real y deseada, insatisfacción muscular, insatisfacción apariencia física, dependencia al fisicoculturismo y lesión)

El trastorno dismórfico corporal está asociado con suicidio y somatización puntuaciones. Sin embargo, sigue siendo poco estudiado en comparación con otros problemas de salud mental.

Los hallazgos indican que las tendencias suicidas podrían ser una preocupación importante entre las personas que presentan síntomas de TDC en entornos clínicos. Los pacientes a quienes se debe diagnosticar principalmente con TDC se diagnostican erróneamente, lo que conduce a una subestimación del riesgo de suicidio en TDC.

Las puntuaciones medias de gravedad de los síntomas del TDC mejoraron de forma moderada y los síntomas depresivos, significativamente. Los delirios disminuyeron en un 26%.

A pesar de la gravedad del TDC, este trastorno sigue siendo poco reconocido e infra diagnosticado, en parte por la ocultación de los síntomas por parte de los pacientes. La identificación de los síntomas dismórficos de forma temprana es un punto clave en el desarrollo y el curso del trastorno, así como en la efectividad del tratamiento.

El hallazgo del estudio actual implica que el tratamiento psicoterapéutico de individuos con TDC no necesita corregir la percepción de los demás, sino que, más bien, debe enfocarse en la modificación de la percepción de la propia persona, creencias y emociones.

La fluoxetina es segura y más efectiva que el placebo en pacientes delirantes y no delirantes con TDC.

N°	Dimensiones	Autores	Año	Método
9	Clínica	Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza	2016	Revisión narrativa a partir de 41 estudios.
10	Clínica	Cuevas-Yust, Delgado-Rios, & Escudero-Pérez	2017	Revisión sistemática. La búsqueda incluyó series de casos, estudios abiertos, ensayos clínicos controlados y revisiones metaanalíticas, sin restricción en la fecha de publicación. Se excluyeron las revisiones narrativas, editoriales, cartas, estudios de casos únicos y pautas de tratamiento.
11	Clínica	Greenberg, Phillips, Steketee, Hoepfner, & Wilhelm	2019	Experimental. Los participantes para este análisis de datos secundarios provenían de un ensayo piloto no controlado (n = 12; Wilhelm et al., 2011) y un ensayo controlado posterior en lista de espera (n = 36; Wilhelm et al., 2014). De los 48 participantes inscritos en cualquiera de los estudios, cuatro fueron excluidos de los análisis actuales porque abandonaron el estudio antes del tratamiento y la evaluación inicial (n = 3), o antes de su primera evaluación tras comenzar el tratamiento (n = 1), lo que resulta en un tamaño de muestra final de 44.
12	Clínica	Sánchez-Núñez & López-Silva	2013	Estudio de caso
13	Neurobiológica	Grace, Labuschagne, Kaplan, & Rossell	2017	Revisión sistemática a partir de 19 estudios.
14	Neurobiológica	Monzani, Krebs, Anson, Veale, & Mataix	2013	Experimental. La muestra estuvo compuesta por 25 sujetos con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal y 25 controles.
15	Neurobiológica	Feusner, Townsend, Bystritsky, & Bookheimer	2007	Experimental. La muestra estuvo compuesta por 25 sujetos, 12 con TDC y 13 controles.
16	Neurobiológica	Feusner, Moody, Hembacher, Townsend, McKinley, Moller & Bookheimer	2010	Estudio de casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 17 personas con TDC sin medicación y 16 sujetos controles.
17	Neurobiológica	Toh, Castle & Rossell.	2015	Estudio de casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 21 personas con TDC y 19 personas con trastorno obsesivo compulsivo.

Principales Resultados

El inicio del TDC se presenta a menudo en la adolescencia, gradual o abruptamente. En relación a la clínica, los períodos asintomáticos son poco comunes y la intensidad de los síntomas puede oscilar, desplazándose el foco del defecto imaginado a diversas partes del cuerpo, lo que dificulta su pesquisa. En el TDC, prevalece la concentración en defectos erróneamente percibidos de la apariencia física, más comúnmente del rostro, con un patrón caracterizado por sobre-atención al detalle, mas no en el peso.

Las terapias cognitivas conductuales individuales y grupales son superiores a la lista de espera para el tratamiento del trastorno dismórfico corporal. Si bien la eficacia de la terapia cognitiva está respaldada por un ensayo controlado, un estudio abierto y un estudio de seguimiento controlado de prevención de recaídas sugieren la utilidad de la terapia conductual.

Los resultados indicaron que una mayor motivación / disposición para cambiar (Cuestionario de evaluación de cambios de la Universidad de Rhode Island), una mayor expectativa de tratamiento (Cuestionario de credibilidad / expectativa de tratamiento) y una mejor información relacionada con el TDC (Escala de evaluación de creencias de Brown) predijeron significativamente una mejor respuesta al tratamiento cognitivo conductual.

En el TDC, algunos indicadores son: inicio durante la adolescencia, involucramiento de varias áreas del cuerpo, diferentes patrones de conducta, pobre conciencia de la enfermedad y altos grados de ideación e intentos suicidas.

A partir de los estudios de neuroimágenes que se revisaron, se evidenció que las personas con TDC presentan cambios en la actividad cerebral, así como en la estructura y la conectividad del sistema frontoestriatal, límbico y en regiones visuales, en comparación con los grupos controles.

Los hallazgos evidencian que el procesamiento cognitivo global se encuentra intacto. De hecho, las personas con TDC y los grupos de control tuvieron un desempeño similar en todos los aspectos de procesamiento holístico.

La gravedad de los síntomas del TDC está asociada positivamente con actividad en el caudado bilateral y negativamente asociada con la actividad de la corteza occipital dorsal izquierda y la corteza lateral derecha.

Los sujetos con TDC mostraron hiperactividad relativa en la corteza orbitofrontal izquierda y la cabeza bilateral del caudado por la condición inalterada de cara propia versus familiar. Mostraron hipoactividad en la corteza occipital izquierda para las caras de baja frecuencia espacial.

Los pacientes con TDC demostraron dificultades para percibir la emoción en los rostros, específicamente para reconocer el enojo como una expresión facial. Se encontró una estrategia de escaneo atípico que abarca significativamente más parpadeos, menos fijaciones de duraciones medias extendidas, amplitudes medias saccade más altas y menos atención visual dedicada a las características faciales sobresalientes.

Conclusiones

La evidencia ha demostrado una contundente relación entre TDC y los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente con la anorexia nerviosa, con la cual se comparten diversas semejanzas y contrastes, cuyo denominador común y nuclear es la distorsión de la imagen corporal.

Los resultados están limitados por el pequeño número de estudios controlados que comparten la misma metodología y por la ausencia de grupos de control que involucren tratamientos basados en la relación paciente-terapeuta.

La TCC para el tratamiento del TDC a menudo es eficaz. Sin embargo, debido a que estos pacientes pueden tener un mayor riesgo de abandonar el tratamiento temprano, es posible que se necesiten estrategias específicas, como la activación conductual, además de la mejora motivacional, para garantizar que estas personas reciban el tratamiento completo.

EL TDC es un trastorno grave, con múltiple comorbilidad, que obliga a prestar atención a su detección precoz y manejo adecuado, ya que causa impedimento funcional significativo, disminución en la calidad de vida, e incluso el suicidio.

La red cerebral encargada del procesamiento detallado se activa de manera anticipada en el procesamiento visual, por lo que conduce a la creación de imágenes visuales distorsionadas. Hay un aumento de la valencia emocional que se atribuye a esta distorsión de la imagen visual a través de baja regulación de áreas frontales y regiones límbicas.

Los resultados no apoyan la hipótesis de que el enfoque excesivo en aspectos de la apariencia física asociados con el TDC se debe a un déficit en el procesamiento holístico, tal como se indicó en estudios previos.

Los sujetos con TDC muestran diferencias fundamentales, en comparación con los controles, en el procesamiento visual de caras. Se evidenció un predominio de la actividad del lado izquierdo, sugiriendo cambios en la codificación de los detalles y en el procesamiento espacial y de caras.

Los resultados sugieren anomalías en el procesamiento visual y en los sistemas frontoestriatales. La hipo-activación en la corteza occipital para el procesamiento de caras de baja frecuencia espacial puede indicar anomalías en cualquier sistema visual primario.

Los hallazgos demuestran numerosas similitudes entre el TDC y el TOC, incluida la calidad de déficit de vida, nivel de comorbilidades psiquiátricas. Tanto los pacientes con TDC, como los de TOC, presentaron una disminución en la precisión para reconocer el enojo. No obstante, las personas con TDC presentan mayor número de movimientos sacádicos que las personas con TOC ante una prueba con eye tracker.

N°	Dimensiones	Autores	Año	Método
18	Neurobiológica	Johnson, Williamson, & Wade	2018	Revisión sistemática a partir de 23 estudios que cumplieron los requisitos de inclusión que examinaron las diferencias en el rendimiento de las tareas cognitivas en TDC. Se utilizó el modelado multinivel para calcular un tamaño de efecto general para cada categoría cognitiva.
19	Neurobiológica	Stangier, Adam-Schwebe, Müller, & Wolter	2008	Casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 21 pacientes con TDC, 19 pacientes con afecciones dermatológicas desfigurantes y 20 pacientes con trastornos dermatológicos no desfigurantes.
20	Neurobiológica	Toh, Castle, & Rossell	2015	Casos y controles. 21 pacientes con TDC, 19 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y 21 controles sanos (HC), con edad, sexo y coeficiente intelectual similar. Los estímulos provenían de las Imágenes del Afecto Facial (Ekman y Friesen, 1975), y las medidas de resultado fueron la precisión del reconocimiento y los parámetros espaciales y temporales.
21	Neurobiológica	Phillips, Zai, King, Menard, Kennedy, & Richter	2015	Cincuenta sujetos con TDC fueron emparejados individualmente por origen étnico y género con 50 controles sanos.
22	Neurobiológica	Vulink, Planting, Figeo, Booij, & Denys	2016	Se examinó el potencial de unión al receptor de dopamina D 2/3 estriado (BP ND) en 12 pacientes con TDC libre de consumo de drogas y 12 sujetos de control emparejados por edad y sexo.
23	Neurobiológica	Grant & Phillips	2005	Estudio de caso
24	Neurobiológica	Li, Arienzo, & Feusner	2013	Revisión sistemática
25	Neurobiológica	Arienzo, Leow, Brown, Zhan, GadElkarim, Hovav, & Feusner	2013	Estudio de casos y controles. 14 participantes no medicados con TDC y 16 controles sanos entre 20 y 48 años.

Principales Resultados

Los hallazgos respaldan la hipótesis de que las personas con TDC pueden atender selectivamente las amenazas percibidas o los estímulos relacionados con el trastorno, malinterpretan los estímulos ambiguos como amenazantes, sobrevaloran la importancia del atractivo y tienen una codificación y un recuerdo imprecisos para los estímulos faciales o corporales.

Los pacientes con TDC discriminan los estímulos de la apariencia facial con mayor precisión que los controles.

En relación con los grupos TOC y HC, los pacientes con TDC demostraron una percepción del afecto facial significativamente peor y un sesgo de reconocimiento enojado. Se encontró una estrategia de exploración atípica que abarca significativamente más parpadeos, menos fijaciones de duraciones medias extendidas, amplitudes medias de movimientos sacádicos más altas y menos atención visual dedicada a las características faciales sobresalientes.

La asociación preliminar se demostró para el GABA A- $\gamma 2$ gen ($p = 0.012$), el alelo A ocurre más frecuentemente en sujetos con TDC que en los controles; sin embargo, no sobrevivió la corrección para múltiples pruebas. También se indicó una asociación de tendencia para el transportador de serotonina 5-HTTLPR ($p = 0.064$) al considerar los tres genotipos, con el genotipo s / s ocurriendo con mayor frecuencia en sujetos con TDC, en comparación con los controles.

En comparación con los controles, el receptor de dopamina D 2/3 BP ND fue significativamente menor en TDC, tanto en el putamen ($p = 0.017$) como en el núcleo caudado ($p = 0.022$).

Los pacientes con TDC necesitan dosis más altas de inhibidores de la recaptación de serotonina y ensayos de tratamiento más largos que los utilizados para muchos otros trastornos psiquiátricos, incluida la depresión, para tratar eficazmente la TDC. La terapia cognitivo-conductual también parece eficaz y actualmente se considera la psicoterapia de elección para TDC. Las técnicas básicas son la reestructuración cognitiva, los experimentos de comportamiento, la prevención de respuesta (ritual) y la exposición.

Hay evidencia de anomalías neurobiológicas asociadas con síntomas en TDC, aunque la investigación hasta la fecha todavía es limitada. Esta revisión incluye los últimos estudios neuropsicológicos, genéticos, neuroquímicos, psicofísicos y de neuroimagen, y sintetiza estos hallazgos en un modelo neurobiológico actualizado (pero aún preliminar) de la fisiopatología del TDC

Los resultados sugieren alteraciones en la organización topológica estructural del cerebro completo en TDC, además de correlaciones entre los síntomas clínicos y la organización de la red. También hay evidencia de conectividad anormal entre regiones involucradas en el procesamiento visual de orden inferior y el procesamiento visual y emocional de orden superior, así como la transferencia de información visual interhemisférica.

Conclusiones

Los resultados sugieren que las anomalías específicas del procesamiento cognitivo que implican atención selectiva, sesgos interpretativos y déficits de memoria pueden desempeñar un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología del TDC.

Los modelos cognitivo-conductuales del trastorno dismórfico corporal (TDC) proponen que los sesgos en el procesamiento de la información, en particular la atención selectiva a un defecto en la apariencia y la mejor percepción estética, podrían contribuir al desarrollo o mantenimiento del trastorno.

Los pacientes con TDC tenían una discapacidad sustancial en el escaneo de rostros y no podían extraer información relacionada con el afecto, lo que probablemente indicaba déficit en las operaciones perceptivas básicas.

Estos resultados deben considerarse preliminares debido al pequeño tamaño de la muestra y la potencia limitada. No obstante, brindan apoyo preliminar para el papel de los sistemas serotoninérgicos y GABA-érgico en el TDC.

Este estudio proporciona la primera evidencia de un sistema dopaminérgico alterado en pacientes con TDC. Aunque anteriormente el BDD se clasificaba como un trastorno separado (trastorno somatomorfo), los hallazgos brindan apoyo fisiopatológico para la reclasificación reciente de TDC al grupo de trastorno obsesivo compulsivo y otros relacionados en el DSM-5.

La investigación futura necesita abordar estrategias clínicas para minimizar la falta de reconocimiento de TDC y optimizar el tratamiento. Debido a las altas tasas de comorbilidad en pacientes con TDC, los estudios de tratamiento deben incluir sujetos con trastornos concurrentes y, por lo tanto, intentar comprender cómo estos otros trastornos afectan la respuesta al tratamiento.

Se propone un modelo en el que las anomalías visuales perceptivas, junto con la disfunción frontoestriatal y del sistema límbico, pueden combinarse para contribuir a los síntomas de visión deteriorada, pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos expresados en el TDC.

Los estudios futuros de individuos en etapas tempranas de la enfermedad (adolescencia) y en familiares de primer grado no afectados, serán útiles para determinar si estos hallazgos representan endofenotipos que predisponen a síntomas clínicos específicos en TDC.

N°	Dimensiones	Autores	Año	Método
26	Neuropsicológica	Adawi, Martin, Naamani, Obeid, & Hussaini	2001	Estudio de caso
27	Neuropsicológica	Grochowski, Kliem, & Heinrichs	2012	Casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 20 personas con TDC, 20 con fobia social y 20 controles.
28	Neuropsicológica	Greenberg, Reuman, Hartmann, Kasarskis, & Wilhelm.	2014	Casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 19 participantes de TDC y 20 controles sanos. Se utilizó el seguimiento ocular para examinar la atención visual, así como tareas y cuestionarios computarizados respecto a la preocupación sobre rostro y cabeza, específicamente.
29	Neuropsicológica	Beilharz, Castle, Grace, & Rossell	2017	Revisión sistemática
30	Neuropsicológica	Pauls, Abramovitch, Rauch & Geller	2014	Revisión sistemática

Principales Resultados

En el caso revisado, se encontraron dificultades a nivel atencional y de memoria, además de la correlación con algunos síntomas del trastorno obsesivo compulsivo, como los rituales.

Los participantes recibieron instrucciones de mirar las fotografías de 15 imágenes de sí mismos y varias caras desconocidas. Solo los pacientes con TDC mostraron una mayor atención visual selectiva al defecto imaginado en su propia cara, así como a las regiones correspondientes en las caras desconocidas.

Los resultados sugieren que las personas con TDC se centran demasiado en los atributos negativos, un factor potencial en la etiología y el mantenimiento del trastorno.

Las anomalías en el procesamiento visual están presentes en el TDC, incluidos el reconocimiento facial, la identificación de emociones, la estética, el reconocimiento de objetos y el procesamiento de gestalt. Las diferencias con los controles saludables incluyen el dominio del procesamiento local detallado sobre el procesamiento global y los cambios asociados en la activación cerebral en las regiones visuales. El reentrenamiento perceptual del espejo y algunas formas de auto exposición han demostrado mejores resultados de tratamiento, pero no se han examinado de forma aislada de los tratamientos más amplios.

Los estudios de imagen, así como los estudios neuropsicológicos y de tratamiento han implicado los circuitos frontales-subcorticales en la fisiopatología del TOC. Los estudios genéticos indican que los genes que afectan los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y glutamatérgicos, y la interacción entre ellos, juegan un papel crucial en el funcionamiento de este circuito, así como lo hacen los factores ambientales y los eventos perinatales adversos.

Conclusiones

Si bien se han estudiado otros casos de TDC, este reporte incluye resultados de índole neuropsicológica, que permiten un avance hacia la comprensión del trastorno, el cual según los autores es independiente a la cultura.

Los sesgos en la atención selectiva son factores clave que contribuyen a la susceptibilidad y al mantenimiento del trastorno dismórfico corporal (TDC). La atención visual en particular hacia el defecto imaginado en la apariencia puede ser un elemento crucial.

El sesgo de atención visual hacia las características poco atractivas de uno y las características atractivas de otros (sesgo negativo), podría ser la base de los síntomas de TDC. Las personas sanas suelen prestar más atención a las características poco atractivas de los demás y a sus propias características atractivas (sesgo positivo).

A pesar de estas anomalías en la percepción, particularmente en relación con el reconocimiento de la cara y las emociones, pocos tratamientos de TDC intentan remediar esto específicamente. El desarrollo de un nuevo programa de entrenamiento visual que aborde estas anomalías generalizadas puede proporcionar una modalidad de tratamiento eficaz.

Se sugiere un modelo que incorpore mecanismos genéticos y epigenéticos en la manifestación del TOC como heurístico para la fisiopatología del TOC.