

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

“FRECUENCIA DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN PACIENTES
QUE SOLICITAN TRATAMIENTOS ELECTIVOS ESTÉTICOS EN CONSULTA
EXTERNA DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y DERMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL
GENERAL.”

PROTOCOLO DE TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
“ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA”

PRESENTA

Dr. Alberto Loya Jáquez

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

Dra. Carmen Rojas Casas

Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TABLA DE CONTENIDO.

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Marco Teórico.....	11
Planteamiento del Problema.....	21
Justificación.....	22
Objetivo.....	22
Hipótesis.....	22
Diseño.....	23
Materiales y Método	
• Universo de estudio.....	23
• Criterios de inclusión.....	23
• Criterios de exclusión.....	24
• Criterios de eliminación.....	24
• Definición de variables.....	25
• Descripción de procedimientos.....	25
• Ejemplar de SCID I versión en castellano.....	28
Consideraciones éticas.....	27
Presentación de resultados	
• Distribución por sexos.....	29
• Distribución por sexos de acuerdo al servicio.....	30
• Distribución por edades.....	30
• Distribución por grupos de edad de los pacientes con trastorno dismórfico corporal.....	31
• Distribución de ocupaciones por servicio.....	31

- Distribución de acuerdo a la ocupación de los pacientes con trastorno
dismórfico corporal.....32
- Distribución por solicitud de tratamiento por servicio.....33
- Frecuencia de trastorno dismórfico corporal.....34
- Pacientes con trastorno dismórfico corporal según servicio de
procedencia.....34
- Distribución de acuerdo al diagnóstico de los pacientes con trastorno
dismórfico corporal.....35
- Tiempo de evolución del trastorno dismórfico corporal.....35
- Distribución anatómica de solicitud de tratamientos por servicios.....36
- Pacientes con antecedentes de tratamientos electivos estéticos
previos.....37
- Pacientes que planean realizarse otras intervenciones estéticas en el
futuro.....38

Discusiones.....40

Conclusiones.....43

Referencias bibliográficas.....45

RESUMEN.

Marco Teórico

El concepto de imagen corporal ha evolucionado con el fin de explicar aspectos de la personalidad y ciertas patologías. Se refiere tanto a autopercepción del cuerpo que genera una representación del esquema corporal así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. El Trastorno Dismórfico Corporal consiste en una preocupación de tener un cuerpo deforme que modifica las relaciones del individuo consigo mismo y con los demás. Estos pacientes visitan numerosos médicos especialistas tales como cirujanos plásticos y dermatólogos quienes no están entrenados para reconocer éste trastorno y son a menudo subdiagnosticados.

Objetivo.

Determinar la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en los pacientes que acuden a consulta externa de primera vez de dermatología y cirugía plástica solicitando tratamientos electivos estéticos en un hospital general mediante entrevista clínica semiestructurada.

Metodología

Se entrevistaron 100 pacientes en total de dermatología y cirugía plástica. Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

Resultados

Se encontró que la frecuencia de este trastorno es de 30% en 100 pacientes de los cuales el 26% está constituido por pacientes del servicio de Dermatología y 34% de Cirugía Plástica.

Conclusiones.

El trastorno resultó ser más frecuente en estos pacientes que en la población general y lo descrito en estudios previos con población similar.

INTRODUCCION

La imagen corporal incluye muchas cosas como por ejemplo la manera en la cual nos percibimos a nosotros mismos, como nos sentimos **en** nuestros cuerpos y como nos sentimos **con** nuestros cuerpos. La imagen corporal es algo que aprendemos y que cambia constantemente. Incluso aquellos de nosotros que tenemos una imagen positiva de nuestros cuerpos, tenemos días en los cuales no nos sentimos tan seguros.

El trastorno dismórfico corporal también conocido como dismorfofobia, es una curiosa alteración y en ocasiones difícil de tratar, que frecuentemente desconcierta a los clínicos. El trastorno consiste en una preocupación angustiada y/o deteriorante por un defecto en la apariencia física inexistente o leve, y se clasifica como un trastorno independiente en el DSM IV y como un tipo de trastorno hiponcondríaco en la CIE-10. Aunque los síntomas del trastorno dismórfico corporal puedan parecer triviales, el trastorno puede provocar un gran malestar y un deterioro notable en el funcionamiento global del individuo, e incluso puede conducir al suicidio. El trastorno dismórfico corporal ha sido, por lo general, poco detectado en el marco clínico, debido al secreto que mantienen los pacientes y a la falta de familiaridad de los médicos de otras especialidades con el trastorno.

ANTECEDENTES.

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, y para describir ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y su interacción social; por lo tanto, es importante conocer la evolución que ha tenido el concepto de imagen corporal. (14)

Las primeras referencias a la imagen corporal y las alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX. Bonnier en 1905 acuña el término de “*aschemata*” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o para referirse a problemas con la propia orientación corporal utilizando el término de “*autopagnosia*”. Pick en 1922, igualmente indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, la cual es una representación interna a partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”.

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología definiéndola como:

“La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.”

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX con explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes.

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia Corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

Pruzinsky y Cash (7) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual que alude a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo en el que incluye información sobre tamaño, forma y sus partes.

- Una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional que abarca los sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Este concepto de imagen corporal tiene las siguientes características:

1. Es un concepto multifacético.
2. La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia.
3. La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
4. La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
5. La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
6. La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson (51) amplía el término, incluyendo un componente conductual que se fundamenta en conductas que tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y grado de satisfacción de él.

Otros autores como Slade (50), centran su explicación en una representación mental, que se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, definiendo: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”*.

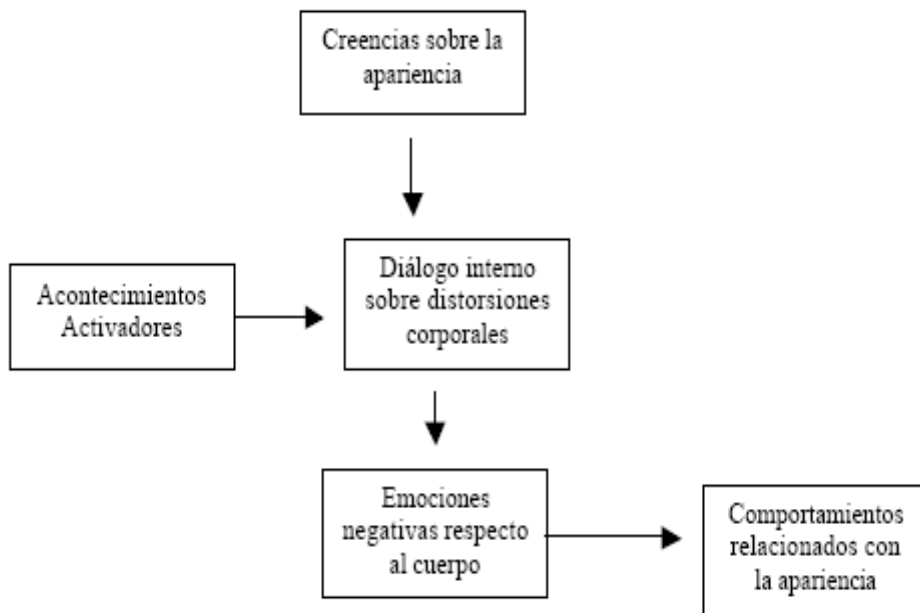
La profesora R.M. Raich (42) de la Universidad Autónoma de Barcelona, propuso una definición integradora: *“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamiento, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos”*.

Tomando en cuenta las distintas aportaciones, podemos concluir que la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

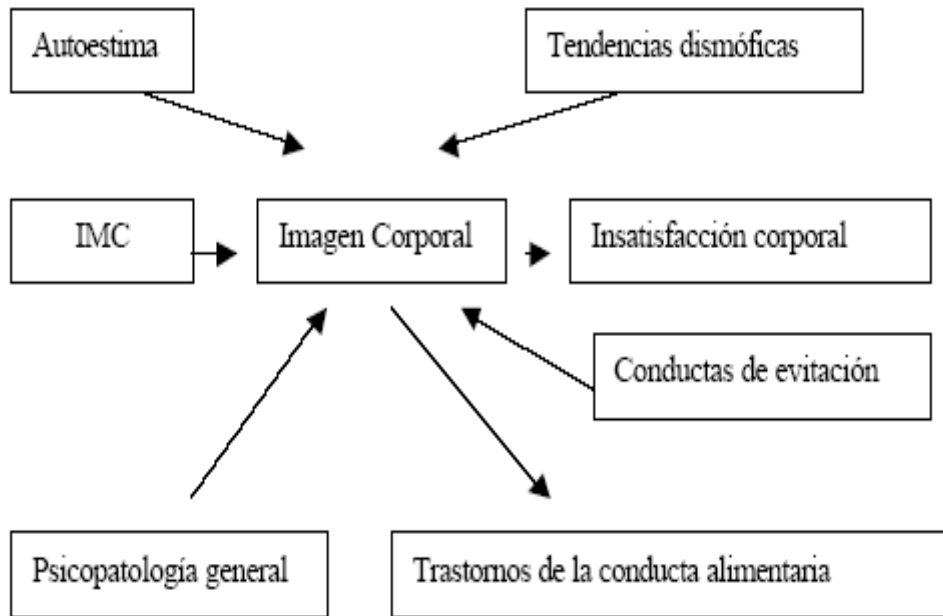
Existe un diálogo interno sobre la corporalidad que en determinadas circunstancias, y ante la presencia de activadores, aparecen una serie de emociones negativas dando lugar a un repertorio conductual relacionado a ellas:

- La bella y la bestia: se denomina así al mecanismo cognitivo por el cual el sujeto valora su corporalidad como blanco o negro, el todo o nada, o muy feo o muy bello.
- El ideal irreal: el sujeto se compara con un ideal imaginario, irreal.
- La comparación injusta: sólo se compara con las personas más atractivas que les rodea.
- La lupa: atención selectiva sobre las partes del cuerpo que no gustan.
- La mente ciega: se ignoran, o no se valoran, aquellos aspectos favorables de nuestra apariencia física.
- La fealdad radiante: la insatisfacción con algún aspecto concreto se generaliza al conjunto de nuestro cuerpo.
- El juego de la culpa: Atribuimos acontecimientos negativos de nuestra vida a los aspectos negativos de nuestra apariencia física.
- La mala interpretación de la mente: la creencia de que si uno no se ve atractivo, los demás tampoco.
- Prediciendo desgracias: Los aspectos negativos de la apariencia física tendrán consecuencias negativas en el futuro.
- La belleza limitadora: Restricción del comportamiento por las preocupaciones sobre la apariencia física.
- Sentirse feo: Como uno se siente feo es porque realmente se es feo.
- Reflejo del malhumor: El malhumor relacionado con aspectos distintos a nuestra imagen corporal se aplica también a ella.

Los Errores cognitivos en la imagen corporal (42):



Existen varios modelos que intentan explicar el desarrollo y mantenimiento de las alteraciones de la corporalidad. Dentro del paradigma cognitivo, el más completo corresponde al modelo Raich-Torras-Mora. Según los autores existe una relación directa entre autoestima, índice de masa corporal, psicopatología general y alteración de la imagen corporal.



La imagen del cuerpo cargado narcisísticamente, el sentimiento estético de su belleza, el sentimiento de identidad y la autoestima se elaboran por transformaciones sucesivas, que constituyen cambios en una continuidad ontogénica que inscribe al sujeto en su propia historia.

Cuando este desarrollo se altera en cualquier nivel de la elaboración de la representación del cuerpo o de su carga narcisista y estética, correlacionadas más tarde con una imagen ideal, aparece una carencia, una grieta, una imperfección expresado por un defecto estético aducido en la superficie del cuerpo pero que proviene en realidad de la profundidad del cuerpo psíquico.

La extensión y profundidad de esta zona de fragilidad del cuerpo psíquico son variables y dependen del momento de su constitución. Su reactivación en la vida adulta será tanto más perturbadora cuanto más precozmente haya aparecido en el desarrollo del niño, pues el individuo tuvo que afrontar las diferentes etapas del desarrollo con un temor o incluso con una convicción de defecto estético.

El término dismorfofobia aparece por primera vez en las historias de Herodotus para referirse al mito de la joven más fea de Esparta y procede, según Philippopoulos, de “dysmorfia” palabra griega que alude a la fealdad específica del rostro.

En 1886, Enrico Morselli, psiquiatra italiano, utilizó el término dismorfofobia para designar una manifestación de tipo obsesivo: el temor de ser o volverse feo. (27)

En Francia, Pitres y Régis mencionaron el trastorno en su obra sobre las obsesiones y las compulsiones.

Janet (1903), en su libro *Obsession et psychasténie* cita este trastorno como un temor obsesivo de fealdad, difusa o localizada en un punto del cuerpo, que se acentúa durante las crisis obsesivas cuando se asocia con un fuerte tono depresivo.

Kraepelin (1909-1915), psiquiatra alemán, considera éste trastorno como obsesivo no delirante y lo describe así: “Ciertos pacientes no pueden alejar de su mente, la idea de que haya algo que sorprenda o suscite burla, una nariz rara o sin forma, piernas torcidas o un olor repugnante, que llaman la atención, hacen reír o suscitan la repulsión del entorno.”

Desde la primera guerra mundial surgieron otros términos como equiparables a la dismorfofobia: psicosis de fealdad, hipocondría de la belleza, paranoia hipocondriaca, o locura de introspección, pero será en el período entre guerras cuando se matice, desde una perspectiva psicodinámica, la calidad sindrómica de su presentación clínica multiforme que asentaría en las dificultades del paciente en la relación interpersonal.

Las tentativas para categorizar el fenómeno se sucedieron a lo largo de la historia, desde el espectro obsesivo-compulsivo, pasando por el fóbico y por los síntomas prodrómicos o de un estado procesual hasta la sobrevaloración de una idea de transformación de la imagen corporal como epicentro psicopatológico. La dismorfofobia se configura como una entidad con posibles variantes (48), neuróticas versus psicóticas, y se ha propuesto reservar éste término para las variantes neuróticas utilizando el de “dismórfico” para referirse a una temática delusiva (28) presente en las psicosis monosintomáticas.

De cualquier forma, la dismorfofobia en su forma “psiquiátrica” completa consiste en una preocupación mórbida que, más que el temor a ser feo y más que una idea obsesiva, representa una convicción dolorosa, firme y angustiosa de tener un cuerpo deforme. Esta convicción provoca una apreciación falsa y peyorativa de la estética de todo o una parte del cuerpo que modifica las relaciones del individuo consigo mismo y con los demás.

Como entidad nosológica propia, la dismorfofobia recibió periódicas coberturas en la literatura psiquiátrica europea y japonesa aunque en Estados Unidos permaneció por mucho tiempo sin ser mencionada; el primer artículo de dismorfofobia publicado en lengua inglesa fue hasta 1970. En 1987, aproximadamente un siglo después de que el trastorno se describió por primera vez, fué reconocido como un trastorno distinto en el DSM-III-R bajo el nombre de trastorno dismórfico corporal (TDC). Desde entonces, la discusión del TDC en la literatura y las investigaciones han aumentado enormemente los conocimientos en las características, comorbilidades y tratamientos.

MARCO TEORICO

Según establece el DSM-IV (2), la característica esencial de éste trastorno es la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva (Criterio A).

La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B) y la preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nervosa) (Criterio C).

Haciendo una revisión de éstos criterios, suscitarían importantes planteamientos. Debería argumentarse que el criterio A, si lo consideramos independiente de los otros criterios, describe a la mayoría de los pacientes de cirugía cosmética. Prospectivamente éstos pacientes típicamente se presentan con el cirujano con preocupaciones acerca de su relativa normal apariencia. De cualquier forma, a menudo se encuentran preocupados por características a las que consideran anormales. Los cirujanos refuerzan ésta idea de “anormalidad” ofreciéndoles procedimientos que puedan mejorar o corregir éste supuesto defecto dando como resultado, la evaluación de un rasgo como “defectuoso”, “abnormal” o simplemente “corregible”.

En lo que concierne al criterio B, éste es algo difícil de evaluar por el hecho de determinar tanto el grado insatisfacción como cualquier alteración en el funcionamiento diario. Sin embargo, valorar el grado de estrés o daño, debe ser el criterio más relevante para identificar el trastorno entre éstos pacientes.

Las quejas repetidas se enmarcan en un contexto de ansiedad y sufrimiento depresivo que invade la experiencia vital del individuo: apreciación negativa del presente y del futuro, ideas de minusvalía con pérdida de la autoestima y sentimiento de vergüenza. Las relaciones cotidianas son delicadas o incluso difíciles y dependen del grado de incomodidad social asociada con la opinión supuesta del otro, interpretada como compasiva, crítica, irónica, burlona o malintencionada.

Al mismo tiempo que reduce sus campos de interés, la preocupación mórbida condiciona la actividad del paciente dismorfofóbico, quien se mira repetidamente en el espejo, cuando la ansiedad no es muy aguda, y se informa sobre las posibilidades plásticas.

Los primeros síntomas de TDC suelen aparecer durante la adolescencia. Debido a que éstos individuos son renuentes a hablar acerca de sus preocupaciones en su apariencia física, el diagnóstico tiende a demorarse años después. El promedio edad generalmente se encuentra a la mitad de la cuarta década de la vida aunque existen reportes cuya edad varía ampliamente desde los 5 a los 80 años. En un estudio conducido por Fitts (17), 70% de los estudiantes estuvieron insatisfechos con alguna parte de sus cuerpos y el 46% estuvo preocupada con su aspecto. En otra una muestra con estudiantes en Alemania (datos no publicados por A. Bohne et al, 1998) estimaron que la frecuencia con la que se reunían los criterios para TDC fue de 5.3%. Y en un estudio con 33 casos de TDC en niños y adolescentes, reveló que el 95% había experimentado disfunción social y 87% exhibió dificultades académicas tales como evasión de actividades deportivas o ausentismo escolar, lo que demuestra la importante morbilidad que ocasiona el trastorno en niños y

adolescentes. La forma de inicio puede ser gradual e insidiosa con preocupaciones en la apariencia física.

Para otros, el inicio puede ser abrupto, desencadenado por acontecimientos vitales estresantes tales como el inicio de los estudios o las rupturas de relaciones sentimentales.

Tomkiewicz y Finder (52) argumentan que las dismorfofobias de los adolescentes comprenden trastornos del comportamiento e insisten en causas biológicas, sociológicas y sobre todo afectivas. La insuficiencia, la carencia de imágenes parentales, la modestia de gratificaciones o la desvalorización del niño por actitudes estrictas o inadaptadas de los padres, de cualquier origen, no facilitan la elaboración de las dificultades y la aceptación de sí mismo del adolescente.

Otras experiencias adversas en el desarrollo pueden asociarse con la emergencia de preocupaciones somáticas. Las críticas relacionadas con la apariencia física en los niños y adolescentes pueden tener un trascendental impacto negativo en la imagen corporal del adulto. 39, 40. La preocupación familiar por la apariencia física puede ser percibida como una presión para lograr una apariencia deseada. El mensaje es que la apariencia es tan importante como la salud, el bienestar emocional y el estatus financiero. También las influencias socioculturales juegan un rol importante en el desarrollo del TDC. El impacto de esas influencias se cree que son resultado de la interacción de conceptos culturales con respecto a los ideales de belleza transmitidos por los medios masivos de comunicación.

De acuerdo con ésta premisa, la gente frecuentemente compara su apariencia con los ideales culturalmente aceptados lo cual les conduce a una creciente insatisfacción con sus cuerpos.

Por lo general éstos pacientes son comúnmente descritos como individuos ansiosos, perfeccionistas, tristes, con un pobre concepto de sí mismos, sensibles, inseguros, introvertidos, con un amplio repertorio de rasgos esquizoides, neuróticos, obsesivos, narcisistas y con historia personal de traumas infantiles; se caracterizan en ser más jóvenes, solteros o divorciados, con débiles habilidades sociales e insatisfacción con sus relaciones interpersonales y tienen una pobre calidad de vida e incluso peor que los pacientes deprimidos; se encuentran desempleados o en desventaja en el trabajo, socialmente aislados y están en un alto riesgo de cometer suicidio especialmente cuando han perdido las esperanzas de cambiar sus apariencia. (3,4,6,7,8)

Varios estudios de TDC en la población general han reportado frecuencias de 0.7% (Faravelli. 1997), 1.1% (Bienvenu. 2000), 2.2% (Mayville. 1999), y 13% (Biby. 1998). Se ha estimado que hasta el 1% de la población de EU puede sufrir TDC, sin embargo se piensa que éste trastorno es subdiagnosticado y subreportado.

Existe una consistencia en los reportes de los centros de atención psiquiátrica acerca de la frecuencia en la disfuncionalidad que presentan los cuales un 98% experimentan una alteración significativa social, ocupacional y/o académica, 48% han sido hospitalizados, y 22% han intentado cometer suicidio. (11)

El TDC prevalece 4 veces más cuando se presenta éste trastorno en familiares de primer grado comparados con aquellos que no cuentan con familiares afectados, lo que refuerza la idea de una probable contribución familiar en el desarrollo.

En cuanto a la distribución por sexos, Gleaves (10) está en desacuerdo en los estudios con respecto a la diferencia de sexos para TDC que algunos afirman ser más frecuente en mujeres y otros sugieren que es más común entre los hombres. Otros estudios que han examinado las diferencias de género en la presentación de TDC han encontrado que aparece aproximadamente con la misma frecuencia tanto en hombres como en mujeres.

En ambos casos, son similares en características demográficas y clínicas (la edad de inicio, el curso de la enfermedad, la severidad en los síntomas y el daño a la funcionalidad, etc); sin embargo los pacientes masculinos suelen encontrarse solteros con mayor frecuencia que su contraparte femenina. (37)

El porcentaje de hombres insatisfechos con su cuerpo se ha triplicado en los últimos 25 años. En un amplio estudio con pacientes con TDC, 51% fueron hombres y en otro estudio retrospectivo con 50 pacientes reveló que el 62% estuvo representado por hombres (35,55). En contraste, un estudio con pacientes británicos encontró que el 76% fueron mujeres (30).

Por otro lado, las diferencias en cuanto sexos se observan en las áreas físicas de preocupación. Las áreas físicas específicas en las mujeres que más reportan preocupación son busto, cadera, piernas y peso corporal; la preocupación en los hombres concierne a los genitales, la estatura, el exceso vello corporal, la estructura corporal y adelgazamiento del cabello.

Los varones con ésta patología suelen preocuparse principalmente por su piel (acné o cicatrices), de pelo (calvicie), nariz (por la forma o el tamaño) y/o genitales. Quienes sufren el problema consumen mucho tiempo diario en examinarse atentamente al espejo, compararse con otros, arreglarse excesivamente o camuflar aquella parte del cuerpo con la que están inconformes.

Phillips (34) indicó que los puntos que hacen el diagnóstico de TDC incluyen el chequeo frecuente en el espejo, la actitud evitativa, la comparación constante con otros, la necesidad de reasegurarse de defectos percibidos, exceso de arreglo, pellizcos en la piel y ocultamiento de las zonas conflictivas.

Se ha encontrado que la frecuencia para TDC ha sido alta entre la población de pacientes psiquiátricos, particularmente entre los trastornos de ansiedad o depresión mayor. Por ejemplo, en un grupo de 165 pacientes con trastorno de ansiedad se encontró que un 6.7% reunían criterios TDC a lo largo de la vida; la frecuencia fue más alta para pacientes con fobia social seguidos de pacientes con TOC (9). Phillips (33) encontró un 13.8% de historia personal de TDC en pacientes con depresión mayor.

Estos pacientes visitan numerosos médicos especialistas tales como cirujanos plásticos, dermatólogos y dentistas quienes no están entrenados para reconocer éste trastorno y son a menudo consultados para tratarlos.

Aunque la mayoría de los pacientes que buscan procedimientos quirúrgicos estéticos parecen psicológicamente sanos, algunos no lo son, y para aquellos, los procedimientos cosméticos pueden traer negativas consecuencias, creando problemas tanto para el paciente mismo como para el cirujano (1,15,24)

Aunque algunos cirujanos plásticos están renuentes de realizar procedimientos en pacientes a quienes se encuentran psicóticamente activos o maníacos, gravemente deprimidos o que recientemente hayan consumido drogas, tales casos son por lo regular fáciles de indentificar pero más difíciles son aquellas formas de psicopatología que están relacionadas a la apariencia física o a la imagen corporal, por lo que el TDC está siendo visto con mayor frecuencia entre los pacientes de cirugía cosmética lo cual debe centrar particularmente la atención de los cirujanos (26). Sin embargo, estos pacientes consultan con mayor frecuencia a los dermatólogos y los cirujanos plásticos que a los psiquiatras (24,26,38)

Los problemas encontrados en los cirujanos incluyen estrés, acoso de los pacientes quienes insistentemente solicitan nuevas intervenciones, quejas y acciones legales. El desafío de los cirujanos es cómo identificar antes de una intervención, aquellos pacientes que puedan tener una pobre respuesta en términos de adaptación psicológica y funcionalidad psicosocial.

El TDC ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes vistos en cirugía plástica cosmética. Tales pacientes se describen insatisfechos con la cirugía y cuyos síntomas de TDC incluso empeoran después de una intervención. (45)

En otro estudio llevado a cabo con 268 pacientes que solicitaban tratamientos dermatológicos, encontró que el 11.9% resultaron positivos para el TDC de los cuales 25% (n=8) fueron hombres y 75% (n=24) mujeres y cuya edad promedio de los pacientes fue de 33.7 años (43).

El TDC es visto con mayor frecuencia en clínicas de cirugía plástica y de dermatología. En un estudio de 100 mujeres que fueron vistas en cirugía cosmética en EU, el 5% resultó positivo para el trastorno durante la entrevista TDC. (8) La mayor preocupación en TDC es la nariz. 6,11,12

Veale (13) reportó que en 25 pacientes con TDC tenían antecedentes de haberse realizado un total de 46 procedimientos.

En un reporte de casos (n=188) con TDC evaluado en servicios de psiquiatría 14, 46% fue visto por dermatólogos y 38% recibió tratamiento dermatológico, lo que hace a esta especialidad el tipo de médicos mayormente consultados.

Sólo el 13% de los pacientes que reciben tratamiento reportó mejoría de los síntomas de TDC con éste tipo de tratamiento. La mayoría de los pacientes tienen múltiples quejas que giran alrededor de su apariencia y si éstas son satisfechas, por lo general la preocupación se transfiere a otra zona del cuerpo.

La mayoría de los pacientes que se sometieron a procedimientos quirúrgicos (82.6%) refirieron que sus síntomas permanecieron igual o peor después de la cirugía. (20)

Es importante identificar el TDC en los servicios de atención de dermatología, no sólo por la morbilidad que el trastorno causa, sino que éstos pacientes son difíciles de ser tratados (7,9,12,16) y a menudo están insatisfechos con los tratamientos que reciben.

Un número de cuestionarios están disponibles para evaluar a los pacientes con sospecha de TDC, sin embargo algunos problemas pueden presentarse con el uso de esas pruebas psicométricas en los sitios de atención.

Algunas de ellas consumen mucho tiempo y son difíciles de aplicar por el personal que no posee entrenamiento para calificar e interpretar. Debido a éstos factores, la alianza entre cirujanos y psiquiatras puede ser aún más importante. (12)

Numerosas evaluaciones han sido desarrollados para identificar a pacientes que sufren de TDC.

- The BDD Examination (BDDE) (44) fue desarrollado para diagnosticar TDC y evaluar los síntomas de otros padecimientos con alteraciones graves de la imagen corporal.
- The Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) (25) fue desarrollado para medir la sintomatología de TDC más que diagnosticarlo.
- Existen otras escalas tales como The Multi-dimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) puede aplicarse tanto para diagnóstico como para investigación. (42)

- El Body dysmorphic disorder questionnaire (BDDQ) es un instrumento de tamizaje para el dx de TDC. Validado en la población psiquiátrica con una sensibilidad de 100% y especificidad de 89%. (18)
- La escala modificada de Yale Brown Obsessive Compulsive para TDC (40), permite medir la severidad de los síntomas y se utiliza en la evaluación de la respuesta a los tratamientos.
- El estándar de oro para el diagnóstico de TDC consiste en un instrumento clínico semiestructurado confiable basado en las pautas diagnósticas del DSM IV para TDC. (16)

Es importante señalar la dificultad del cirujano para identificar los pacientes con TDC. Aún cuando un cirujano sospecha posibles síntomas de TDC, no están de acuerdo en referirlos a un especialista de salud mental y con frecuencia son referidos con otro cirujano.

Es preferible la entrevista clínica con el paciente que utilizar los autoinformes/autocuestionarios ya que se evita el sesgo y la manipulación de la información por parte del paciente, además que la mayoría de éstos instrumentos no se encuentran validados en nuestro contexto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a estudios previos realizados en otros países, el TDC es muy frecuente entre los pacientes que solicitan tratamientos estéticos, sin embargo, éste es comúnmente subdiagnosticado lo cual resulta en procedimientos innecesarios, evolución tórpida, insatisfacción con los resultados, múltiples solicitudes de reintervención, conductas demandantes y persecutorias hacia el personal médico, persistencia del trastorno y disfunción global del paciente, pudiendo llegar hasta el suicidio.

Por lo anterior es necesario comprender el comportamiento del TDC en nuestra población de manera que se puedan implementar estrategias que puedan disminuir riesgos innecesarios para estos pacientes y el personal médico, así como la oportuna referencia a Centros de Salud Mental para su tratamiento adecuado, por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en los pacientes que acuden a consulta externa de primera vez de dermatología y cirugía plástica solicitando tratamientos electivos estéticos en un hospital general?

JUSTIFICACIÓN.

Dado que el TDC afecta principalmente a individuos en edad productiva, puede ocasionar abandono o bajo desempeño laboral aunado a sufrimiento y estrés social, además de la saturación de los distintos servicios médicos, por lo cual es fundamental reconocerlo de forma oportuna para disminuir gastos por procedimientos innecesarios y problemas médico-legales así como para reestablecer su funcionalidad y reincorporarlo a su vida laboral.

Es importante iniciar protocolos de investigación para reconocer a fondo el problema en nuestro medio y en la medida en que sea posible, trabajar conjuntamente con especialistas de distintas disciplinas médicas, cirugía, dermatología, para que en el caso de que se sospeche un paciente portador de TDC, reconozcan la importancia de referirlo a un profesional de salud mental.

OBJETIVO.

Determinar la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en los pacientes que acuden a consulta externa de primera vez de dermatología y cirugía plástica solicitando tratamientos electivos estéticos en un hospital general mediante una entrevista clínica semiestructurada.

HIPÓTESIS.

El diagnóstico de trastorno dismórfico corporal es muy frecuente en pacientes que solicitan tratamientos electivos estéticos en la consulta de dermatología y de cirugía plástica.

El diagnóstico de trastorno dismórfico corporal es más frecuente en pacientes que solicitan tratamientos electivos estéticos en la consulta de dermatología y de cirugía plástica que en la población general.

H_0 : El diagnóstico de trastorno dismórfico corporal no es más frecuente en pacientes que solicitan tratamientos electivos estéticos en la consulta de dermatología y de cirugía plástica que en la población general.

DISEÑO

9. 1. Número de muestra a estudiar: 100 casos de los cuales la mitad corresponderá a pacientes de la consulta externa de dermatología y la otra mitad a pacientes de cirugía plástica. Se trata de un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

MATERIALES Y MÉTODO.

10.1. Universo de estudio

Se seleccionarán pacientes que acudan a consulta externa de los servicios de Cirugía plástica y Dermatología solicitando tratamientos electivos estéticos.

El tamaño de la muestra se calculó considerando un 10% de la frecuencia de TDC, con 95% de potencia de la prueba y un error del 05% (n=50 para cada especialidad).

Criterios de inclusión:

-Pacientes de cualquier sexo, adolescentes y adultos, de 15 años de edad en adelante, que acudan solicitando tratamiento electivo estético en consulta externa de primera vez en dermatología o cirugía plástica.

-Aceptar de forma voluntaria participar en el estudio bajo consentimiento informado por escrito.

-Que los síntomas del trastorno NO sea debido a cualquier otro trastorno mental.

Criterios de exclusión

-Que los síntomas del trastorno sea debido a cualquier otro trastorno mental (por ejemplo Anorexia Nervosa, Esquizofrenia, etc).

-Que el tipo de atención sea dirigida a corregir un traumatismo o secuelas de otra condición médica.

Criterios de eliminación:

- No completar los cuestionarios.

10.4. Definición de variables

Independientes.		Dependientes.	
Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)	Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)
<u>Sexo</u>	Nominal dicotómica	<u>TDC</u>	Nominal dicotómica
<u>Edad</u>	Cuantitativa continua	<u>Tipo de cirugía</u>	Nominal categórica
<u>Ocupación</u>	Nominal categórica	<u>Áreas del cuerpo de interés.</u>	Nominal categórica
<u>Motivo de Consulta</u>	Nominal categórica.	<u>Evolución con la insatisfacción física.</u>	Cuantitativa continua
		<u>Historia personal de gestos suicidas</u>	Nominal dicotómica

10.5. Descripción de procedimientos.

Entrevista clínica semiestructurada en la que se incluirán datos generales: sexo (masculino/femenino), edad (años cumplidos), ocupación, tipo de intervención médica/quirúrgica estética electiva que se pretende realizar y otras áreas del cuerpo de interés que deseen modificar e historia personal/antecedentes de ideación e intentos suicidas.

Se entiende como tratamiento estético electivo aquel solicitado por iniciativa del paciente, con el fin de modificar su apariencia física y que no constituye una urgencia médica u otra condición que deba resolverse a corto plazo.

Se aplicara la entrevista clínica semiestructurada ECED-I (SCID I) versión 2.0, la cual reúne las pautas diagnosticas de TDC vigentes en el DSM IV a pacientes captados en la consulta externa de cirugía plástica y dermatología.

Se determinará la frecuencia del trastorno dismórfico corporal de acuerdo a lo obtenido en dicha entrevista.

10.6. Hoja de captura de datos.

Se anexa

11.7. Calendario.

- 1.- Revisión bibliográfica 6 meses
- 2.- Elaboración del protocolo: 2 meses
- 3.- Obtención de la información. 10 meses
- 4.- Procesamiento y análisis de los datos. 1 mes
- S.- Elaboración del informe técnico final. 1 mes
- 6.- Divulgación de los resultados. 1 mes

Fecha de inicio: Septiembre 2004

Fecha de terminación: Septiembre 2005

10.8. Recursos.

1 1.8. 1. Recursos Humanos.

Dr. Jesús Gutiérrez Aguilar. Asesor metodológico.

Dra Carmen Rojas Casas. Asesor teórico.

Dr. Alberto Loya Jáquez. Realización de entrevistas a pacientes.

10.8.2. Recursos materiales.

Ejemplares de la SCID I versión en castellano

PC e Impresora

VALIDACIÓN DE DATOS.

I) Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, porcentajes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Tablas y gráficas

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

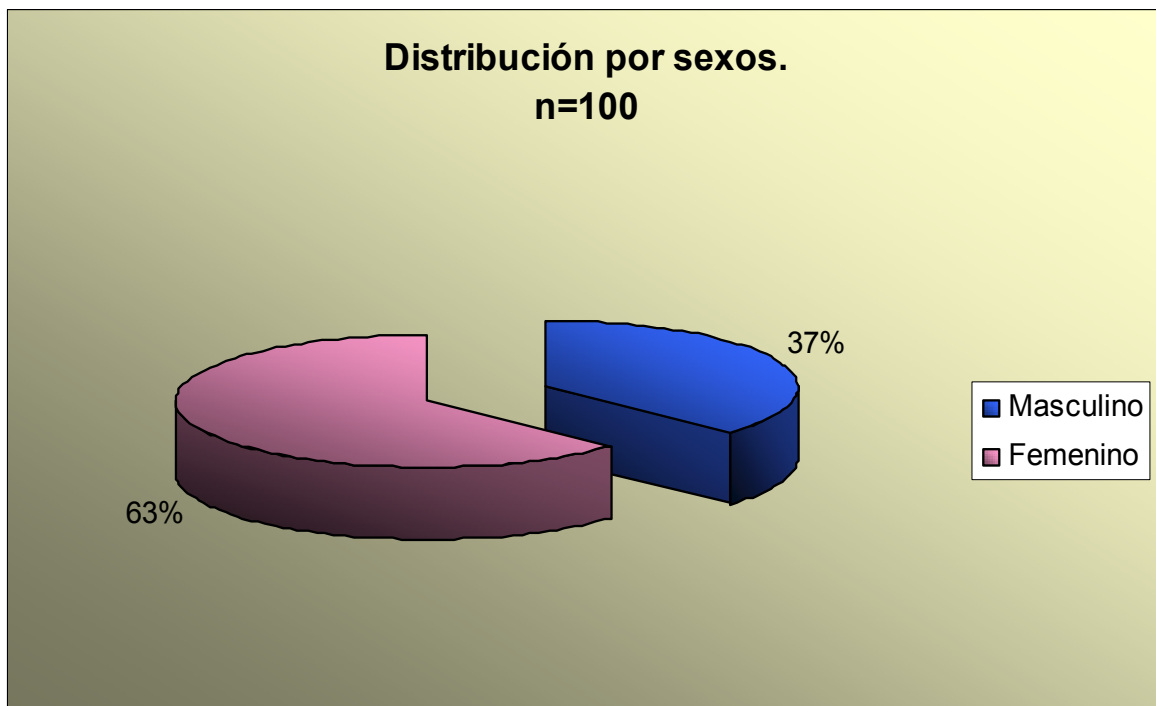
"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud."

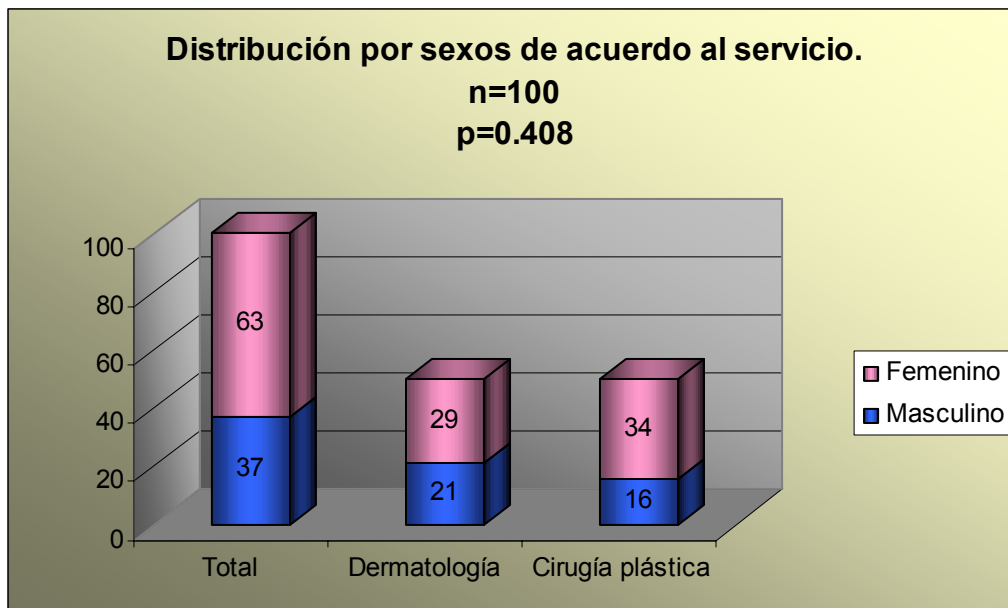
Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo.

RESULTADOS.

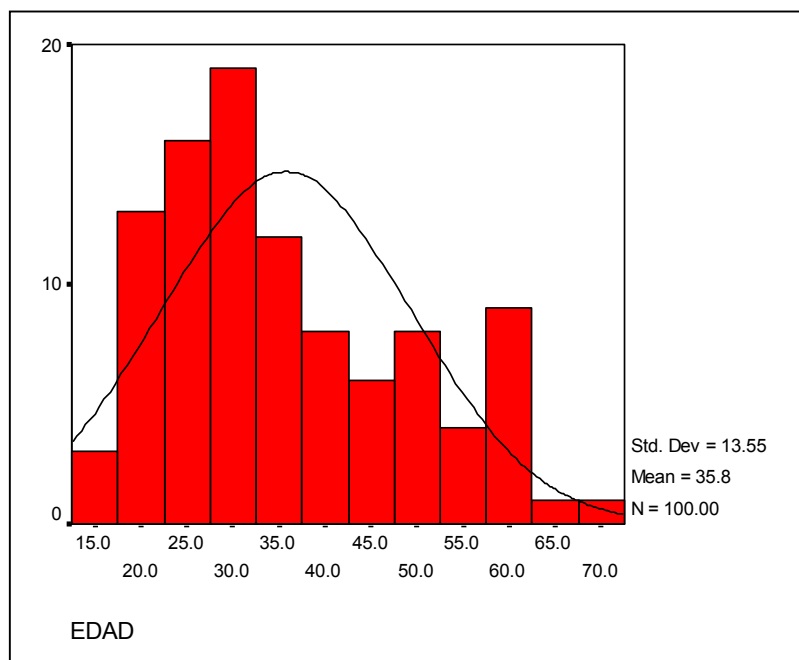
DISTRIBUCION POR SEXOS.

Se realizó el estudio con 100 pacientes en total constituido por 50 pacientes de Cirugía plástica y 50 de Dermatología, de los cuales 37 fueron de sexo masculino (21 pacientes (42%) dermatología; 16 pacientes (32%) cirugía plástica) y 63 de sexo femenino (29 pacientes (58%) dermatología; 34 pacientes (68%) cirugía plástica) sin diferencia estadísticamente importante entre grupos ($p=0.3$).

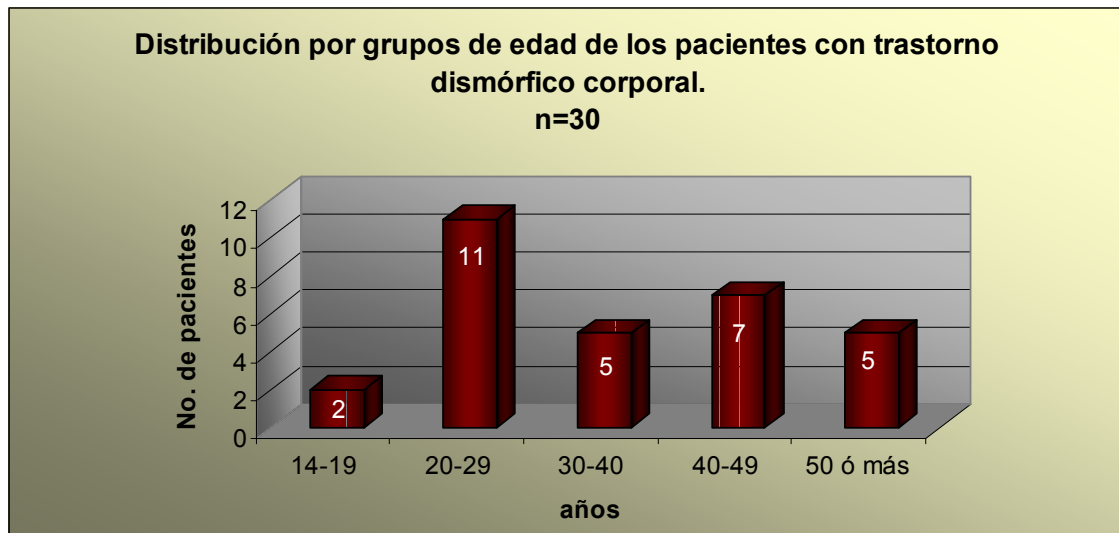




DISTRIBUCION POR EDADES



Las edades de los pacientes entrevistados comprendían desde los 15 a los 70 años, con una media de 35.8 años de edad y una desviación estándar de +- 13.55 años.

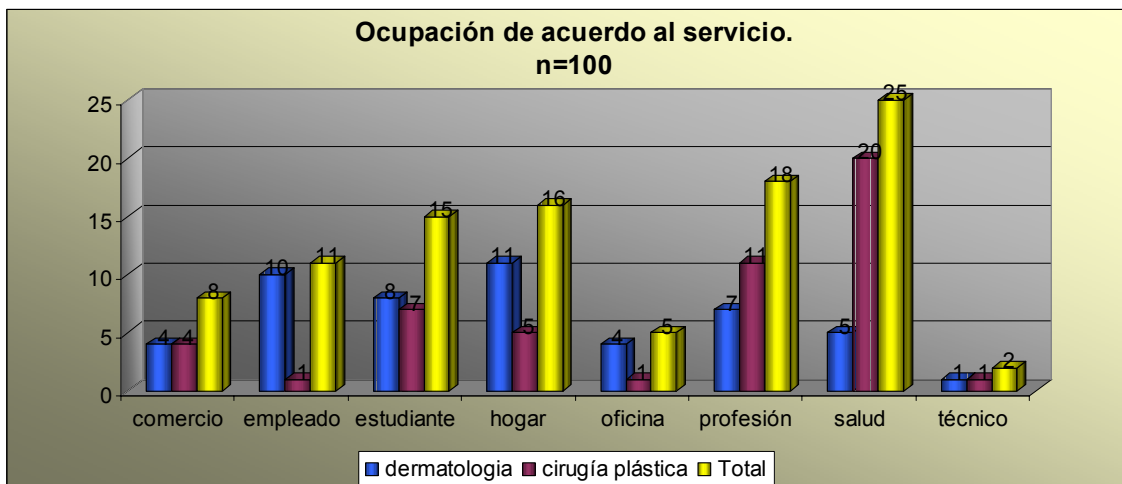


Gráfica que representa el número de pacientes distribuidos en cada grupo de edad.

DISTRIBUCION DE OCUPACIONES POR SERVICIO.

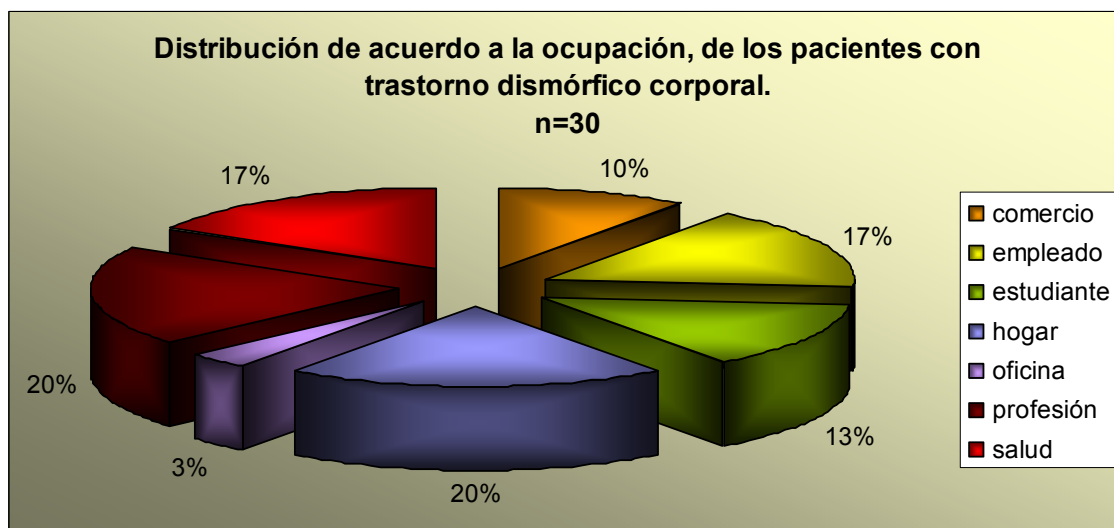
Ocupaciones	Dermatología	Cirugía Plástica
Comerciantes 8 (8%)	4 (8%)	4 (8%)
Empleados 11 (11%)	10 (20%)	1 (2%)
Estudiantes 15 (15%)	8 (16%)	7 (14%)
Hogar 16 (16%)	11 (22%)	5 (10%)
Oficina 5 (5%)	4 (8%)	1 (2%)
Profesionistas 18 (18%)	7 (14%)	11 (22%)
Trab. de Salud 25(25%)	5 (10%)	20 (40%)
Técnicos 2 (2%)	1 (2%)	1 (2%)
TOTAL 100(100%)	50 (100%)	50 (100%)

DISTRIBUCION DE OCUPACIONES DE ACUERDO AL SERVICIO.



Se aprecia un predominio de mayor nivel socioeconómico en el grupo de pacientes de Cirugía Plástica constituido en su mayoría por profesionistas y Trabajadores de la Salud con respecto aquellos de Dermatología, empleados y dedicados al hogar; mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.003$).

DISTRIBUCION DE OCUPACIONES EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL.



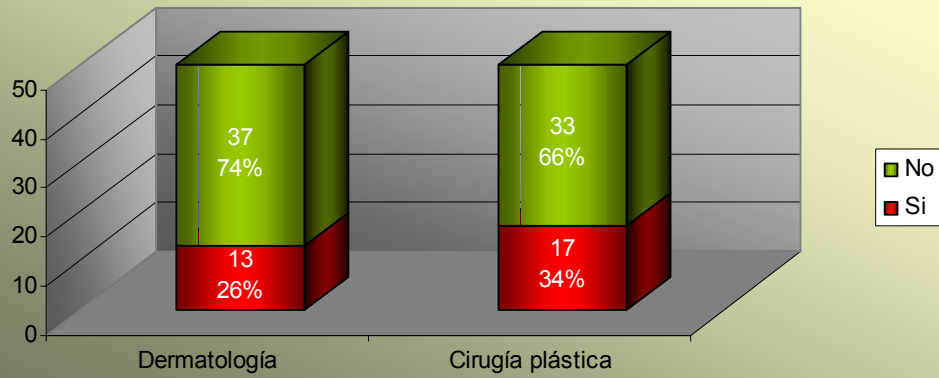
DISTRIBUCION POR SOLICITUD DE TRATAMIENTOS POR SERVICIOS.

Dermatología		Cirugía Plástica	
Acné	18 (36%)	Bichetomía	2 (4%)
Alopecia	4 (8%)	Blefaroplastía	7 (14%)
Derm. Atp.Genital	2 (4%)	Lipectomía	5 (10%)
BOTOX	2 (4%)	Liposucción	7 (14%)
Fibromas blandos	3 (6%)	Mamoplastía	5 (10%)
Melanosis	2 (4%)	Implante mentón	2 (4%)
Melasma	6 (12%)	Rinoplastía	20 (40%)
Derm. Millium	2 (4%)	Ritidectomía	2 (4%)
Nevos faciales	2 (4%)		
Psoriasis	1 (2%)		
Rinofima	1 (2%)		
Vitiligo	1 (2%)		
	50(100%)		50 (100%)

FRECUENCIA DE TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

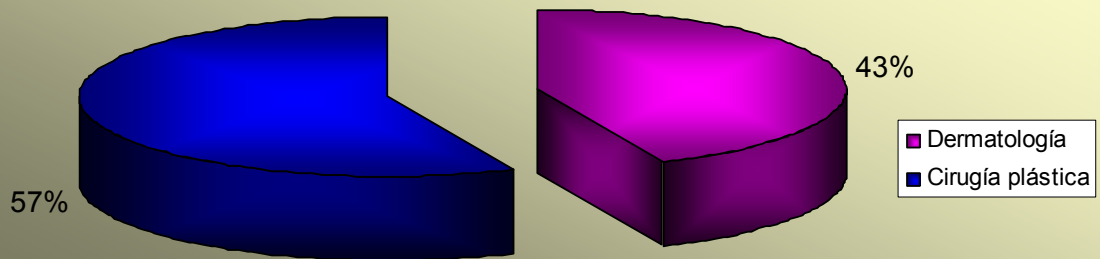
Frecuencia de trastorno dismórfico corporal de acuerdo al servicio.

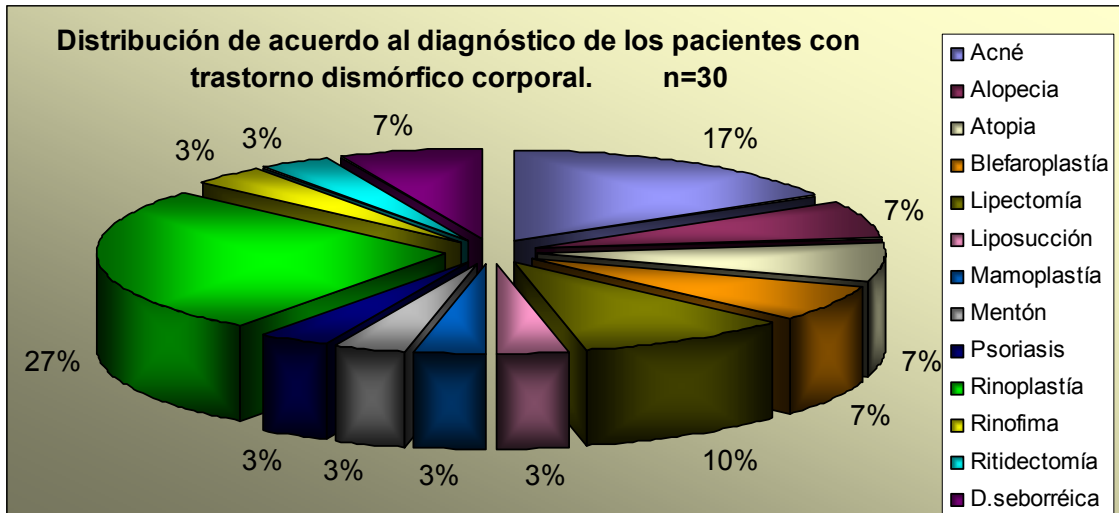
n=100 p=0.513



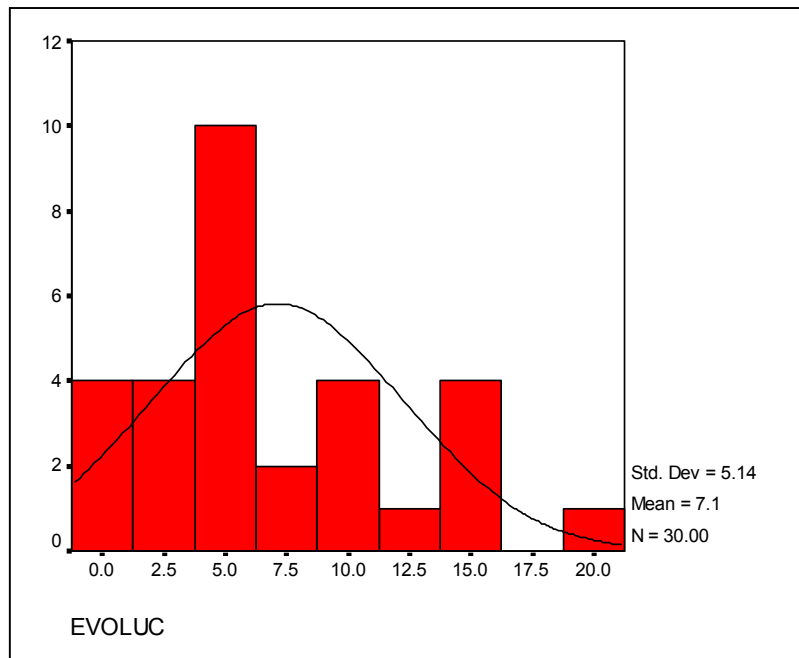
Pacientes con trastorno dismórfico corporal, según servicio de procedencia.

n=30



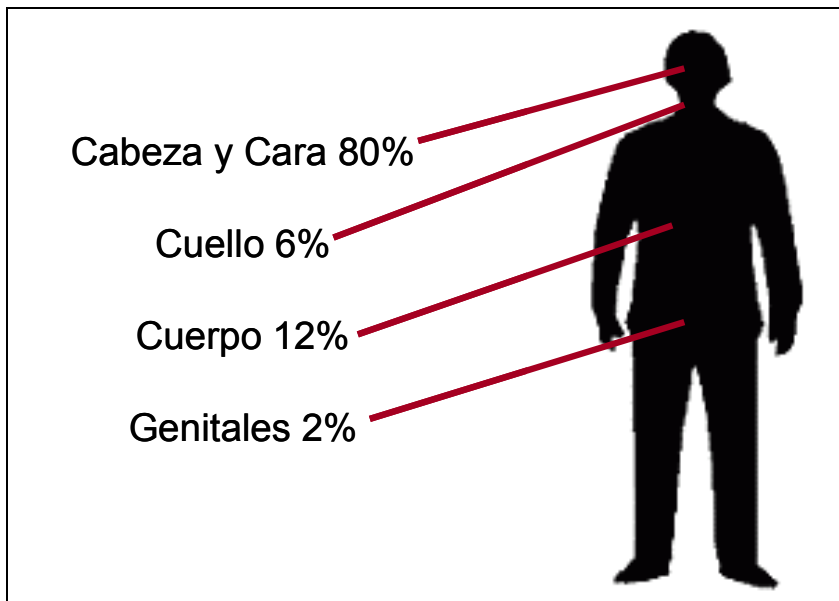


TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL

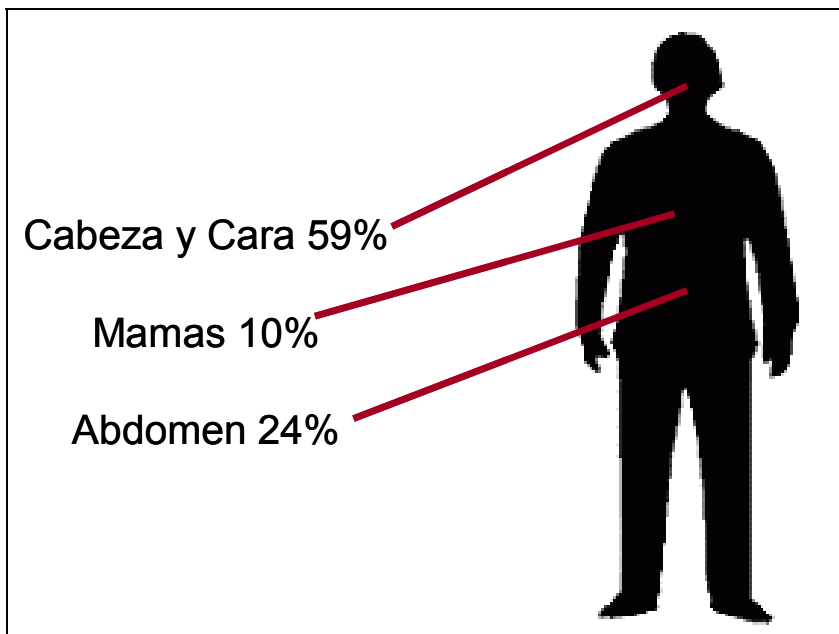


DISTRIBUCION ANATOMICA DE SOLICITUD DE TRATAMIENTOS POR SERVICIOS

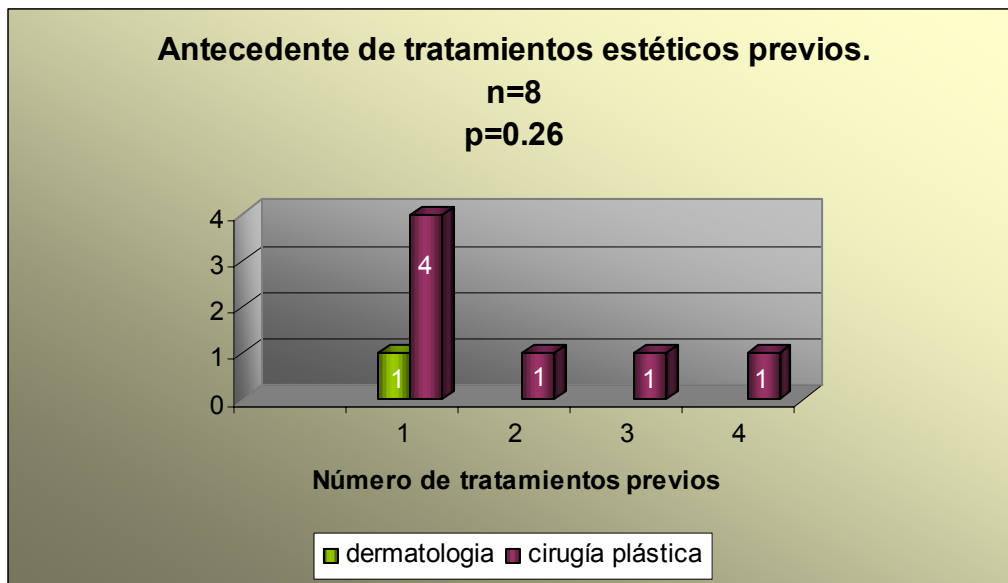
Dermatología:



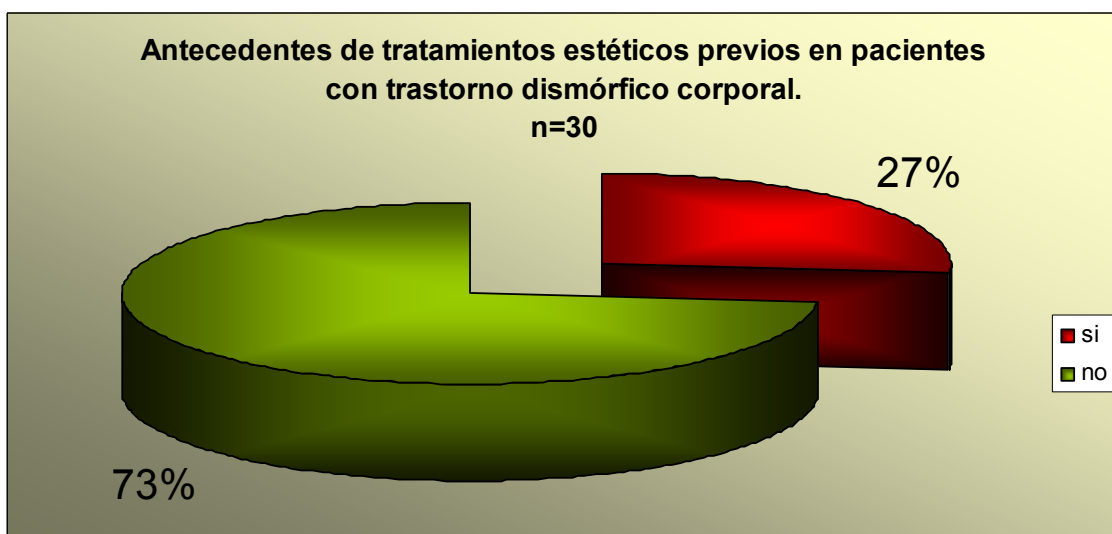
Cirugía Plástica:



**PACIENTES CON ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS ELECTIVOS
ESTETICOS PREVIOS**



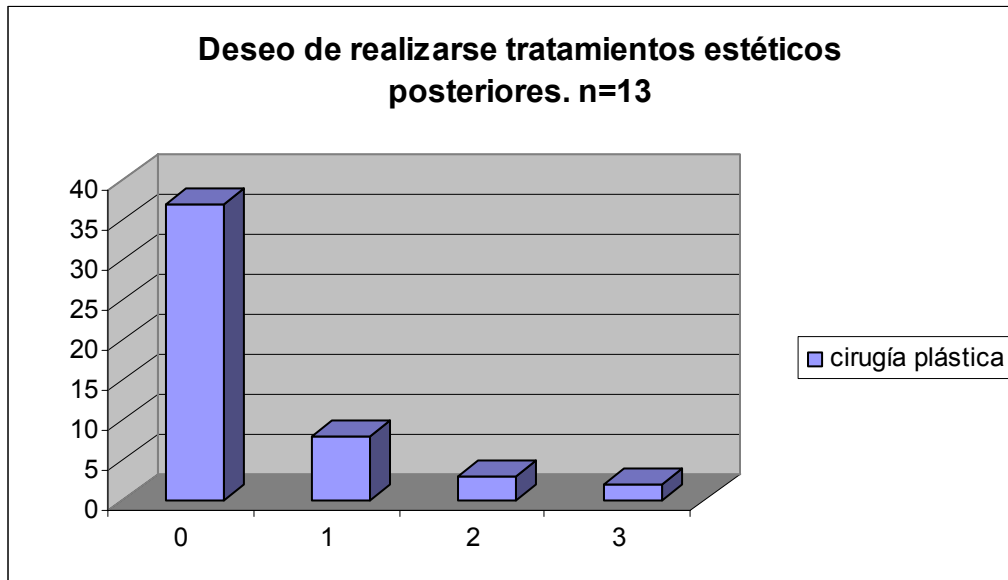
Del total de los pacientes que resultaron positivos para TDC, 8 pacientes contaron con antecedentes personales de tratamientos estéticos previos. Del grupo de cirugía plástica, 4 pacientes ya se habían realizado un tratamiento previo, un paciente tuvo 2 procedimientos previos, un paciente con 3 y otro paciente con historia personal de 4 tratamientos estéticos previos. Del grupo dermatológico, sólo un paciente se había realizado un tratamiento estético con anterioridad.



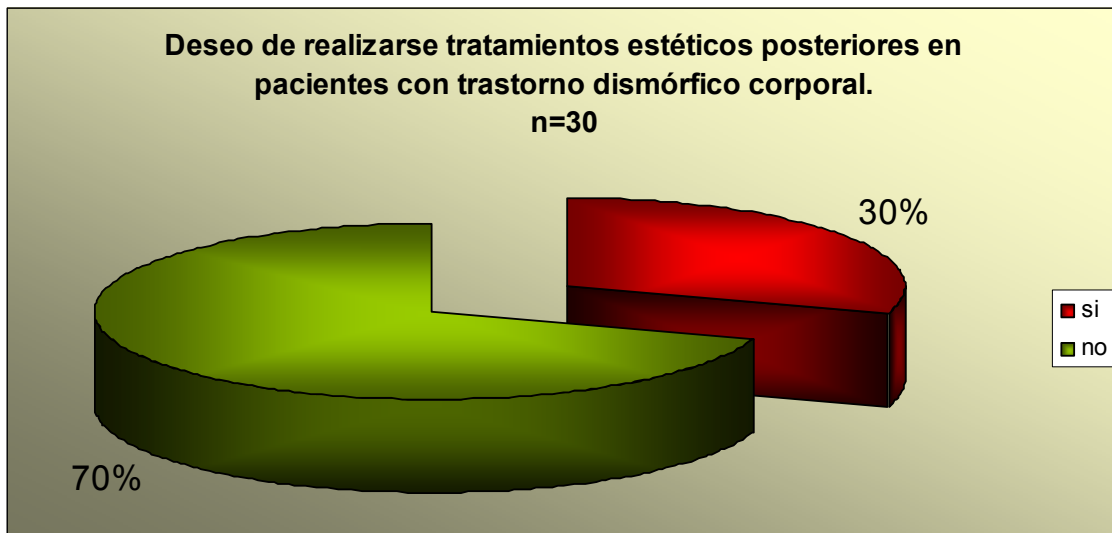
Del total de los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal, el 27% contaban con antecedentes de tratamientos estéticos previos.

PACIENTES QUE PLANEAN REALIZARSE OTRAS INTERVENCIONES

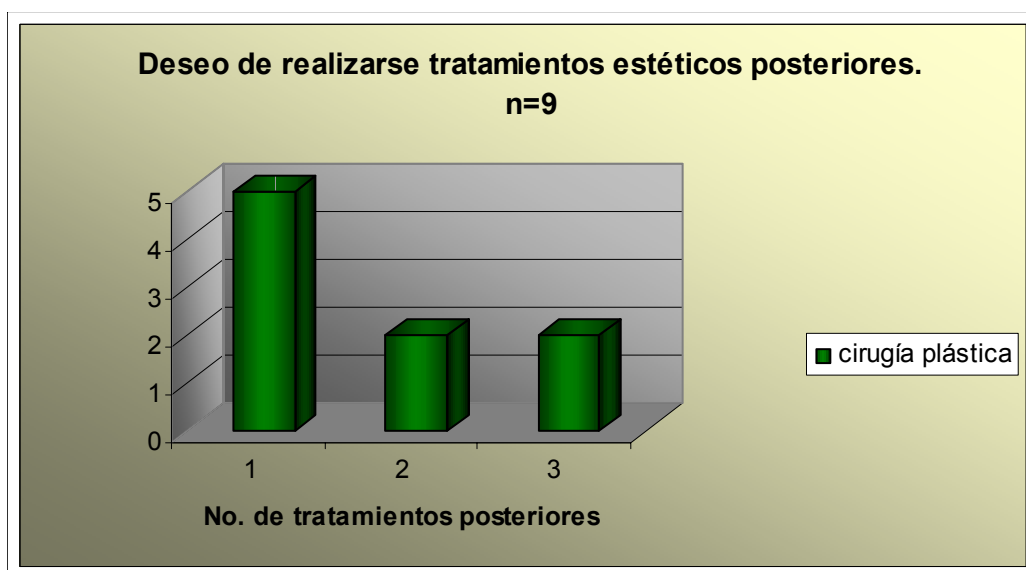
ESTETICAS EN EL FUTURO



De los 13 pacientes que refirieron realizarse otros procedimientos estéticos a futuro, 10 pacientes deseaban un tratamiento más; 2 pacientes planean realizarse 2 procedimientos a futuro y un paciente refirió querer 3 tratamietos.



En esta gráfica muestra el porcentaje de pacientes con TDC que planean realizarse futuros tratamientos estéticos representados por el 30%.



DISCUSIONES

Se determinó la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en los pacientes que acudieron a consulta externa de Dermatología y Cirugía Plástica solicitando tratamientos electivos estéticos en un hospital general mediante entrevistas clínicas semiestructuradas. El tiempo promedio en que se llevó a cabo con cada paciente fue en promedio de 25 minutos.

Se encontró que la frecuencia de este trastorno es de 30% en 100 pacientes de los cuales el 26% (13 pacientes) está constituido por pacientes del servicio de Dermatología y 34% (17 pacientes) de Cirugía Plástica.

El 36.7% (11 pacientes) fueron hombres y 63.3% (19 pacientes) lo representan las mujeres.

El diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal resultó ser más frecuente en pacientes que solicitaron tratamientos electivos estéticos (30%) que en la población general (1%).

El promedio de edad en los pacientes con TDC fue de 35.73 años.

El tiempo de evolución promedio del TDC fue de 7.1 años.

La frecuencia de éste diagnóstico en los pacientes de Cirugía Plástica fué mayor a lo esperado comparado a lo descrito en estudios previos en población similar (34% vs. 5%).

De la misma manera con lo descrito en la literatura médica, se encontró que la mayor preocupación en estos pacientes que solicitan cirugía plástica es la nariz.

En los pacientes dermatológicos se encontró que la frecuencia del TDC fué de 26%, cifra mayor a lo reportado en estudios previos de 11.9%. La mayor preocupación en éstos pacientes es el acné.⁹

Ninguno de los pacientes con TDC había sido referido a un Centro de Salud Mental ni han recibido una valoración psiquiátrica previa.

Según (11) reportó que el 22% de los pacientes con TDC han intentado cometer suicidio, sin embargo ningún paciente durante la entrevista refirió historia personal de intentos suicidas.

Aunque no se determinó el grado de disfuncionalidad en los pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal, durante la entrevista expresaron tener una gran preocupación con un defecto imaginado en la apariencia o, si hay una mínima anomalía física, la inquietud de la persona fué marcadamente excesiva:

- *“tengo que usar maquillaje líquido para cubrirme toda mi cara...”(sic).*
- *“me siento obsesionado tanto con mi nariz...”(sic).*
- *“la cirugía tiene un 80% de importancia para mí...”(sic).*
- *“siento que mis orejas están asimétricas...”(sic).*
- *“ya me operé la nariz y el busto...y ahora no me gusta mi panza...”(sic).*

También la preocupación causa angustia significativa o una alteración en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes de las personas:

- *“me dá verguënza salir a la calle...”(sic).*
- *“me siento incómoda cuando estoy con la gente...”(sic).*
- *“me siento en desventaja cuando estoy con mis amigas...”(sic).*
- *“me la paso todo el día en el gimnasio y no se me quita esta panza...”(sic).*
- *“quisiera que mi esposo se fijara más en mí...”(sic).*

Dada la tendencia de que estos pacientes busquen tratamientos estéticos tanto los cirujanos plásticos como los dermatólogos, se encuentran en una posición única para identificar y referir a estos pacientes con profesionales en Salud Mental para que reciban una completa valoración y tratamiento.

La mayoría de los pacientes pueden ser tratados con éxito utilizando ISRS y/o terapia cognitivo conductual en combinación con psicoeducación y apoyo.

Debería establecerse un contacto entre psiquiatras con dermatólogos, cirujanos plásticos y otros médicos no psiquiatras requeridos por estos pacientes a los que están acudiendo para recibir tratamiento. Aunque nadie puede predecir cómo un paciente va a responder a este tipo de tratamientos, los datos disponibles indican que los pacientes habitualmente no mejoran y que, incluso pueden empeorar. En algunos casos, tales tratamientos precipitan psicosis, comportamientos suicidas o violencia. Por estas razones, parece sensato

aconsejar a los pacientes que sigan un tratamiento psiquiátrico antes de someterse a la cirugía, y que eviten tratamientos estéticos.

CONCLUSIONES

Ha sido claro que el Trastorno Dismórfico Corporal es el nombre clínico para una preocupación desproporcionada con un mínimo o imaginado defecto físico. Estos pacientes creen que su imagen distorsionada es verdadera y es común para ellos que perciban pobres resultados en sus tratamientos estéticos a pesar de que sean excelentes. También, no sólo son capaces de hacerse daño físico y emocionalmente, sino que son capaces de hostigar a sus cirujanos.

Existen numerosas condiciones psiquiátricas que con frecuencia acompañan al Trastorno Dismórfico Corporal lo cual dificulta su diagnóstico.

Para los especialistas en procedimientos estéticos les resulta difícil reconocer este trastorno en los pacientes que acuden a su consulta.

Por ésta razón, debería tomarse en cuenta la perspectiva de los psiquiatras ante la duda de los cirujanos de intervenir a determinados pacientes, sobre todo aquellos que regresan tiempo después solicitando nuevos tratamientos estéticos.

Con la presente investigación puedo concluir acerca de la importancia de que se incluya una valoración para cada paciente que solicite un tratamiento estético; conocer quién es el paciente, sus rasgos de personalidad, sus gustos e inquietudes; determinar cuándo es el mejor momento para someterse a tales tratamientos, sobre todo en aquellas circunstancias en las que atraviesan por

momentos difíciles en cuyo caso el tratamiento no sería recomendado y lo más importante, conocer por qué el paciente solicita este tipo de procedimientos, si son realistas sus expectativas y también si están concientes de sus limitaciones.

Debido a que no se conoce la etiología del trastorno dismórfico corporal, en la actualidad el trastorno no se puede prevenir. Sin embargo, la enfermedad debe ser tratada en sus estados iniciales, antes de que provoque una morbilidad importante o interfiera importantemente en cada ámbito de la vida.

A través de nuestra carrera vamos acumulando el conocimiento y la experiencia necesaria para realizar con prudencia nuestras decisiones y prácticas clínicas con cada paciente. La capacidad y la racionalidad para decidir que paciente puede ser candidato para recibir un tratamiento estético, debe ser valorado con detenimiento. Nuestro sentido común, juicio clínico y la habilidad para entender a nuestros pacientes, nos haría tomar la decisión correcta de cuándo un paciente se encuentra mentalmente saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Allen, Andrea, PhD. Body Dysmorphic Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. Vol 23:3. September 2000. pg 617-627.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th edn. Washington D.C. American Psychiatric Association, 1994: 466-468.
3. Andrea Alle, PhD; and Eric Hollander, MD. Body Dysmorphic Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 23, No. 3, September 2000.
4. Buhlmann, Urike; McNally, Richard J; Etcoff, Nancy L; Tuschen-Caffier, Brunna; Wilhelm, Sabine. Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatry Research* 38 (2004) 201-106.
5. Bystritsky, Alexander, M.D.; Vapnik, Tanya, R.N. Dysmorphobia Group Treatment. *Depression and Anxiety* 5: 39-40 (1997).
6. Cansever, Adnan; Uzun, Özcan; Dönmez, Erkan; Ozsahin, Aytekin. The Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in College Students: A Study in a Turkish Sample. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 44, No. 1 (January/February), 2003: pp 60-64.
7. Cash, T.F.; Pruzinsky, T. *Body images: Development, deviance and change*. New York Guilford. 1990.
8. Cogwell Anderson, Rebecca. Body dysmorphic disorder: Recognition and treatment. *Plastic Surgical Nursing*; Fall 2003; 23; Health module. Pg. 125.
9. Cohen, Lisa J; Kingston, Priscilla; Bell, Andrew; Kwon, Jee; Aronowitz, Bonnie; Hollander, Eric. Comorbid Personality Impairment in Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 41, No. (January/February), 2000: pp 4-12.
10. Cororve MB & Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment and treatment strategies. *Clinical Psychology Review* (2001), 21 (6), 949-970.
11. Cotterill, J. A; Cunliffe, W. J. Suicide in Dermatological patients. *Br J Dermatol*, Volume 137(2). August 1997. 246-250.
12. Cunningham, SJ & Feinmann, C. Psychological assessment of patients requesting orthognathic surgery and the relevance of body dysmorphic disorder. *Brittish Journal of Orthodontics*, 1998 (25) 293-298.
13. Don St. John, MA, PA. Imagined Ugliness: Body Dysmorphic Disorder. *Physician Assistant*. July 2003. pp 15-27.
14. Eisen, Jane L.; Philips, Katharine A.; Coles, Meredith E.; Rasmussen, Steven A. Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 45, No. 1 (January/February), 2004: pp 10-15.
15. Ferreri M, Godefroy M, Mirabel V et Alby JM. Dysmorphophobies. *Enycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Psychiatrie*, 37-146-A-10, 1990, 10 p.
16. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version*

- 2.0). New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1996.
17. Fitts SN, Gibson P, Redding CA, et al. Body dysmorphic disorder: Implications for its validity as DSM III-R clinical syndrome. *Psychol Rep* 64: 655. 1989.
 18. Fugen Neziroglu, Ph.D. Body Dysmorphic Disorder: a Common but Underdiagnosed Clinical Entity. *Psychiatric Times*. January 1998. Vol. XV. Issue 1.
 19. Gabbay, V, MD; Asnis, GM, MD; Bello, J. A, MD; Alonso, C.M., MD; Serras, S:J:, MD; O'Dowd, M.A., MD. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology* 2003; 61: 123-125.
 20. García Alvarez, Ma. Jesús; Núñez Pérez, Antonio. Temor de Fealdad: La Dismorfofobia como un síntoma. *Psiquiatría pública* 2000; 12(2), pag. 159-165.
 21. Grant, Jon E. J.D., M.D.; Suck Won Kim, M.D.; and Crow, Scott J. M.D. Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in Adolescent and Adult Psychiatric Inpatients. *J Clin Psychiatry* 62:7, July 2001.
 22. Gunstad, John; Philips, Katharine A. Axis I Comorbidity in Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 44, No. 4 (July/August), 2003: pp 270-276.
 23. Hollander E, Cohen L, Simeon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Ann* 1993; 23(27): 359-364.
 24. Honigman, Roberta J. B. Comm., B.Soc.Work., A.A.S.W.; Phillips, Katharine A. M.D.; Castle, David J. M.Sc., M.R.C. Psych., F.R.A.N.Z.C.P. A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 113(4), April 2004 pp 1229-1237.
 25. Jorgensen, Lisa; Castle, David; Roberts, Clare; Groth-Manart, Gary. A clinical validation of the Dysmorphic Concern Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 124-128.
 26. Kisely, Stephen; Morkell, Daniel; Allbroock, Bruce; Briggs, Patrick; Jovanovic, Jasmina. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36: 121-126.
 27. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino della R accademia di Genova* (1891) 6: 110-119.
 28. Munro A. Monosymptomatic hypochondriaca psychosis. *Brit J Hosp Med* 1980; 46: 34-38.
 29. Newell, R.J. Altered body image: a fear-avoidance model of psychosocial difficulties following disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(5); pg 1230-1238.
 30. Ott, Michael W.; Wilhelm, Sabine; Cohen, Lee S.; Harlow, Bernard L. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061-2063.
 31. Özcan Uzun, Cengiz Basoglu, Ahmet Akar, Adnan Cansever, Aytakin Özsohain, Mesut Çetin, and Servet Ebrinç. Body Dysmorphic Disorder in

- Patients with Acne. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 44, No. 5 (September/October), 2003: pp 415-419.
32. Philippoupos, G.S. The analysis of dysmorphophobia. *Can J Psychiatry* 1979; 24: 397-401.
 33. Philips, Katharine A; McElroy, Susan L. Personality Disorders and Traits in Patients with Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 41, No. 4 (July/August), 2000: pp 229-236.
 34. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. *Bulletin of Menninger Clinic*. 2002, 64 (1) 18-35.
 35. Phillips KA; Castle DJ. Body dysmorphic disorder in men. *BMJ* 2001; 323: 1015-6.
 36. Phillips, Katharine A. Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research* 38 (2004) 63-72.
 37. Phillips, Katharine A. Quality of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 188(3); March 2000, pp 170-175.
 38. Phillips, Katharine A., MD; Dufresne Raymond G., Jr. MD; Wilkel Caroline S., MD; and Vittorio Carmela C., MD. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 436-41.
 39. Phillips, Katharine A; Jon Grant; Jason Siniscalchi; Ralph S Albertini. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*; Nov/Dec 2001; 42, 6; ProQuest Medical Library pg 504.
 40. Phillips, Katherine A; Hollander, Eric; Rasmussen, Steven A; Aronowitz, Bonnie R. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a Modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*; 1997; 33, 1; ProQuest Medical Library; pg. 17.
 41. Piet Oosthuizen, Tim Lambert, David J. Castle. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998; 32:129-132.
 42. Raich, R. Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid; Ediciones Pirámide 2000. pp 81-89.
 43. Rohrich, Rod J., MD. The Who, What, When, and Why of Cosmetic Surgery: Do our Patients Need a Preoperative Psychiatric Evaluation?. *Plastic and Reconstructive Surgery*, December 2000.
 44. Rosen, JC; Reiter, J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behavior Research and Therapy*. (1996): 34, pp 755-766.
 45. Sarwer DB; Crerand CE and Didie ER. Body Dysmorphic Disorder in Cosmetic Surgery Patients. *Facial Plastic Surgery*. Vol. 19, Num 1; 2003. pg 7-17.
 46. Sarwer, David B. PhD; Crerand, Canice E. M.A; Didie, Elizabeth R. M.A. 2. *Facial Plastic Surgery*. *Multi-Specialty Facial Plastic Surgery*. 19(1): 7-17, 2003.
 47. Sarwer, David B. PhD; Wadden, Thomas A. PhD.; Pertschuk, Michael J. MD; Whitaker, Linton A. MD: Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plast Reconstr Surg*. Volume 101(6). May 1998. 1644-1649.

48. Schachter M. Névroses dysmorphiques et délire ou conviction délirant de dysmorphie. *Ann Med Psychol (Paris)* 1971; 1: 723-746.
49. Simeon, Daphne; Hollander, Eric; Stein, Dan J.; Cohen, Lisa; Aronowitz, Bonnie. Body Dysmorphic Disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, Volume 152(8). August, 1995. 1207-1209.
50. Slade, P.D. What is body image? *Behaviour Research and Therapy*. 1994. no. 32, pp 497-502.
51. Thompson, J.K. *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York; Pergamon Press (1990) pp 59-67.
52. Tomkiewicz S, Finder J. La dysmorphophobie de l'adolescent caractériel. *Rev. Neuropsychiat. Infant.* 1967, 15, no. 12.
53. Veale, David MD; Boocock, Anne MRCPsych; Gournay, Kevin PhD; Dryden, Windy PhD; Shah, Fozia BSc; Wilson, Robert BSc; Walburn, Jessica MA. Body Dysmorphic Disorder: A Survey of Fifty Cases. *Br J Psychiatry*, Volume 169(2). August 1996. 196-201.
54. Veale, David, MD; Ennis, Michelle, BA; Lambrou, Christina, BSc. Possible Association of Body Dysmorphic Disorder with an Occupation or Education in Art and Design. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1788-1790.
55. Veale, David; Kinderman, Peter; Riley, Susan; Lambrou, Christian. Self discrepancy in body dysmorphic disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*; Jun 2003; 42, ProQuest Medical Library, pg. 157.
56. Wnada M. Patterson, MD, O. Joseph Bienvenu, MD, PhD, M. Peter Chodynicky, MD, Camila K. Janninger, MD, and Robert A. Schwartz, MD, MPH. Body Dysmorphic Disorder. *International Journal of Dermatology* 2001, 40. 688-690.
57. Zimmerman, Mark; Mattia, Jill I. Body Dysmorphic Disorder in Psychiatric Outpatients: Recognition, Prevalence, Comorbidity, Demographic, and Clinical Correlates. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, No. 5 (September/October), 1998: pp 265-270.