



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”

TEMA:

**“INFLUENCIA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL PARA EL
DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A
PROCEDIMIENTOS DERMOESTÉTICOS EN LA CLÍNICA DERMATOLÓGICA
OLLAGUE DE MARZO A JULIO 2021”**

Tesis presentada como requisito
para obtener el Título de Médico

AUTOR: GINA CEVALLOS CHÁVEZ

TUTOR: DR. KLEBER OLLAGUE MURILLO

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE 2021

A mis padres, por ayudarme a
alcanzar mis metas.

A mi hermana, por apoyarme
siempre.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Dr. Kleber Ollague Murillo, por haberme abierto las puertas de su prestigiosa Clínica Dermatológica Ollague para la realización de este trabajo de titulación y por sus conocimientos transmitidos durante la cátedra de Dermatología, la cuál acrecentó mi inclinación por esta especialización.

A mi colaborador, Dr. Edgar Ollague Córdova, por su tiempo y paciencia en el proceso de este proyecto.

A mis profesores por el conocimiento compartido durante mis años de estudio.

A mi universidad por brindarnos siempre lo mejor.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	xii
Lista de tablas	xiii
Resumen	xiv
Introducción	xv
1. CAPÍTULO 1.....	17
1.1. Antecedentes científicos.....	17
1.2. Planteamiento del problema	19
1.3. Objetivos	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
1.4. Justificación.....	22
1.5. Hipótesis.....	22
2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.....	23
2.1.1. DEFINICIÓN	23
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA	24
2.1.3. ETIOLOGÍA	25
2.1.4. DIAGNÓSTICO.....	27
2.1.5. CLÍNICA	27
2.1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
2.1.8. TRATAMIENTO.....	30
2.2. DEPRESIÓN	32
2.2.1. DEFINICIÓN	32
2.2.2. PREVALENCIA.....	33
2.2.3. DIAGNÓSTICO.....	35
2.2.4. FACTORES PREDISPONENTES.....	36
2.2.5. DEPRESIÓN EN TDC.....	38
3. CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	39
3.1. LUGAR	39
3.2. PERÍODO.....	39
3.3. TIPO Y DISEÑO	39
3.4. UNIVERSO.....	39
3.5. MUESTRA.....	39
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	39
3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
3.8. ANÁLISIS DE DATOS	40
3.9. ASPECTOS LEGALES.....	50

3.10.	ASPECTOS ÉTICOS	50
3.11.	PRESUPUESTO	50
3.12.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	51
4.	<i>RESULTADOS</i>	53
5.	<i>DISCUSIÓN</i>	56
6.	ANEXOS	60
6.1.	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS.....	60
6.2.	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD	61
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	62

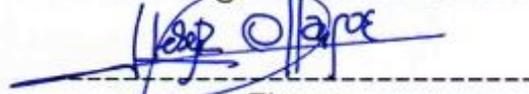


Clínica Dermatológica Ollague
Kennedy norte mz 409 villa 2
Guayaquil
16 de marzo de 2020

Me llena de satisfacción poder confirmarle que su petición de ser tutor de la tesis: **"Influencia del Trastorno Dismórfico Corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimiento dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague de mayo a agosto 2020"** por Gina Cevallos Chávez ha sido aceptada.

Sin más motivos, se despide:

Dr. Kléber Ollague Murillo
Dermatólogo/Director de CDO



Firma

Teléfono: +593-42681357 / +593-42681388
Celular: +593-989754285 / +593-967097791
Dirección: Kennedy Norte Calle Vicente Noreño de Lucca y Ángel Barrera.
Guayaquil, Ecuador.
www.clinicadermatologicaollague.com

Clínica
Dermatológica
Ollague



2020

Ficha Técnica para la presentación del Tema para el desarrollo del Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de Pregrado Facultad de Medicina

A. Datos Generales del Estudiante Investigador

Facultad: Ciencias Médicas			
Escuela o Carrera: Medicina			
Título del Trabajo de Graduación: Influencia del Trastorno Dismórfico Corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimiento dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague de mayo a agosto 2020			
Título a obtener: Médico			
Nombre del Estudiante Investigador: Gina Cevallos Chávez			
Teléfono(s) de contacto(s):	984938611	Email:	ginacevallos@uees.edu.ec
Dirección:	Entre Ríos. Mzn VI-18		
Tutor sugerido:	Dr. Kléber Ollague Murillo		
Especialidad relacionada con el área: Dermatología			

Indique la(s) línea(s) y sublíneas de investigación en Salud que considera el trabajo:

Salud Pública	Enfermedades infecciosas	Enfermedades Crónicas No transmisibles	Promoción de la Salud	X
Oncología	Epidemiología y Oncología	Prevención Primaria	Métodos de diagnóstico e innovación tecnológica	
Genética	Identificación y caracterización genética:	Identificación de variabilidad genotípica de vectores:	Estudios de correlación existente entre el genotipo y el fenotipo de Agentes patógenos	
Nutrición y alimentación	Inocuidad, seguridad y soberanía alimentaria	Epidemiología Nutricional	Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades	

Duración del Trabajo (tiempo en meses):	3	meses	Lugar: Ciudad/País:	Clínica Dermatológica Ollague, Guayaquil, Ecuador
--	---	-------	----------------------------	---

El trabajo de Titulación se realizará en:	Hospital Público ()	Hospital Privado ()	Comunidad ()	Consultorio Médico (X)
Información del lugar donde se realizará el trabajo de Titulación				
Nombre de la Institución:	Clínica Dermatológica Ollague			
Representante:	Kléber Ollague Murillo	Cargo:	Dermatólogo (director)	
Dirección:	Kennedy norte mz 409 villa 2	Ciudad/País:	Guayaquil	
Email:	drollague@hotmail.com	Teléfono:	98089423	Fax: -

B. TITULO

Enuncie el título el cual debe de tener entre 16-25 palabras, debe expresar adecuadamente el propósito del trabajo y tener correlación con el objetivo general.

Influencia del Trastorno Dismórfico Corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimiento dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague de mayo a agosto 2020

C. Planteamiento del Problema y Justificación

Definición y delimitación del problema que se desea tratar y la justificación del trabajo. Responder "por qué" y "para qué" la investigación. ¿Cuál es el problema de estudio al que se le pretende dar solución?, ¿Cuánta y qué importancia, así como significancia, tiene el problema?, **MAXIMO 15 LINEAS**

Los pacientes con TDC se preocupan de manera antinatural por defectos mínimos o inexistentes, más comúnmente en la piel y el cabello. Muchos pacientes desarrollan evitación social y sufren discapacidad laboral o académica. Los pacientes más graves pueden quedarse en casa o incluso intentar suicidarse. A pesar de la naturaleza mínima o inexistente de los defectos de apariencia percibidos, los pacientes con TDC pueden solicitar tratamientos dermatológicos. La afección causa problemas de funcionamiento en las relaciones, la socialización y la intimidad, así como una disminución de la capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela o en otras actividades diarias. Los trastornos de ansiedad, depresión y alimentarios con frecuencia ocurren conjuntamente con TDC, y el trastorno se asocia con una importante tendencia suicida.

D. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo General: Identifica la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos. El objetivo debe responder a las preguntas "¿qué?" y "¿para qué?". Es el conjunto de resultados cualitativos que el programa o proyecto se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

Determinar la influencia del trastorno dismórfico corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague

Objetivo(s) específico(s). (Máximo cinco objetivos. Deben ser bien delimitados, estar claramente expuestos y ser coherentes con el tema propuesto; ser medibles en términos de logros o impactos observables y verificables durante el período de ejecución del programa o proyecto. Deben estar vinculados con las diversas actividades a desarrollarse en el programa o proyecto y guardar relación con las metas.)

1.	Establecer la prevalencia del TDC en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague
2.	Determinar la presencia de depresión en pacientes seleccionados
3.	Establecer la asociación entre el TDC y depresión en los pacientes del estudio

E. Hipótesis de Investigación

Suposiciones fundamentadas de manera afirmativa, negativa o en forma de pregunta.

Existe asociación entre la presencia de depresión en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal sometidos a tratamientos dermoestéticos.

F. Metodología

Detallar todas las acciones que van a realizar para cumplir con los objetivos

El estudio se llevará a cabo en la Clínica Dermatológica Ollague. La muestra del estudio serán todos los pacientes de 13 a 60 años que acuden a la consulta por un procedimiento dermoestético que acepten participar en el estudio mediante asentimiento y firma de consentimiento informado. Se excluirán del estudio a pacientes con algún trastorno psiquiátrico, déficit cognitivo, desorden alimenticio, consumidor de drogas ilícitas, antidepresivos o que posean alguna enfermedad considerada relevante en términos de calidad de vida. Se utilizarán instrumentos de autovigilancia validados para evaluar la prevalencia de TDC. El BDDQ es una herramienta de detección, no una herramienta de diagnóstico, lo que significa que sugiere que el TDC está presente, pero no establece un diagnóstico definitivo. De acuerdo con el BDDQ (DSM-V) 4 puntos se consideran una evaluación positiva para TDC. Luego se realizará la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), una escala de evaluación de autoinforme validada de 14 ítems que evalúa la aparición de síntomas de depresión y ansiedad durante la semana anterior en una subescala de ansiedad de siete ítems y una subescala de depresión de siete ítems; cada ítem se puntúa de 0 a 3 (puntaje máximo de 21 en cada subescala). Una puntuación de 11 o más indica la probable presencia de un trastorno del estado de ánimo. Se realizará el análisis de los datos recolectados mediante frecuencia, porcentaje y chi cuadrado.

G. Bibliografía y otra producción científica citada (Indicar al menos dos investigaciones internacionales y una nacional que esté tratando sobre investigación que propone).

Corresponde a la lista ordenada y sistematizada de las fuentes bibliográficas. Normas VANCOUVER

Declaración Final

Yo Gina Cevallos Chávez declaro bajo juramento que la propuesta descrita en este documento no ha sido presentado a otra institución nacional o internacional para su desarrollo y publicación, no causa perjuicio al ambiente, es de mi autoría y no transgrede norma ética alguna.

Fecha de entrega de la propuesta:	16 de marzo del 2020
Nombre del Estudiante	Gina Dolores Cevallos Chávez
Firma Estudiante:	

Fecha de Revisión y Aprobación del Tutor	14 de marzo del 2020
Nombre del Tutor:	Dr. Kléber Ollague Murillo
Firma del tutor:	

Área reservada para la Facultad de Medicina

Recibido por:	
Firma:	

Resolución de la Facultad

	SEÑALE CON UNA X
Autorizado	
Pendiente de autorización hasta incorporar las observaciones	
No autorizado	

Firma Decano o Director:	
--------------------------	--

Fecha de notificación: _____



ROOT - NANCY AZUCENA SORROZA ROJAS

NANCY AZUCENA SORROZA ROJAS on Mon, Feb 17 2020, 3:57 PM

 10% match
 Submission ID: 295971608


GINA CEDEÑO

Recuento de palabras: 3.719

ID del adjunto: 2585950391

10%

Citations (8/8)

 Seleccionar fuentes y reenviar Cancelar Reenviar

Desactive las fuentes de citas que desee omitir del análisis de SafeAssign durante el reprocesamiento.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Another user's paper | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | https://es.wikipedia.org/wiki?curid=432185 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | http://elartedesabervivir.com/soy-realmente-deforme/ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | Another user's paper | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 5 | http://vivirlavida.opennemas.com/articulo/trastornos-mentales-psiropatologia/trastorno-dismorfico-corporal/20150523122743008495.html | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | Another student's paper | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 7 | Another student's paper: Author: WILFOR RUBEN ATIENCIA BONILLA; Submitted: Fri, Dec 07 2018, 10:21 PM; Filename: Secuelas psicologicas fenomenos naturales en Ecuador.docx | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 8 | Another user's paper | |

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO POR PROCEDIMIENTOS DERMOESTÉTICOS EN LA CLÍNICA DERMATOLÓGICA OLLAGUE

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se encontró en 14.1% de los pacientes árabes d dermatología. Hubo vínculos significativos entre las mujeres y el TDC, tener 2 o más afecciones de la piel con TDC y tener ciertas afecciones de la piel, como

Lista de abreviaturas

TDC	Trastorno Dismórfico Corporal
CDO	Clínica Dermatológica Ollague
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de psiquiatría de los trastornos mentales
DSM-V	Manual diagnóstico y estadístico de psiquiatría de los trastornos mentales 5ta edición
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de psiquiatría de los trastornos mentales 4ta edición, texto revisado
BDDQ	Cuestionario de trastorno dismórfico corporal
ISRS	Inhibidores de la recaptación de serotonina
TEC	Terapia electroconvulsiva
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
TCC	Terapia cognitiva-conductual
SAD	Trastorno de ansiedad social
AUD	Trastorno de consumo de alcohol
EMT	Estimulación magnética transcraneal
TRD	Depresión resistente a tratamiento
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
HPA	Hipotálamo-pituitario-adrenal

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos de DSM-IV-TR para TDC	25
Tabla 2. Encuesta sobre TDC	39
Tabla 3. Encuesta sobre depresión	40
Tabla 4. Presupuesto	49
Tabla 5. TDC en pacientes sometidos a tratamientos dermoestéticos	51
Tabla 6. Depresión en pacientes con TDC	52
Tabla 7. Resultados observados	52
Tabla 8. Resultados esperados	53

RESUMEN

La mayoría de las personas tenemos algún defecto que no nos gusta de nuestra cara: tal vez un ojo más pequeño que el otro, la nariz un poco grande o torcida, labios desiguales, entre otros. Y aunque a veces nos fijemos en esas imperfecciones, esto no interfiere en nuestras acciones cotidianas ni nuestra vida en general. Este no es el caso de las personas que tienen un trastorno dismórfico corporal (TDC). Estas personas piensan en sus defectos durante muchas horas en el día, pueden percibir esos defectos peor de lo que realmente son y no creen en las personas si les dicen que en realidad se ven bien. En situaciones más extremas, pueden ausentarse en la escuela o el trabajo, para así evitar situaciones sociales. Estos pensamientos negativos son incontrolables y causan angustia severa, lo que interfiere en las tareas diarias.

ABSTRACT

Most of us have some defect that we do not like about our face: perhaps one eye is smaller than the other, a slightly large or crooked nose, uneven lips, among others. And although we sometimes notice these imperfections, this does not interfere with our daily actions or our life in general. This is not the case for people who have body dysmorphic disorder (BDD). These people think about their flaws for many hours in the day. These thoughts are uncontrollable and they can perceive these defects worse than they really are. Also, they don't believe in people if they tell them that they actually look good. These thoughts cause severe distress, which interferes with their daily tasks. In more extreme situations, they may be absent from school or work, in order to avoid social situations.

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno de salud mental en el que la persona no puede dejar de pensar en uno o más defectos en su apariencia, una falla que parece menor o que otros no pueden ver. Pero puede sentirse tan avergonzado y ansioso que puede evitar muchas situaciones sociales. Cuando se tiene un trastorno dismórfico corporal, la persona se concentra intensamente en su apariencia e imagen corporal, y se mira repetidamente en el espejo, o se arregla, a veces durante muchas horas al día. Su defecto percibido y los comportamientos repetitivos le causan una angustia significativa e impactan su capacidad para funcionar en su vida diaria.

Pueden buscar numerosos procedimientos cosméticos para tratar de "arreglar" su defecto percibido. Después, puede sentir una satisfacción temporal o una reducción en su angustia, pero a menudo la ansiedad regresa y puede reanudar la búsqueda de otras formas de corregir su defecto percibido.

El tratamiento del trastorno dismórfico corporal puede incluir terapia cognitivo-conductual y medicación.

El presente estudio se llevó a cabo en la Clínica Dermatológica Ollague, ubicada en la ciudad de Guayaquil, con el objetivo de establecer la influencia del Trastorno Dismórfico Corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos.

En el capítulo I, se encontrará los antecedentes científicos, planteamiento del problema, objetivos, justificación e hipótesis

En el capítulo II, encontraremos el marco teórico, el cual contiene temas relevantes que serán descritos de acuerdo con las variables existentes en este estudio.

En el capítulo III tenemos la metodología, los instrumentos y procedimientos que se usaron, los aspectos legales y éticos.

En el capítulo IV, se encuentran las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

1. CAPÍTULO 1

1.1. Antecedentes científicos

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se encontró en 14.1% de los pacientes árabes de dermatología. Hubo vínculos significativos entre las mujeres y el TDC, tener 2 o más afecciones de la piel con TDC y tener ciertas afecciones de la piel, como hiperpigmentación con TDC. Las mayores preocupaciones fueron la hiperpigmentación, el acné y la pérdida de cabello. (1)

En un estudio realizado en España en el 2019, se obtuvo una prevalencia del TDC del 10,6%. Los pacientes positivos como posibles casos de TDC pasaron más de dos horas en promedio al día preocupándose por su apariencia. La mayoría de las personas solo se preocupaban por una parte de su cuerpo (86%), y en el 95% de los casos, la parte de su cuerpo que les preocupaba era la cara. Los tres comportamientos compulsivos más frecuentes en pacientes con TDC son la comprobación de espejo (90.7%), el camuflaje (79.1%) y el uso de maquillaje (72.1%). (2)

En el 2017, se realizó un estudio en pacientes dermatológicas suecas en el cual se determinó que el TDC es bastante común (4,9%) entre ellas. Además, se demostró que las pacientes con TDC tienen altos niveles de depresión y ansiedad, por ende, una calidad de vida severamente deteriorada. La depresión fue 10 veces más frecuente en pacientes con TDC y la ansiedad fue 4 veces más frecuente en pacientes con TDC en comparación al grupo de pacientes sin TDC. (1)

En un estudio realizado en un centro de atención terciaria en el área de

dermatología, la tasa de TDC en pacientes que presentaron quejas estéticas fue del 7,5%. La prevalencia de TDC se estimó utilizando el Cuestionario del trastorno dismórfico corporal (BDDQ), una medida de auto informe validada para TDC. El grado de satisfacción del paciente después de los procedimientos estéticos realizados en diferentes momentos se evaluó utilizando la escala Likert, en la que los encuestados especifican su nivel de acuerdo con una declaración. Los médicos residentes y tutores del servicio de dermatología fueron evaluados sobre el grado de conocimiento de TDC a través de tres preguntas cualitativas, las quejas fueron del 2,1%. Los defectos faciales (62.5%) fueron la preocupación más común seguida de la asimetría corporal (25%). (3)

En un estudio realizado en 2016, el 7.9% de todos los pacientes ambulatorios de dermatología mostraron resultados positivos de las pruebas, lo que sugiere preocupaciones dismórfico-corporales clínicamente relevantes. Los pacientes con inquietudes dismórfico-corporales clínicamente relevantes mostraron una pobre adaptación social. Contrariamente a lo esperado, estos pacientes revelaron una alta motivación para el cambio, lo que indica la necesidad de apoyo psicoterapéutico. (4)

En un estudio enfocado en pacientes con pérdida de cabello, 42 de 142 sujetos retenidos en el estudio (31 mujeres y 11 hombres) fueron diagnosticados con TDC. Además, el 25,6% de las pacientes femeninas y el 52,4% de los pacientes masculinos fueron diagnosticados con TDC. Las preocupaciones sobre el cabello fueron más comunes en hombres que en mujeres. (5)

1.2. Planteamiento del problema

Los pacientes con TDC se preocupan de manera antinatural por defectos mínimos o inexistentes, más comúnmente en la piel (por ejemplo, acné facial o cicatrices) y el cabello (por ejemplo, pérdida de cabello). Muchos pacientes desarrollan evitación social y sufren discapacidad laboral o académica. Los pacientes más graves pueden quedarse en casa o incluso intentar suicidarse. (6) A pesar de la naturaleza mínima o inexistente de los defectos de apariencia percibidos, los pacientes con TDC pueden solicitar tratamientos dermatológicos. (7)

La mayoría de los pacientes no están satisfechos con el tratamiento dermatológico e, incluso si el resultado es objetivamente aceptable, no se preocupan menos por su apariencia posterior. (8) En contraste, la mayoría de los pacientes responden a los inhibidores de la recaptación de serotonina o a la terapia cognitiva conductual. (9)

Estas preocupaciones generalmente consumen mucho tiempo, ocurren en promedio de 3 a 8 horas al día y son difíciles de resistir o controlar. La afección causa problemas de funcionamiento en las relaciones, la socialización y la intimidad, así como una disminución de la capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela o en otras actividades diarias. (10) Los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos alimentarios con frecuencia ocurren conjuntamente con TDC, y el trastorno se asocia con una importante tendencia suicida. (1)

Las preocupaciones cosméticas están cada vez más presentes en las sociedades occidentales, tal vez no hay más preocupación que la búsqueda de una piel perfecta. La dermatología cosmética es una especialidad en rápido crecimiento y los dermatólogos cosméticos son consultados con frecuencia para evaluar y tratar

diversos defectos cosméticos. (11) Si bien muchos de estos problemas se tratan fácilmente y tienen un buen resultado de tratamiento, los profesionales deben estar atentos a los pacientes con trastorno dismórfico corporal (TDC). Las personas con este trastorno psiquiátrico grave y poco reconocido a menudo se presentan a los dermatólogos cosméticos.(4)

Hasta ahora, solo ha habido pocos estudios que examinen la prevalencia de TDC en pacientes ambulatorios dermatológicos. Además, la necesidad de apoyo psicoterapéutico en pacientes ambulatorios dermatológicos con problemas dismórficos corporales aún no se ha examinado sistemáticamente. (4)

De hecho, los dermatólogos parecen ser los médicos con mayor probabilidad de ser vistos por pacientes con TDC. Incluso si el resultado del tratamiento es objetivamente aceptable, parece que la mayoría de los pacientes con TDC no están satisfechos y continúan obsesionados con sus defectos percibidos. Ocasionalmente, esto resulta en litigios o incluso violencia hacia el médico tratante. (9)

Se han identificado tasas de prevalencia de trastorno dismórfico corporal de 1.7-2.4% en muestras de población general en Alemania, Suecia y los Estados Unidos. En entornos dermatológicos, algunos estudios han evaluado sistemáticamente la aparición de TDC y han encontrado tasas de prevalencia más altas de 4.5-14%. Algunos estudios han reportado tasas de prevalencia más bajas entre pacientes de dermatología general (2.1-6.7%) que entre pacientes de dermatología estética (7.5-14%). (1)

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia del trastorno dismórfico corporal para el desarrollo de depresión en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague (CDO) de mayo a agosto en el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1.3.2.1. Establecer la prevalencia del TDC en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos.
- 1.3.2.2. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes positivos para TDC.
- 1.3.2.3. Establecer la asociación entre la presencia de depresión en pacientes con TDC sometidos a tratamiento dermoestéticos.

1.4. Justificación

Los pacientes con TDC que asisten a clínicas de dermatología pueden estar en riesgo de no recibir una evaluación adecuada y un tratamiento beneficioso. Por lo tanto, los dermatólogos juegan un papel importante al sospechar TDC en su consideración de diagnóstico diferencial y derivar a estos pacientes para una evaluación y terapia adecuadas. Los profesionales de la salud deben realizar una detección temprana de este problema, y derivando a los pacientes a un psiquiatra, se evita una calidad de vida deteriorada. Así mismo, se previene la depresión y ansiedad causada por este trastorno. (1) De esta manera, esta investigación aportaría al beneficio de la comunidad, confirmando la hipótesis de que existe una influencia del TDC en el desarrollo de depresión en los pacientes que buscan ayudas dermoestéticas. A su vez, esta investigación ayudaría al profesional de la salud en dermatología a cumplir las expectativas de su paciente, debido a que la presencia de este trastorno evita una satisfacción completa del paciente frente a los tratamientos ofertados por el dermatólogo, lo cual, de alguna manera, afectaría la credibilidad y reputación de este frente a este paciente.

Este trabajo de investigación fue elaborado bajo las Prioridades de Investigación en Salud Pública establecida por el Ministerio de Salud Pública correspondiente al área de Dermatología; y bajo las líneas de investigación de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo correspondiente al área de Salud sublínea de investigación en Salud Pública.

1.5. Hipótesis

Existe asociación entre la presencia de Trastorno Dismórfico Corporal y de depresión en pacientes que buscan tratamientos dermoestéticos.

2. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

2.1.1. DEFINICIÓN

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por una preocupación por un defecto imaginario en la apariencia que causa angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento. Si una anomalía física leve está realmente presente, la preocupación de la persona con la anomalía es excesiva y molesta. (12)

El trastorno fue reconocido y nombrado dismorfofobia hace más de 100 años por Emil Kraepelin, quien lo consideró una neurosis compulsiva; Pierre Janet lo llamó obsesión de la casa del cuerpo (obsesión por la vergüenza del cuerpo). Freud escribió sobre la condición en su descripción del Hombre Lobo, que estaba excesivamente preocupado por su nariz. (13) Aunque la dismorfofobia fue ampliamente reconocida y estudiada en Europa, no fue hasta la publicación de DSM-III en 1980 que la dismorfofobia, como ejemplo de un trastorno somatomorfo típico, se mencionó específicamente en los criterios de diagnóstico de los EE. UU. (14) En DSM-IV-TR, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision) la condición se conoce como trastorno dismórfico corporal, porque los editores de DSM creían que el término dismorfofobia implicaba de manera inexacta la presencia de un patrón de conducta de evitación fóbica. (15)

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno dismórfico corporal es una condición poco estudiada, en parte porque los pacientes tienen más probabilidades de acudir a dermatólogos, internistas o cirujanos plásticos que a psiquiatras. (13) Un estudio de un grupo de estudiantes universitarios descubrió que más del 50 por ciento tenía al menos cierta preocupación con un aspecto particular de su apariencia, y en aproximadamente el 25 por ciento de los estudiantes, la preocupación tenía al menos algún efecto significativo en sus sentimientos y funcionamiento. (15) Los datos disponibles indican que la edad de inicio más común es entre 15 y 30 años y que las mujeres se ven afectadas algo más que los hombres. Los pacientes afectados también son propensos a no estar casados. El trastorno dismórfico corporal comúnmente coexiste con otros trastornos mentales. (16) Un estudio encontró que más del 90 por ciento de los pacientes con trastorno dismórfico corporal habían experimentado un episodio depresivo mayor en sus vidas; alrededor del 70 por ciento había experimentado un trastorno de ansiedad; y alrededor del 30 por ciento había experimentado un trastorno psicótico. (17)

La investigación ha demostrado que aproximadamente el 2% de la población sufre de TDC. Específicamente, la prevalencia se ha estimado en 0,7% en Italia, 0,8-2,4% en EE. UU., 2,1% en Suecia y 1,7-2,9% en Alemania. (10)

En un estudio australiano de 3.149 adolescentes (de 12 a 18 años), la prevalencia de TDC se estimó en un 1,7%, con una prevalencia más alta observada en las edades de 15 a 18, en comparación con las edades de 12 a 14 (2,4 frente a 1,1%). Además, no se encontraron diferencias de sexo en la prevalencia de TDC. En contraste, un estudio de los EE. UU. (N = 566, edades 14-19) encontró una

prevalencia significativamente mayor en niñas (2.8%) que en niños (1.7%), con una prevalencia combinada en niños y niñas estimada en 2,2%. (3)

2.1.3. ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa del trastorno dismórfico corporal. La alta comorbilidad con los trastornos depresivos, los antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo y el desorden obsesivo compulsivo (TOC) más altos de lo esperado, y la respuesta informada de la afección a los medicamentos específicos de la serotonina lo indican. (18) En al menos algunos pacientes, la fisiopatología del trastorno puede involucrar serotonina y puede estar relacionada con otros trastornos mentales. Los conceptos estereotipados de belleza enfatizados en ciertas familias y dentro de la cultura en general pueden afectar significativamente a pacientes con trastorno dismórfico corporal. (19) En los modelos psicodinámicos, se considera que el trastorno dismórfico corporal refleja el desplazamiento de un conflicto sexual o emocional en una parte del cuerpo no relacionada. (20) Tal asociación ocurre a través de los mecanismos de defensa de la represión, disociación, distorsión, simbolización y proyección. (17)

Los estudios familiares han encontrado que entre el 6 y el 8% de las personas con TDC tienen un pariente de primer grado (es decir, un padre, hermanos completos o descendientes) con un diagnóstico de TDC, lo que sugiere una transmisión familiar de TDC. A pesar de la escasa investigación, estudios recientes sobre gemelos han comenzado a desentrañar las influencias genéticas y ambientales que contribuyen a las preocupaciones dismórficas. En un estudio que constaba de 3544 gemelas adultas con una edad media de 54,5 años, se estimó que la heredabilidad de las preocupaciones dismórficas era del 44%, y los factores ambientales no compartidos

explicaban la variación restante. Se encontraron resultados similares en otro estudio de gemelos que consistía en gemelos adultos de ambos sexos (n = 2.495, edad media 34,5) donde la heredabilidad se estimó en 42%, también con la variación restante explicada por factores ambientales no compartidos. Además, la evidencia sugiere que el TDC comparte una etiología genética común con TOC y trastorno de acumulación. Sin embargo, las influencias genéticas específicas del TDC también fueron evidentes, siendo las influencias ambientales en gran parte específicas del trastorno. Es decir, es probable que las influencias genéticas, en oposición a las ambientales, expliquen las similitudes entre estas condiciones. Dado que los estudios previos sobre gemelos solo han incluido gemelos adultos, se desconocen las influencias genéticas y ambientales sobre las preocupaciones dismórficas en los jóvenes. (13)

Como se muestra en los estudios de gemelos antes mencionados, una gran proporción de la varianza explicada por problemas dismórficos se explica por factores ambientales (56-58%). Alguna evidencia sugiere que el trauma y el abuso infantil pueden estar asociados con el TDC. Un estudio comparó las tasas de abuso en TDC (n = 50) y TOC (n = 50) y encontró que el 38% de los pacientes con TDC informaron retrospectivamente alguna forma de abuso durante la infancia, en comparación con el 14% de los pacientes con TOC. Un estudio en el que 75 personas con TDC completaron el cuestionario de trauma infantil, 38 se encontró que el 79% reportó retrospectivamente un historial de maltrato infantil, específicamente, 56% reportó abuso emocional, 35% abuso físico y 28% abuso sexual. También puede haber una asociación entre las burlas relacionadas con la apariencia y el TDC, ya que las personas con TDC informan significativamente más burlas relacionadas con la apariencia en comparación con los controles saludables. (32) Sin embargo, todavía no se han identificado factores de riesgo ambientales para el TDC mediante el uso de

diseños de investigación que también pueden controlar para factores de confusión ambientales y genéticos. (27)

2.1.4. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno dismórfico corporal estipulan la preocupación por un defecto imaginario en la apariencia o un énfasis excesivo en un defecto de la vista. (21) La preocupación causa a los pacientes angustia emocional significativa o deteriora notablemente su capacidad de funcionar en áreas importantes. (17)

Tabla 1. Criterios diagnósticos de DSM-IV-TR para TDC (17)

- A. Preocupación por un defecto imaginario en la apariencia. Si hay una ligera anomalía física, la preocupación de la persona es marcadamente excesiva.
- B. La preocupación causa angustia o impedimento clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. La preocupación no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con la forma y el tamaño del cuerpo en la anorexia nerviosa).

2.1.5. CLÍNICA

Las preocupaciones más comunes involucran defectos faciales, particularmente aquellos que involucran partes específicas (por ejemplo, la nariz).(22) A veces, la preocupación es vaga y difícil de entender, como la preocupación extrema por una barbilla "arrugada". (23) Uno de los estudios descubrió que, en promedio, los

pacientes tenían preocupaciones sobre cuatro regiones del cuerpo durante el curso del trastorno. Otras partes del cuerpo que preocupan son el cabello, los senos y los genitales.(24) Una variante propuesta del trastorno dismórfico entre los hombres es el deseo de "aumentar de volumen" y desarrollar una gran masa muscular, que puede interferir con la vida ordinaria, mantener un trabajo o mantenerse saludable.(25) La parte específica del cuerpo puede cambiar durante el tiempo en que un paciente se ve afectado por el trastorno. Los síntomas comunes asociados incluyen ideas o delirios francos de referencia (generalmente sobre personas que notan la supuesta falla del cuerpo), ya sea una comprobación excesiva del espejo o la evitación de superficies reflectantes, e intentos de ocultar la presunta deformidad (con maquillaje o ropa). (26) Los efectos en la vida de una persona pueden ser significativos: casi todos los pacientes afectados evitan la exposición social y ocupacional. Hasta un tercio de los pacientes pueden estar confinados en sus hogares debido a la preocupación de ser ridiculizados por las supuestas deformidades, y aproximadamente un quinto intento de suicidio.(27) Como se discutió, los diagnósticos comórbidos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad son comunes, y los pacientes también pueden tener rasgos de TOC, esquizoides y trastornos narcisistas de la personalidad. (17)

2.1.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de trastorno dismórfico corporal no debe hacerse si la preocupación corporal excesiva se explica mejor por otro trastorno psiquiátrico.(28) La preocupación corporal excesiva generalmente se limita a las preocupaciones sobre la gordura en la anorexia nerviosa, a la incomodidad o al sentimiento de error sobre sus características sexuales primarias y secundarias que ocurren en el trastorno de

identidad de género, y a cogniciones congruentes con el estado de ánimo que involucran la apariencia que ocurre exclusivamente durante un episodio depresivo mayor. (29) Las personas con trastorno de personalidad evitativo o fobia social pueden preocuparse por sentirse avergonzados por defectos de apariencia imaginarios o reales, pero esta preocupación generalmente no es prominente ni persistente. angustiante o perjudicial. (30) Taijin kyofusho, un diagnóstico en Japón, es similar a la fobia social pero tiene algunas características que son más consistentes con el trastorno dismórfico corporal, como la creencia de que la persona tiene un olor ofensivo o partes del cuerpo que son ofensivas para los demás.(31) Aunque las personas con trastorno dismórfico corporal tienen preocupaciones obsesivas sobre su apariencia y pueden tener comportamientos compulsivos asociados (p. Ej., Comprobación de espejo), se realiza un diagnóstico separado o adicional de TOC solo cuando las obsesiones o compulsiones no se limitan a las preocupaciones sobre la apariencia y son egodistónicas. (32) Se puede hacer un diagnóstico adicional de trastorno delirante, de tipo somático, en personas con trastorno dismórfico corporal solo si su preocupación por el defecto imaginario en la apariencia se mantiene con una intensidad delirante. (33) A diferencia de las preocupaciones normales sobre la apariencia, la preocupación por la apariencia y los defectos específicos imaginados en el trastorno dismórfico corporal y el cambio de comportamiento debido a la preocupación son excesivamente largos y se asocian con angustia o deterioro significativo. (17)

2.1.7. TDC y otros trastornos de salud mental

La comorbilidad más común en personas con TDC es la depresión mayor, con tasas de por vida entre 72-78%. En muestras de TDC comprobadas clínicamente, 8-54% también han sido diagnosticadas con un episodio depresivo actual. En promedio, el

TDC precede al inicio de la depresión en dos años y la experiencia clínica es que los pacientes en la mayoría de los casos informan que es su TDC el que está causando el bajo estado de ánimo. El trastorno de ansiedad social (SAD) y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) también ha mostrado altas tasas y con frecuencia coexiste en pacientes diagnosticados con TDC. Además, las tasas de trastorno por consumo de alcohol (AUD) son altas en TDC (19-39%), con una tasa de intentos de suicidio significativamente más alta en pacientes con TDC con antecedentes de abuso de alcohol, en comparación con aquellos que no lo padecen. (5)

Solo dos estudios han explorado la psicopatología asociada en adolescentes con TDC. En uno de los estudios que incluyó a 33 adolescentes (edad media de 14,9 años), la prevalencia de SAD, TOC y AUD fue del 73%, 30% y 3%, respectivamente. Hallazgos del otro estudio que comparó los trastornos comórbidos en adolescentes (n = 36, edad media 17,8 años) a adultos (n = 164) concluyeron que la prevalencia de depresión mayor a lo largo de la vida (81 frente a 73%), SAD (39 frente a 38%), TOC (28 frente a 34%), o AUD (31 vs.45%) no difirieron significativamente entre adolescentes y adultos. Sin embargo, los adolescentes fueron significativamente más propensos a tener tasas más altas de intentos de suicidio en comparación con los adultos. (3)

2.1.8. TRATAMIENTO

Debido a que la mayoría de las personas con TDC piensan que su problema tiene una base física, es común que estas personas busquen y reciban cirugía cosmética o tratamiento dermatológico. Sin embargo, tales intervenciones rara vez funcionan y pueden conducir a un deterioro del TDC. El tratamiento basado en la

evidencia para el TDC consiste en farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o terapia cognitivo-conductual (TCC).

2.1.8.1. Tratamiento farmacológico

Solo se han realizado dos ensayos doble ciego controlados con placebo en TDC. En el primer ensayo, 34 participantes recibieron fluoxetina durante 12 semanas, después de lo cual el 53% se clasificó como respondedores (definido como una reducción del 30% en los síntomas), en comparación con el 18% en el grupo de placebo. En el segundo ensayo, 100 participantes recibieron escitalopram de etiqueta abierta durante 14 semanas, después de lo cual se asignó al azar a 58 respondedores a condiciones en las que continuaron con escitalopram durante seis meses o interrumpieron y cambiaron a placebo durante seis meses. En la fase de etiqueta abierta del estudio, el 67% de los participantes fueron clasificados como respondedores y el 20% logró la remisión. Los participantes que permanecieron con escitalopram durante otros seis meses tuvieron menos recaídas en comparación con los participantes que cambiaron a placebo.

2.1.8.2. Tratamiento psicologico

El primer ensayo clínico aleatorizado (ECA) de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el TDC se realizó en 1995 e incluyó a 54 mujeres que fueron asignadas al azar a ocho semanas de terapia grupal o ningún tratamiento. El 82% de las que recibieron TCC estaban en remisión después del tratamiento, lo que para todos significa es un número impresionante. Sin embargo, los participantes de esta muestra pueden no haber sido representativos del paciente típico con TDC, ya que

aproximadamente el 40% de ellos solo informaron preocupaciones con el peso corporal. Poco después, Veale y colaboradores publicaron un pequeño ECA piloto que constaba de 19 participantes asignados al azar a TCC o en lista de espera. En promedio, los participantes lograron una reducción del 50% en los síntomas después de 12 sesiones de TCC individual. Aunque los resultados preliminares sugirieron que la TCC para el TDC era prometedora, pasarían casi dos décadas hasta que se publicara el siguiente ECA.

Hasta la fecha, ha crecido la base de pruebas para la TCC especializada que aborda las características clave de la TDC. En total, seis ECA que han mostrado superioridad de la TCC en comparación con la lista de espera o el control activo. (33) Los ECA publicados recientemente muestran tasas de respuesta que oscilan entre 52-81% y un efecto duradero sobre la reducción de síntomas a corto plazo, y en una revisión sistemática y metanálisis que consta de todos los ECA publicados, se estableció que la TCC es un tratamiento eficaz para el TDC. (24) La evidencia de tres estudios de seguimiento naturalista también sugiere que los participantes que mejoran durante la fase aguda de la TCC generalmente mantienen estas ganancias a largo plazo (1-4 años después del tratamiento)

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. DEFINICIÓN

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del humor común y grave. Aquellos que sufren de depresión experimentan sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza y pierden interés en actividades que alguna vez disfrutaron. Además de los problemas emocionales causados por la depresión, las personas también pueden presentar un síntoma físico

como dolor crónico o problemas digestivos. Para ser diagnosticado con depresión, los síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas. (39)

2.2.2. PREVALENCIA

En todo el mundo, más del 10% de las personas sufren trastornos del estado de ánimo cada año. De hecho, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo, por delante de la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer y las enfermedades infecciosas. Además, la depresión se asocia con un mayor riesgo de muerte a cualquier edad, independientemente del suicidio, el tabaquismo u otros factores de riesgo. Las personas con depresión mayor a veces describen un dolor emocional mucho peor que cualquier dolor físico que hayan experimentado. Aunque existe una variedad de tratamientos para la depresión, que incluyen más de una docena de antidepresivos convencionales, estimulación magnética transcraneal (EMT) y psicoterapias, una gran mayoría de las personas con depresión no responden a ellos. Por ejemplo, se estima que aproximadamente un tercio de los pacientes no responderán a cuatro ciclos de antidepresivos actualmente disponibles, y la evidencia sugiere que, incluso después de dos ensayos de cerca de seis meses de tratamiento, solo el 50% de los pacientes logran la remisión. Además, existe un retraso considerable en el inicio de la mejoría total, incluso para aquellos que responden a los tratamientos actualmente disponibles, que a menudo tardan entre 10 y 14 semanas en ejercer sus efectos antidepresivos completos; una excepción notable es la terapia electroconvulsiva (TEC), a la que la mayoría de los pacientes responden en una semana. Un número significativo de todos los pacientes con depresión exhiben resistencia a todos los tratamientos estándar disponibles, y estos a menudo se caracterizan por tener depresión resistente al tratamiento (TRD). La falta de terapias de acción rápida, seguras y efectivas para la TRD es un importante

problema de salud pública. La depresión tratada inadecuadamente, y la TRD en particular, se asocian con desempleo, mala calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor uso de la atención médica, riesgo de suicidio, discapacidad y muerte prematura. Además, la tasa de suicidio, que a menudo se asocia con trastornos del estado de ánimo, ha aumentado durante la última década, especialmente entre los adultos de mediana edad; si las tendencias actuales persisten, incluso el mejor de los casos predice que 54.000 estadounidenses se suicidarán para el 2025. En general, el conocimiento incompleto de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a la depresión y el suicidio ha impedido el progreso en la mejora de los resultados clínicos. Los desafíos que han impedido a los investigadores identificar tratamientos más efectivos incluyen la heterogeneidad de los síntomas depresivos, las altas tasas de comorbilidad física y mental que acompañan al diagnóstico de depresión y la falta de evidencia de subtipos bioconductuales válidos o biomarcadores de respuesta. En términos generales, los trastornos del estado de ánimo se manifiestan como problemas heterogéneos del estado de ánimo, el comportamiento, la energía, el sueño, los ritmos circadianos y los niveles de actividad (30).

El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM) es un método para clasificar las enfermedades psiquiátricas. Para cumplir con los criterios del DSM-5 para un episodio depresivo mayor, una persona debe cumplir con cinco de los nueve síntomas centrales. De hecho, según los criterios del DSM-5, se estima que 227 combinaciones de síntomas conducirán al diagnóstico de un episodio depresivo. Además, una serie de otros trastornos a menudo son comórbidos con el trastorno depresivo mayor (TDM), lo que hace que cualquier intento de descifrar la etiología y fisiopatología

precisas de la depresión sea aún más complicado. Por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) a menudo es comórbido con el TDM; un informe reciente sugirió que, bajo el DSM-5, había más de 600,000 formas de diagnosticar el TEPT, una expansión de ocho veces del DSM-IV. Como resultado, una amplia gama de personas que cumplen con los criterios para la depresión puede, no obstante, solaparse en un número limitado de síntomas. Esta heterogeneidad se manifiesta no solo en los signos y síntomas psiquiátricos y conductuales, sino también en las manifestaciones sistémicas acompañantes que se observan en los individuos con depresión. Las personas con depresión pueden presentar tasas más altas de una variedad de afecciones médicas comórbidas, incluidas migrañas y enfermedad de la tiroides, o pueden tener alteraciones de su eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) (34).

2.2.3. DIAGNÓSTICO

El DSM-5 describe el siguiente criterio para hacer un diagnóstico de depresión. El individuo debe experimentar cinco o más síntomas durante el mismo período de 2 semanas y al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución notable del interés o el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de peso significativa cuando no hace dieta o no aumenta de peso, o disminuye o aumenta el apetito casi todos los días.

- Una desaceleración del pensamiento y una reducción del movimiento físico (observable por otros, no solo sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

Para recibir un diagnóstico de depresión, estos síntomas deben causar angustia o discapacidad clínicamente significativas en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes de funcionamiento. Los síntomas tampoco deben ser el resultado del abuso de sustancias u otra afección médica. (39)

2.2.4. FACTORES PREDISPONENTES

Existe una gran lista de factores psicosociales y ambientales que pueden predisponer como factores de fondo y / o precipitar o provocar depresión al disminuir la autoestima del individuo y generar depresión. Ejemplos de factores estresantes distales y proximales incluyen:

- Crianza indiferente y / o sobreprotectora
- Acoso en la infancia o posteriormente
- Abuso sexual
- Un socio crítico y condenatorio
- Ser despedido; crítica del desempeño personal o laboral

- Responsabilidad por una pérdida financiera importante
- Pérdida de los roles propios en la vida.

El riesgo de desarrollar un trastorno depresivo de moderado a grave en la adolescencia o la edad adulta aumentó con la exposición a todos los eventos adversos examinados y clasificados aquí en orden: abuso infantil, atención fuera del hogar en la infancia, trastorno psiquiátrico de los padres, muerte de los padres por causas no naturales, discapacidad de los padres, ruptura familiar, encarcelamiento de los padres, muerte de los padres por causas naturales y enfermedad somática de los padres. Algunas de estas variables habrían alcanzado importancia como consecuencia del gran tamaño de la muestra, y algunas (por ejemplo, la muerte de los padres) pueden reflejar consecuencias adversas del evento en lugar del evento en sí, como se considera en breve. Además, los investigadores cuantificaron una relación "dosis-respuesta", con, por ejemplo, el riesgo de depresión avanzó en un 54% después de la exposición a un factor estresante y un aumento de casi el 300% para aquellos que experimentaron cuatro o más eventos adversos. Además de estos factores estresantes que se han relacionado constantemente con una mayor probabilidad de depresión adulta, existen numerosos ejemplos de factores estresantes de la vida "accidentales" que pueden ser depresógenos. Por ejemplo, la madre de un niño que nace con un problema físico importante e incorregible puede desarrollar depresión. Un octogenario activo que sufre un derrame cerebral que limita su movilidad y hace que sea internado en un desalentador hogar de ancianos correría un alto riesgo de depresión.

2.2.5. DEPRESIÓN EN TDC

También se ha postulado que el TDC es un síntoma de depresión o está relacionado con la depresión. El TDC y la depresión son altamente comórbidos, y ambos trastornos se caracterizan por una baja autoestima, sensibilidad al rechazo y sentimientos de indignidad. Sin embargo, el TDC y la depresión tienen algunas diferencias notables, como la presencia de preocupaciones obsesivas prominentes y comportamientos repetitivos en TDC. Muchos pacientes con depresión se centran menos en su aspecto, incluso descuidándolo, en lugar de centrarse demasiado en él. Es poco probable que los pacientes con depresión a los que no les gusta su apariencia se enfoquen selectiva y obsesivamente en este aspecto de sí mismos o pasen horas al día realizando comportamientos compulsivos relacionados con la apariencia, como la comprobación de espejos y la búsqueda de tranquilidad. Otras diferencias aparentes incluyen el hecho de que TDC tiene una proporción de sexo 1:1, edad más temprana al inicio) y un curso a menudo crónico. Además, la aparición de TDC a menudo precede a la de depresión mayor, lo que sugiere que TDC no es simplemente un síntoma de depresión.

El TDC y la depresión también parecen tener una respuesta al tratamiento diferente, lo que tiene implicaciones clínicas. El TDC parece responder a los ISRS pero no a la terapia electroconvulsiva (TEC), y el tiempo de respuesta al tratamiento del TDC parece ser más largo que el de la depresión. Las dosis de ISRS más altas de las que generalmente se necesitan para tratar la depresión a menudo parecen necesarias para el TDC. El TDC y la depresión no siempre responden al tratamiento simultáneamente. A diferencia de la depresión, el TDC parece responder a la terapia cognitivo-conductual pero no a otros tipos de psicoterapia solos. (40)

3. CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. LUGAR

El estudio se llevará acabo en la Clínica Dermatológica Ollague. Es una clínica privada especializada de dermatología a la cual acuden pacientes de estatus económico medio a alto.

3.2. PERÍODO

El estudio se realizará durante el periodo de marzo a julio del 2021.

3.3. TIPO Y DISEÑO

El estudio es de tipo observacional analítico prospectivo transversal.

3.4. UNIVERSO

El universo del estudio serán todos los pacientes que acuden a la consulta por un procedimiento dermoestético en la Clínica Dermatológica Ollague.

3.5. MUESTRA

La muestra del estudio serán todos los pacientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de 13 a 60 años que:

- Asistan a la clínica por un procedimiento dermoestéticos

- Acepten participar en el estudio mediante asentimiento (menores de 18 años) y firma de consentimiento informado (mayor de 18 años)

3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán del estudio a pacientes con algún trastorno psiquiátrico, déficit cognitivo, desorden alimenticio, consumidor de drogas ilícitas, antidepresivos o que posean alguna enfermedad considerada relevante en términos de calidad de vida. Los criterios de exclusión se determinaron en función de la capacidad del entrevistado para comprender el objetivo de la investigación y también de acuerdo con el estándar BDDQ.

3.8. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizarán instrumentos de autovigilancia validados para evaluar la prevalencia de TDC. El BDDQ es una herramienta de detección, no una herramienta de diagnóstico, lo que significa que sugiere que el TDC está presente, pero no establece un diagnóstico definitivo.

De acuerdo con el BDDQ (DSM-V) 4 puntos se consideran una evaluación positiva para TDC.

Luego se dará a llenar a los pacientes el cuestionario de depresión de Beck que consta de 21 grupos de afirmaciones.

Tabla 2. Encuesta sobre TDC

Encierre su respuesta **(SI / NO)**

PREGUNTA	RESPUESTA	
1. ¿Está usted muy preocupado por el aspecto de su cuerpo o una parte del mismo, que considera especialmente poco atractiva?	SI	NO
2. ¿Su aspecto le genera preocupación y usted desearía preocuparse menos?	SI	NO
3. ¿Pasa usted al menos una hora por día pensando en el/los defecto/s de su aspecto?	SI	NO
4. ¿La preocupación por su aspecto físico afecta de alguna forma su vida?	SI	NO
5. ¿Hay cosas que evita debido a como Usted se ve?	SI	NO
6. ¿La preocupación por su aspecto le provoca estrés o sufrimiento emocional alguno?	SI	NO

Tabla 3. Encuesta sobre depresión

Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno (marque con una X) de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza	
No me siento triste	
Me siento triste gran parte del tiempo	
Me siento triste todo el tiempo.	
Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	

2. Pesimismo	
No estoy desalentado respecto de mi futuro	
Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	
No espero que las cosas funcionen para mi	
Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar	

3. Fracaso	
No me siento como un fracasado	
He fracasado más de lo que hubiera debido	
Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	
Siento que como persona soy un fracaso total	

4. Pérdida de placer	
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	
No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	
Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	

5. Sentimientos de culpa	
No me siento particularmente culpable	
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	
Me siento culpable todo el tiempo	

6. Sentimientos de castigo	
No siento que este siendo castigado	
Siento que tal vez pueda ser castigado	
Espero ser castigado	
Siento que estoy siendo castigado	

7. Disconformidad con uno mismo	
Siento acerca de mi lo mismo que siempre	
He perdido la confianza en mi mismo	
Estoy decepcionado conmigo mismo	
No me gusto a mi mismo	

8. Autocrítica	
No me critico ni me culpo más de lo habitual	
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	
Me critico a mí mismo por todos mis errores	
Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede	

9. Pensamientos o deseos suicidas	
No tengo ningún pensamiento de matarme	
He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	
Querría matarme	
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	

10. Llanto	
No lloro más de lo que solía hacerlo	
Lloro más de lo que solía hacerlo	
Lloro por cualquier pequeñez	
Siento ganas de llorar, pero no puedo	

11. Agitación	
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	
Me siento más inquieto o tenso de lo habitual	
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	

Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	
--	--

12. Pérdida de interés	
No he perdido el interés en otras actividades o personas	
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	
Me es difícil interesarme por algo	

13. Indecisión	
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	

14. Desvalorización	
No siento que yo no sea valioso	
No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme	

Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	
Siento que no valgo nada	

15. Pérdida de energía	
Tengo tanta energía como siempre	
Tengo menos energía que la que solía tener	
No tengo suficiente energía para hacer demasiado	
No tengo energía suficiente para hacer nada	

16. Cambios en los hábitos de sueño	
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	
Duermo un poco más que lo habitual	
Duermo un poco menos que lo habitual	
Duermo mucho más que lo habitual	
Duermo mucho menos que lo habitual	
Duermo la mayor parte del día	
Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	

17. Irritabilidad	
No estoy tan irritable que lo habitual	
Estoy más irritable que lo habitual	
Estoy mucho más irritable que lo habitual	
Estoy irritable todo el tiempo	

18. Cambios en el apetito	
No he experimentado ningún cambio en mi apetito	
Mi apetito es un poco menor que lo habitual	
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	
Mi apetito es mucho menor que antes	
Mi apetito es mucho mayor que antes	
No tengo apetito en absoluto	
Quiero comer todo el día	

19. Dificultad de concentración	
Puedo concentrarme tan bien como siempre	
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	

Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	
Encuentro que no puedo concentrarme en nada	

20. Cansancio o fatiga	
No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	

21. Pérdida de interés en el sexo	
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	
Estoy mucho menos interesado en el sexo	
He perdido completamente el interés en el sexo	

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se

toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

3.9. ASPECTOS LEGALES

Se realizará la petición para el estudio en la Clínica Dermatológica Ollague por medio de un oficio dirigido al Dr. Kleber Ollague Murillo.

3.10. ASPECTOS ÉTICOS

No exponer los datos de los pacientes, respetando la autonomía y se tomará el consentimiento informado a las personas que colaboren en el estudio.

3.11. PRESUPUESTO

Recursos humanos:

- Tutor: Dr. Kleber Ollague Murillo
- Colaborador: Dr. Edgar Ollague Córdova
- Autora del estudio: Gina Cevallos Chávez
- Revisora: Dra. Magdalena Aray Andrade

Tabla 4. Presupuesto

Recursos bibliográficos	Cantidad	Valor individual	Valor total
Papers	45	\$30	\$1350
Impresiones	10	\$5	\$50
Copias	500	\$0.10	\$50
Plumas	10	\$0.30	\$3
Movilización	20	\$5	\$100

3.12. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumento	Estadística
Trastorno dismórfico corporal	Trastorno obsesivo que consiste en una	Trastorno obsesivo que consiste en una preocupación	Con TDC \geq 4 puntos Sin TDC $>$ 4	Cuantitativa nominal	BDDQ	Frecuencia Porcentaje Promedio

	preocupación fuera de lo normal por algún defecto, ya sea real o imaginado, percibido en las características físicas propias	fuera de lo normal por algún defecto, ya sea real o imaginado, percibido en las características físicas propias en los pacientes de la CDO	puntos			
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos en los pacientes	0 - 13 Depresión mínima 14 - 19 Depresión leve 20 - 28 Depresión moderada 29 - 63 Depresión	Cualitativa nominal	Cuestionario de depresión de Beck	Frecuencia Porcentaje Promedio

	ivos.	seleccionados.	grave			
--	-------	----------------	-------	--	--	--

4. RESULTADOS

Inicialmente se incluyó en el estudio a 104 pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos que firmaron el consentimiento para participar. Siguiendo el protocolo, los pacientes con enfermedades de base como diabetes, hipertensión o alguna discapacidad, no cumplían los criterios de inclusión para continuar en el estudio. Así, se analizaron los 96 casos restantes.

Tabla 5. TDC en pacientes sometidos a tratamientos dermoestéticos

TDC EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTOS DERMOESTÉTICOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TDC POSITIVO	24	25%
TDC NEGATIVO	72	75%
TOTAL	96	100%

Autor: G. Cevallos

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes en CDO

Análisis:

De estos 96 pacientes, el 25% resultó positivos para TDC según el BDDQ. Por tanto, la prevalencia de posibles casos de TDC fue de $\frac{1}{4}$ de la muestra.

Tabla 6. Depresión en pacientes con TDC

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TDC		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESIÓN MÍNIMA	16	66,67%
DEPRESIÓN LEVE	8	33,33%
DEPRESIÓN MODERADA	0	0,00%
DEPRESIÓN GRAVE	0	0,00%
TOTAL	24	100%

Autor: G. Cevallos

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes en CDO

Análisis:

Se estableció una prevalencia del 66% de pacientes TDC positivo con depresión mínima, un 33% con depresión leve y un 0% con depresión moderada y grave.

Tabla 7. Resultados observados

TDC/DEPRESIÓN	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
POSITIVO	8	16	24
NEGATIVO	8	64	72
TOTAL	16	80	96

Tabla 8. Resultados esperados

TDC/DEPRESIÓN	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
POSITIVO	4	20	24
NEGATIVO	12	60	72
TOTAL	16	80	96

CHI CUADRADO
0,011412036

5. DISCUSIÓN

Se identificó una prevalencia de TDC del 25% entre los pacientes que se sometieron a procedimiento dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague, según lo estimado utilizando el BDDQ. Estos resultados confirman investigaciones anteriores que informan que el TDC es bastante común en entornos dermatológicos. La medida de asociación realizada por Chi cuadrado muestra un resultado de 0,011412036 lo cual indica que al ser menor a 0.05 hay una asociación significativa entre estas dos variables.

La tasa de prevalencia de TDC encontrada en esta muestra fue mayor que en algunos estudios previos de muestras de dermatología general. Aproximadamente el 5% de las pacientes suecas han obtenido resultados positivos para el TDC mediante el uso de este cuestionario. (1) Un estudio realizado en pacientes con acné obtuvieron una prevalencia del 10.6%. (2) En otro estudio se determinó un porcentaje del 11,9% de pacientes que buscaban tratamiento dermatológico y dieron positivo en TDC (4)

En este estudio, se utilizó un instrumento con buena validez, que excluye a los pacientes con preocupaciones primarias sobre otras enfermedades para evitar un diagnóstico excesivo de TDC (14).

Las tasas variables de TDC obtenidas pueden deberse a diferencias en los métodos de evaluación y tamaños de muestra, así como a diferencias culturales y diferentes sistemas de atención médica. Al encuestar únicamente a pacientes que buscaban tratamientos dermoestéticos, se excluyeron pacientes que busquen tratamientos dermatológicos generales, por ejemplo: psoriasis, dermatitis, entre otros. Este pudo

ser el motivo por el cual la prevalencia en esta muestra fue superior a otros estudios en los que se encuestaban pacientes de la consulta dermatológica general (17).

La calidad de vida se vio afectada en los pacientes con un cribado de TDC positivo, con una prevalencia de depresión leve del 33%, que es compatible con efectos muy importantes en la vida de los pacientes. En el estudio en pacientes dermatológicas suecas se encontró una prevalencia de depresión (2,7%) y de ansiedad (13,2%) en pacientes que dieron positivo para TDC (2).

CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio evalúa la prevalencia del TDC en pacientes sometidos a procedimientos dermoestéticos y los resultados refleja que el TDC parece ser bastante común entre los pacientes que asisten a la Clínica Dermatológica Ollague.

El análisis de asociación mediante Chi cuadrado confirma una asociación significativa entre las variables analizadas. Lo cual confirma la hipótesis de esta tesis, que existe una asociación entre la presencia de Trastorno Dismórfico Corporal y de depresión en los pacientes que buscan tratamientos dermoestéticos.

Los pacientes que resultaron positivos para TDC experimentaron síntomas de depresión en un nivel leve y su calidad de vida se ve afectada.

Es importante descartar patologías de la imagen corporal antes de iniciar terapias dermoestéticas porque los pacientes con TDC a menudo están insatisfechos con los resultados del tratamiento y esta insatisfacción se asocia con una mayor morbilidad, autolesión y suicidio.

Por lo tanto, incluso si los síntomas dermatológicos visibles son leves, es importante evaluar las consecuencias emocionales de los síntomas de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que los pacientes con TDC sean derivados a profesionales de la salud mental para recibir tratamiento y brindarles una psicoeducación sobre el trastorno, en lugar de descartar sus preocupaciones.

Debido a que los dermatólogos pueden ser los primeros o únicos profesionales de la salud a los que se dirigen los pacientes con TDC, es fundamental que los dermatólogos conozcan mejor el TDC para garantizar que estos pacientes reciban la atención adecuada.

Así mismo, se recomienda a los profesionales de la salud, realizar un consentimiento informado a cualquier paciente antes de un procedimiento dermoestético no quirúrgico, para evitar problemas médico-legales con los pacientes sospechosos de TDC, debido a que es impredecible el grado de satisfacción que tendrán después del procedimiento.

6. ANEXOS

6.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS

Si desea participar en el estudio, favor de llenar el talonario de autorización y devolver al investigador.

Gina Cevallos Chávez

Estudiante de Medicina UEES

AUTORIZACIÓN

La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas.

Voluntariamente, _____ yo

_____ doy mi

consentimiento para participar en el estudio de Gina Cevallos Chávez sobre el Trastorno Dismórfico Corporal en pacientes con tratamiento por procedimientos dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague.

Firma

Fecha

6.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD

Si desea que su hijo participe en el estudio, favor de llenar el talonario de autorización y devolver al investigador.

Gina Cevallos Chávez

Estudiante de Medicina UEES

AUTORIZACIÓN

La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____
_____ participe en el estudio de Gina Cevallos Chávez sobre el Trastorno Dismórfico Corporal en pacientes con tratamiento por procedimientos dermoestéticos en la Clínica Dermatológica Ollague.

Padre / Madre / Representante

Fecha

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Brohede S, Wyon Y, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Body dysmorphic disorder in female Swedish dermatology patients. *Int J Dermatol*. 2017 Dec;56(12):1387–94.
2. Marron SE, Miranda-Sivelo A, Tomas-Aragones L, Rodriguez-Cerdeira C, Tribo-Boixaro MJ, Garcia-Bustinduy M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Feb;34(2):370–6.
3. Thanveer F, Khunger N. Screening for body dysmorphic disorder in a dermatology outpatient setting at a tertiary care centre. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2016;9(3):188.
4. Phillips KA, Dufresne RG, Jr., Wilkel CS, Vittorio CC Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2019;**42**(3):436-41.
5. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, et al. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2017;**57**(2):222-30.
6. Ritter V, Fluhr JW, Schliemann-Willers S, Elsner P, Strauß B, Stangier U. Body dysmorphic concerns, social adaptation, and motivation for psychotherapeutic support in dermatological outpatients: Body dysmorphic concerns in dermatology. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges*. 2016 Sep;14(9):901–8.

7. Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun KS, Polat S, Karaca S, et al. Frequency of body dysmorphic disorder among patients with complaints of hair loss. *Int J Dermatol*. 2016 Apr;55(4):425–9.
8. Gaze DC. *Pathophysiology: Altered Physiological States*. BoD – Books on Demand; 2018. 226 p.
9. Pittenger C. *Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*. Oxford University Press; 2017. 777 p.
10. Phillips KA. *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. Oxford University Press; 2017. 601 p.
11. Anderson LK, Murray SB, Kaye WH. *Clinical Handbook of Complex and Atypical Eating Disorders*. Oxford University Press; 2017. 441 p.
12. Kantor J. *Dermatologic Surgery*. McGraw Hill Professional; 2018. 1439 p.
13. Barnhill JW. *Approach to the Psychiatric Patient: Case-Based Essays*. American Psychiatric Pub; 2018. 549 p.
14. Gordon-Elliott J. *Fundamentals of Diagnosing and Treating Eating Disorders: A Clinical Casebook*. Springer; 2016. 159 p.
15. Chisholm-Burns MA, Schwinghammer TL, Malone PM, Kolesar JM, Lee KC, Bookstaver PB. *Pharmacotherapy Principles and Practice, Fifth Edition*. McGraw Hill Professional; 2019. 1696 p.
16. Cuzzolaro M, Fassino S. *Body Image, Eating, and Weight: A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*. Springer International Publishing; 2018. 439 p.
17. Kang S. *Fitzpatrick's Dermatology, Ninth Edition, 2-Volume Set (EBOOK)*. McGraw Hill Professional; 2018. 4119 p.
18. Chernyshov PV, Zouboulis CC, Tomas-Aragones L, Jemec GB, Manolache L,

- Tzellos T, et al. Quality of life measurement in acne. Position Paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes and Acne, Rosacea and Hidradenitis Suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Feb;32(2):194–208.
19. Danielsen PL, Ru W, Ågren MS, Duke JM, Wood F, Zeng XX, et al. Radiotherapy and corticosteroids for preventing and treating keloid scars. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Apr 27 [cited 2020 Feb 10];2017(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6478069/>
20. Darji K, Varade R, West D, Armbrecht ES, Guo MA. Psychosocial Impact of Postinflammatory Hyperpigmentation in Patients with Acne Vulgaris. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2017 May;10(5):18–23.
21. Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Ghisi M. Body dysmorphic disorder and its associated psychological and psychopathological features in an Italian community sample. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2018; **22**: 206– 214.
22. Möllmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res* 2017; **254**: 263– 267.
23. Ribeiro RVE. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: a systematic review with meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2017; **41**: 964– 970.
24. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image* 2016; **18**: 168– 186.

25. Korman NJ, Zhao Y, Pike J, Roberts J. Relationship between psoriasis severity, clinical symptoms, quality of life and work productivity among patients in the USA. *Clin Exp Dermatol* 2016;**41**(5):514-21.
26. Brown GE, Malakouti M, Sorenson E, *et al.* Psychodermatology. *Adv Psychosom Med* 2015;**34**:123-34.
27. Enander J, Andersson E, Mataix-Cols D, *et al.* Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2016;352.
28. Brohede S, Wijma B, Wijma K, Blomberg K. 'I will be at death's door and realize that I've wasted maybe half of my life on one body part': the experience of living with body dysmorphic disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016;**20**(3):191-8.
29. Amer AAA, Gao X-H. Quality of life in patients with vitiligo: an analysis of the dermatology life quality index outcome over the past two decades. *Int J Dermatol* 2016;**55**(6):608-14.
30. Giraldo-O'Meara M, Belloch A. El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2017;**22**(1):69.
31. Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile.* 2016;**144**(5):626-633.
32. Salavert Jiménez J, Clarabuch Vicent A, Trillo Garrigues M. Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.* 2019;**36**(1):4-19.

33. Peña-Casquero, Patricia, Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* [Internet]. 2016;3(1):37-43. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548004>
34. 1. Yabar J, Leiva M, Andrea J. Asociación entre el trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos en la Clínica San Pablo, Surco, Lima – Perú 2017-2018 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2019. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/648651>
35. National Institute of Mental Health. Any mental illness (AMI) among U.S adults [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>
36. Barahmand U, Shahbazi Z. Prevalence of and associations between body dysmorphic concerns, obsessive beliefs and social anxiety. *Asia Pac Psychiatry* 2016; 7 (1): 54-63. doi. 10.1111/appy.12085.
37. Galarza F, Yamada G. Labor market discrimination in Lima, Peru: Evidence from a field experiment. *World Development*. 2016; 58: 83-94. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.01.003>.
38. Mortberg E, Reuterskiold L, Tillfors M. Factor solutions of the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) in a Swedish population. *Cogn Behav Ther* 2017; 46 (4): 300-314. doi. 10.1080/16506073.2016.1258723

39. Taqui AM, Shaikh M, Gowani SA, Shahid F, et al. Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry* 2018; 8 (20).

40. Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry* 2017; 44 (5):415-9. doi. 10.1016/S0010-440X(03)00102-0.