

Importancia en la detección de trastorno dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo

Mauricio Carrero Álvarez*

Resumen

El trastorno dismórfico corporal (TDC) y la depresión son las condiciones mentales más frecuentes en la consulta prequirúrgica estética electiva. En esta revisión a la literatura se busca identificar la población con TDC que desea someterse a un procedimiento estético y determinar si existe alguna mejoría al exponerse al procedimiento. Se encontró que el TDC es más frecuente en la adolescencia tardía, sin importar el sexo. La depresión es la comorbilidad más frecuente. Se recomienda el uso de herramientas de tamizaje para identificar éstos trastornos en la consulta prequirúrgica, de manera que el cirujano pueda ofrecer un tratamiento integral con la asesoría de un psiquiatra. Los casos severos no deben ser sometidos al procedimiento estético. No está clara la asociación entre el antecedente de un procedimiento estético y suicidio, pero se reconoce una alta morbilidad psiquiátrica en esta población. Sin embargo, la mayoría de los estudios existentes presentan grandes inconsistencias epidemiológicas. [Carrero M. *Importancia en la detección de trastorno dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo. MedUNAB 2009; 12:46-51*].

Palabras clave: Cirugía plástica, Psiquiatría, Imagen corporal, Depresión.

Introducción

Los procedimientos estéticos enfrentan una polémica mundial con relación al impacto psicológico que implica modificar la apariencia física para corregir defectos objetivos o subjetivos. Aunque se ha observado una mejoría de la calidad de vida, la autoestima y el estado de ánimo,¹ la cirugía plástica ha permitido el auge de enfermedades psiquiátricas como el trastorno dismórfico corporal (TDC)

Summary

Body dysmorphic disorder (BDD) and depression are the most common mental disorders found in the preoperative assessment of selective esthetic surgeries. The objective of this review is to identify BDD population willing to undergo into an esthetic procedure and to establish if there are any possible benefits from it. BDD was more frequent in the teenager population and no sex differences were found. Depression was the most common co-morbidity found. In order to allow a global evaluation of the patient from the surgeon, screening of these two pathologies should be done during the esthetic preoperative assessment, and a possible psychiatric intervention should be considered as well. Severe cases should not go under an esthetic procedure. There's a high morbidity in the population with BDD, but the association between suicide and cosmetic surgery is not quite clear yet. However, epidemiological weaknesses are found in most of the studies. [Carrero M. *Importance in detecting dysmorphic and depressive disorders before undergoing an elective aesthetic procedure. MedUNAB 2009; 12:46-51*].

Key words: Plastic surgery, Somatoform disorders, Body image, Depression.

y el trastorno depresivo que pueden ser no percibidas por el cirujano plástico, en especial si éste carece de experiencia.²

El TDC está clasificado como un trastorno somatomorfo en el DSM-IV-TR. Se caracteriza por preocupación en un defecto imaginario de la apariencia física. Puede existir un mínimo defecto físico, pero la preocupación por aquel debe ser excesiva y causar distrés clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otra área funcional. El diagnóstico es adecuado cuando los síntomas no son

* Estudiante, Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca, Santander.

Correspondencia: Sr. Carrero, E-mail: maocarrero@gmail.com

Artículo recibido: 10 de octubre de 2008, aceptado: 24 de febrero de 2009.

explicados por un trastorno de la conducta alimentaria.³ El TDC hace que la persona sea más introvertida, tímida y socialmente aislada.⁴

El TDC es un trastorno mental frecuentemente encontrado en cirugía plástica.⁵ Aunque se sabe que someterse a un procedimiento estético muestra una mejoría psicosocial significativa, solo se puede concluir que su efecto es a corto plazo, pues ningún estudio ha podido comprobar su efecto duradero.^{6,7}

Los pacientes con TDC acostumbran a solicitar varios procedimientos estéticos, en los cuales su preocupación por su apariencia aumenta después de la primera intervención, mientras su nivel de satisfacción tiende a disminuir.⁸ Aproximadamente el 30% de los pacientes a quienes se les diagnosticó TDC ya han sido operados una o varias veces.⁹ Finalmente, después de varios procedimientos su insatisfacción se puede trasladar a otra parte de su cuerpo.^{8,10}

Mediante esta revisión de la literatura se busca identificar la población con TDC que desea someterse a un procedimiento estético y determinar si existe alguna mejoría al exponerse al procedimiento.

Metodología

La búsqueda se realizó en las bases de datos Embase, PubMed, PsycInfo, Web of Science y The Cochrane Library cruzando los términos MeSH: *plastic surgery, esthetic surgery, cosmetic surgery, body dysmorphic disorder, depression, depressive disorder, body image, psychopathology* y *comorbidity*.

La búsqueda se realizó desde 1966 hasta el 6 de abril del 2008 en la que se incluyeron todo tipo de estudios, inclusive artículos de revisión. Se encontraron 72 artículos considerados relevantes por su título y se procedió a leer el resumen de cada uno de ellos para finalmente seleccionar según su importancia 56 artículos que se leyeron en su totalidad. La mayoría de éstos evaluaban la población estudio bajo la definición de TDC según el DSM-IV; por lo tanto, son los estudios realizados después de 1994. Adicionalmente, se consideraron relevantes cinco referencias que se buscaron, localizaron e incluyeron en esta revisión.

Importancia epidemiológica

Para la Asociación Británica de Cirujanos Plásticos Estéticos (BAAPS), en 2007 todos los procedimientos estéticos se incrementaron en un 12.2%, mientras que en 2006 fue del 31.2%. El 91% de los procedimientos fueron realizados en mujeres, donde la mamoplastia de aumento fue la más prevalente, mientras que para la mayoría de los hombres fue la rinoplastia.¹¹ Entre tanto, para la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS), el incremento

entre 2006-2007 fue el 8%; de todos los procedimientos estéticos (10.7 millones) realizados en 2007, el 91% fue en mujeres, con similar comportamiento por sexo a lo que pasa en el Reino Unido.¹²

El TDC puede ser culturalmente inducido.¹³ Un estudio realizado con estudiantes australianos encontró que los estudiantes de descendencia asiática tenían menor prevalencia de TDC.¹⁴ Dentro de las modernas influencias de los medios de comunicación, se encuentran los programas que ofrecen un cambio en la apariencia física con base en la cirugía estética. Un reciente estudio tenía como objetivo medir la influencia de los *Reality TV* en la decisión de realizarse una cirugía plástica y en las expectativas de su resultado. Reclutó 42 participantes que acudían al cirujano plástico por primera vez y se agruparon de acuerdo a la frecuencia con la que veían estos programas. Los de alta frecuencia se definieron como aquellos participantes que observaban regularmente uno o más programas, mientras los de baja frecuencia eran los que observaban muy ocasionalmente, o nunca habían visto ni escuchado algún programa. Mediante una encuesta se identificó que el 57% eran fieles televidentes de estos programas y debido a ello manifestaron tener un mayor conocimiento en este campo. Adicionalmente creían que estos programas eran muy semejantes a la vida real, en la cual los riesgos quirúrgicos son escasos y los resultados son excelentes, lo cual influyó en su decisión.¹⁵

En población general. El TDC en población general esta alrededor del 1% sin importar el sexo.¹⁶ Sarwer *et al* realizaron una encuesta autoaplicada en mujeres escolares y se encontró que el 2.5% cumplían criterios diagnósticos de TDC.¹⁷ Frederick *et al* proponen un rango de 0.7 a 5.3%.¹⁸ Por otro lado, según una revisión a la literatura se estima que la probabilidad de sufrir depresión a los largo de la vida es del 3-18%, la cual es dos veces más frecuente en las mujeres.¹⁹ Debido al gran auge de los procedimientos estéticos, se asume que la frecuencia de TDC y trastorno depresivo también se incrementa, de ahí su importancia en reconocerla.¹⁶

En cirugía plástica. Honigman *et al* revisaron 37 estudios realizados entre 1960-2002, en los cuales el TDC y el antecedente de depresión eran factores predictores de un pobre resultado psicosocial posterior al procedimiento estético. Sin embargo resalta la importancia de mejorar los instrumentos epidemiológicos usados hasta el momento debido a que existen inconsistencias.²⁰

La mayor frecuencia de TDC se encuentra en dermatología y en cirugía plástica.¹⁶ La posibilidad de TDC en la consulta inicial de cirugía plástica es el 7-15%^{18,21,22} y en dermatología es del 12%.^{7,23} Al comparar los participantes sometidos a procedimientos estéticos (grupo estudio) con los sometidos a cirugías generales (grupo control), Vargel *et al* realizaron una encuesta autoaplicada con posterior entrevista psiquiátrica encontrando en el grupo estudio que el 20% tenía criterios de

TDC y el 10% síntomas depresivos severos, mientras que en el grupo control no encontró ninguna condición psiquiátrica.²⁴ Adicionalmente, Veale *et al* hallaron mediante una encuesta, que el 20.7% de los que iban a ser sometidos a rinoplastia tenían criterios de TDC.²⁵

Otro estudio tenía como objetivo hallar la prevalencia de TDC en procedimientos estéticos faciales. Se agruparon los participantes que se sometieron a un procedimiento estético secundario a una condición médica o reconstructiva, y se comparó con otro grupo cuyo fin era netamente estético. La frecuencia de TDC fue de 7% y 8% respectivamente, lo cual es una diferencia no significativa.²⁶ Un estudio europeo cuya metodología se basó en una entrevista clínica estructurada encontró una prevalencia prequirúrgica de TDC de 9.1% en una población que no tenía o tenía un mínimo defecto.²⁷

En contraste, un artículo italiano con 56 participantes informó una prevalencia de TDC del 53%, donde el episodio depresivo mayor y la distimia fueron las comorbilidades mentales más frecuentes.²⁸ En otro estudio italiano la prevalencia de TDC fue del 37% donde la comorbilidad psiquiátrica especialmente la depresión fueron elevadas.⁴ Sin embargo, otra publicación italiana que excluyó los pacientes depresivos o bajo tratamiento psiquiátrico encontró una prevalencia de TDC del 16%.²⁹ En los tres estudios se utilizó la entrevista clínica estructurada realizada por un psiquiatra con base a los criterios del DSM-IV, por lo que metodológicamente son muy parecidos pero aparentemente existieron otros factores que hicieron que los resultados fueran tan diferentes.

Comorbilidad. La depresión es la comorbilidad más frecuente en el TDC.^{14, 25, 30-33} El 82% a 90% de los pacientes con diagnóstico de TDC informan un episodio depresivo mayor como antecedente, siendo el diagnóstico de TDC primero que el de depresión.³⁰ Aouizerate *et al* encontraron que el 75% tenían comorbilidad psiquiátrica, siendo el episodio depresivo mayor el más prevalente con un 33.4%.²⁷ En un estudio italiano, la comorbilidad psiquiátrica fue del 50%, de los cuales el 80% presentaban clínica o antecedente de un episodio depresivo mayor.⁴ Otro estudio que recopiló 232 historias clínicas realizadas antes de someterse al procedimiento estético, encontró que un 19% tenía antecedentes de condiciones mentales, de los cuales el 88% fue depresión. Adicionalmente, el 18% aún se encontraban bajo tratamiento.³⁴ Contrariamente, Ferraro *et al* no encontraron un perfil psicopatológico asociado al interés por realizarse un procedimiento estético.³⁵ Finalmente, dos recientes revisiones informan que el 20% de la población que se somete a una cirugía estética electiva presenta un trastorno del ánimo, siendo la depresión la más frecuente.^{36, 37}

Relación con el sexo. A pesar de que la mujer está dos veces más interesada en la cirugía estética,^{4, 22} no hay diferencia de sexo en la prevalencia del TDC.^{10, 33, 38} Un estudio estadounidense con 188 participantes con diagnóstico de

TDC según el DSM-IV, informó que el 51% eran hombres siendo una diferencia no significativa. Igualmente el episodio depresivo mayor, que fue la comorbilidad más frecuente, no mostró una diferencia significativa con respecto al sexo.³⁹ Por el contrario, un estudio realizado en Japón con 415 participantes, encontró una mayor asociación de TDC con el sexo masculino. Sin embargo los resultados de este estudio son cuestionados debido que utilizaron el CIE-10 como referencia, el cual no permite realizar el diagnóstico de TDC.³¹

Edad. En el 70% de los casos, el TDC es más evidente en la adolescencia tardía.^{10, 32} Otros autores la relacionan con los más jóvenes del estudio.^{25, 38, 40} Igualmente Veale *et al* encontraron que la adolescencia tardía es la edad más prevalente del TDC y que su comorbilidad con episodios depresivos es del 26%.³² Hodgkinson describe el TDC como una enfermedad progresiva, frecuente en la adolescencia y que con el pasar del tiempo puede variar la zona que produce insatisfacción.¹⁰

Región corporal. La zona que comúnmente incomoda a los pacientes con TDC es la nariz.^{32, 41-43} Igualmente los adolescentes manifiestan la misma inconformidad.⁴³ Sin embargo, en un estudio con 200 participantes con TDC, la piel resultó ser la más frecuente.³³

Limitaciones metodológicas. Los numerosos estudios que han determinado las características psicopatológicas evaluadas por entrevistas, informan mayor prevalencia que los que recolectan la información mediante pruebas psicométricas estandarizadas. Debido a que ambos esquemas presentan limitaciones metodológicas, en la actualidad no se ha podido llegar a una conclusión definitiva.⁴⁴ Un estudio midió la prevalencia de pacientes con TDC con dos métodos diagnósticos: el primero utilizó una entrevista clínica no estructurada (método rutinario) y el segundo realizó una entrevista clínica estructurada. En el primer grupo la prevalencia fue 0%, mientras que en el segundo grupo se encontró una prevalencia de 3.2%.⁴⁵ Por su parte, un estudio australiano con 137 candidatos valorados por un cuestionario, encontró una tasa de TDC de 2.9% (IC 95% 0.8-7.3). Finalmente los autores reconocen sus limitaciones por lo que sus conclusiones carecen de validez epidemiológica.⁴⁶ Una reciente revisión de McGrath destaca la necesidad de estudios de casos y controles con metodología sólida utilizando herramientas psicométricas validadas que permitan obtener resultados más concluyentes.⁴⁷

Importancia clínica

La preocupación de los psiquiatras por la población que busca un procedimiento estético no es reciente,^{48, 49} sin embargo, en los últimos años se cuestiona el impacto psicológico de la cirugía plástica y, en especial, la mamoplastia de aumento,^{44, 47} la cual ha sido el procedimiento estético más frecuente en el Reino Unido y

Estados Unidos.^{11,12} En 2003, se evaluó un grupo de 30 mujeres que deseaban realizarse una mamoplastia de aumento encontrándose una excesiva preocupación por su apariencia física acompañada de un mayor número de psicoterapias en el último año.⁵⁰ Kisely *et al* observaron que el TDC es más frecuente en esta población, además existe una probabilidad de 32 veces más de diagnosticar una comorbilidad psiquiátrica.⁵¹

Relación con suicidio. La población que se ha sometido a un procedimiento estético se ha encontrado que tiene una mayor tasa de suicidio.¹ En mujeres con mamoplastia de aumento es dos a tres veces más frecuente.⁴⁴ Crerand *et al* aseguran que el riesgo aumenta anualmente y es aún mayor si el procedimiento se realiza en mayores de 40 años.³⁷ Además la ideación suicida asociada a TDC es de 49.6% para las mujeres y de 66.7% para los hombres, cuya diferencia no es significativa.³³ Lipworth *et al* creen que la alta morbilidad psiquiátrica podría explicar la mayoría de los suicidios.⁵² Por otra parte, Joiner señala que la mayoría de los estudios no comparan poblaciones similares, por lo que la tasa de suicidio en población estética podría ser menor a la informada.⁵³ Adicionalmente Sarwer *et al* concluyen que aún no hay suficiente evidencia que demuestre claramente la asociación con suicidio.⁵⁴ Sin embargo, un reciente estudio sueco con 3,527 mujeres con mamoplastia de aumento, con un promedio de seguimiento de 18.7 años, observó tres veces más muertes por suicidio (IC 95% 1.9-4.5). No obstante, este aumento no fue evidente sino hasta diez años después del procedimiento estético.⁵²

Perspectiva de una valoración prequirúrgica. Una encuesta realizada entre cirujanos plásticos encontró que el 84% de los cirujanos plásticos habían operado personas que en su consulta inicial las catalogaban como aptas pero posterior al procedimiento se percató que tenían criterios para un TDC. Adicionalmente, la prevalencia de TDC informada fue inferior a la esperada, lo que sugiere que los cirujanos plásticos podrían estar subvalorando a los pacientes con TDC.⁵⁵

El cirujano plástico debe ser cuidadoso al seleccionar sus pacientes debido a que puede pasar desapercibido un TDC, el cual es frecuente su comorbilidad con un trastorno depresivo.⁵⁶ Unas herramientas útiles en el consultorio son la historia clínica y una adecuada observación.⁵ Otro recurso son los cuestionarios estandarizados.⁴² Sin embargo, lograr un conocimiento básico sobre los trastornos mentales comunes a los que se puede enfrentar el cirujano plástico junto con el desarrollo de habilidades durante la entrevista, ya sea mediante cuestionarios o preguntas dirigidas, pueden ser decisivos para tomar la conducta más acertada.⁵⁷ Es por eso que los cirujanos plásticos con varios años de experiencia en su gran mayoría son capaces de reconocer por medio de la entrevista los pacientes que podrían quedar insatisfechos, los cuales son candidatos para descartar TDC.⁴² Sin embargo, la valoración prequirúrgica ha generado mucha controversia. La mayoría de los cirujanos plásticos

afirman que el tratamiento estético mejora el perfil psicológico de los pacientes,¹ pero se ha observado que su efecto no es duradero.⁶⁷ Además, Tignol *et al* observaron que la evaluación posquirúrgica puede estar alterada por las atenciones especiales del cirujano por lograr un buen concepto.⁴⁰

El cirujano plástico no debe rechazar drásticamente a un paciente con TDC, lo correcto es individualizar el caso y orientarlo hacia un tratamiento adecuado.^{9,58} Los pacientes con TDC que se deciden operar, se deben tratar conjuntamente con el psiquiatra.⁹ Se ha encontrado que si se selecciona apropiadamente, la cirugía tendrá un efecto psicológicamente positivo.⁴³ Sin embargo, existe evidencia que demuestra que el TDC y sus comorbilidades no mejoran con la cirugía.^{10,21} Además con respecto a la depresión, su tratamiento está muy bien establecido con una tasa de efectividad del 80-90%.¹⁹

La evidencia actual no sugiere que toda mujer que desee someterse a una mamoplastia de aumento deba acudir primero a una valoración psicológica. Sin embargo, si durante la consulta con el cirujano plástico sospecha o hay antecedentes de psicopatología, se recomienda su valoración previa.^{37,54,59} Adicionalmente, existe cierto temor del cirujano plástico para remitir un paciente, debido a que cree que éste se puede ofender, o por el contrario, el psiquiatra lo podría alejar. Si se logra una asociación sinérgica con el especialista, al final se beneficia el paciente.⁶⁰ Otro dilema que debe afrontar el cirujano plástico es cómo llegar a identificar un paciente con TDC si la sociedad está presionando por llegar a la “perfección física” produciendo gran preocupación difícilmente indistinguibles de los criterios de TDC.¹⁶ En un estudio estadounidense que reunió a población general en 2003, se les aplicó una encuesta virtual a 52,677 participantes, encontrando que el 48% de las mujeres tenían gran interés por realizarse una cirugía estética, mientras que en los hombres fue del 23%.¹⁸ Más recientemente, el cirujano se está enfrentando a otro problema como consecuencia de las expectativas irreales de los pacientes con TDC, los cuales su insatisfacción los lleva a demandarlos.^{9,10}

Contraindicación. En los pacientes con TDC con una deformidad mínima no se considera que la cirugía estética esté contraindicada debido a que se ha observado mejoría en la calidad de vida disminuyendo su distrés.⁶¹ Como estos pacientes han informado satisfacción al procedimiento, algunos cirujanos plásticos aseguran que la cirugía es un buen tratamiento, pero está demostrado que el trastorno sigue presente.⁴⁰

En un seguimiento por cinco años se encontró que la cirugía estética no es efectiva en el tratamiento de TDC ni de sus comorbilidades psiquiátricas, a pesar de que los pacientes refieran satisfacción.⁴⁰ Phillips *et al* aseguran que la cirugía tiene poca respuesta si no se involucra al psiquiatra.⁶² Edgerton *et al* midieron el impacto de la cirugía estética en 100 pacientes psiquiátricos. No se evidenció empeoramiento clínico; sin embargo, se observó mejoría si

se combinaba con el tratamiento psiquiátrico.⁶³ Recientes trabajos aseguran que el procedimiento estético no hace parte del tratamiento del TDC;^{5, 20, 36, 40, 44} sin embargo, una encuesta realizada a los cirujanos plásticos solo el 30% consideró que el TDC es una contraindicación.⁵⁵

Una consideración especial son los adolescentes, McGrath *et al* aseguran que la cirugía no debe realizarse si hay evidencia de cambios en su estado de ánimo o del comportamiento, abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas y en aquellos que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico.⁴³ Finalmente, Mühlbauer *et al* proponen que las correcciones quirúrgicas en pacientes con TDC están contraindicadas solo si no hay un defecto físico, dismorfofobia generalizada, crisis vital concomitante (por ejemplo crisis matrimonial), expectativa irreal del resultado, múltiples correcciones previas, comportamiento agresivo,⁶¹ psicosis,^{61, 64} deterioro sintomático a pesar del tratamiento o elevado riesgo quirúrgico.⁶¹ En conclusión, la experiencia del cirujano plástico es la que finalmente decidirá el destino del paciente.^{9, 43, 58, 61}

Conclusión

Se identificó la adolescencia tardía como la población más prevalente con TDC y se descarta alguna asociación con el sexo. Adicionalmente se encontró que la depresión es la comorbilidad más frecuente.

Con relación al suicidio, existe un estudio sueco con una cohorte numerosa que encontró alta prevalencia en la población que se ha sometido a un procedimiento estético, pero aún no es conveniente considerarlo como una afirmación irrefutable. Así mismo, se recomienda aplicar en la consulta prequirúrgica herramientas de tamizaje validadas para TDC y depresión, pero finalmente será el cirujano quien decide el destino del paciente.

Algunos autores proponen que la cirugía no es una contraindicación para pacientes con TDC; sin embargo, el tratamiento psiquiátrico es el más apropiado.

Finalmente, se identificó que los estudios existentes presentan inconsistencias metodológicas que dificultan realizar conclusiones confiables. Sin embargo, la mayoría de los estudios resaltan la importancia de reconocer los pacientes con TDC y depresión antes de un procedimiento estético, de manera que se le pueda brindar un manejo más integral y en los casos más severos, se evitaría exponer a un riesgo quirúrgico innecesario aquél paciente que se sabe que no se beneficiará con el procedimiento.

Referencias

1. Rohrich RJ, Adams WP Jr, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:401-8.

2. Hanes KR. Body dysmorphic disorder and the plastic surgeon. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97:1082.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2000. APA, Washington, 4th edition, text revision, 2000.
4. Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, *et al*. Personality, temperament and clinical scales in an Italian plastic surgery setting: what about body dysmorphic disorder?. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2006; 10:91-6.
5. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:1924-30.
6. Grossbart TA, Sarwer DB. Cosmetic surgery: surgical tools -- Psychosocial goals. *Semin Cutan Med Surg* 1999; 18:101-11.
7. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust* 2002; 176:601-4.
8. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2000; 24:218-21.
9. Castelló JR, Barros J, Chinchilla A. Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: case report. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22:329-31.
10. Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005; 29:503-9.
11. British Association of Aesthetic Plastic Surgeons web site. Disponible en: www.baaps.org.uk. Accedido: 24 de Abril de 2008.
12. American Society of Plastic Surgeons web site. Disponible en: www.plasticsurgery.org. Accedido: 24 de Abril de 2008.
13. Fawcett J. Is BDD culturally induced? *Psychiatr Ann* 2004; 34:900.
14. Bartsch D. Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clin Psychol* 2007; 11:16-23.
15. Crockett RJ, Pruzinsky T, Persing J. The influence of plastic surgery "Reality TV" on cosmetic surgery patient expectations and decision making. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120:316-24.
16. Thompson CM, Durrani AJ. An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *J R Soc Med* 2007; 100:62-3.
17. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, *et al*. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115:931-8.
18. Frederick DA, Lever J, Peplau LA. Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120:1407-15.
19. Valente SM. Visual disfigurement and depression. *Plast Surg Nurs* 2004; 24:140-6.
20. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychological outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113:1229-37.
21. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118:167e-80e.
22. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101:1644-9.
23. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:436-41.

24. Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2001; 25:474-8.
25. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg* 2003; 56:546-51.
26. Crerand CE, Sarwer DB, Magee L, Gibbons LM, Lowe MR, Bartlett SP, *et al.* Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatr Ann* 2004; 34:958-65.
27. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, *et al.* Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry* 2003; 18:365-8.
28. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Grana S, Gambado FM, Marini M, *et al.* The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg* 2002; 25:305-8.
29. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res* 2006; 144:73-8.
30. Sarwer DB, Gibbons LM, Crerand CE. Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy. *Psychiatr Ann* 2004; 34:934-41.
31. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52:283-7.
32. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, *et al.* Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169:196-201.
33. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47:77-87.
34. Sarwer DB, Zarville HA, LaRossa D, Bartlett SP, Chang B, Low DW, *et al.* Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114:1927-33.
35. Ferraro GA, Rossano F, Andrea FD. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005; 29:184-9.
36. Harth W, Hermes B. Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5:736-44.
37. Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs* 2007; 27:146-54.
38. Kuwabara H, Otsuka M, Shindo M, Ono S, Shioiri T, Someya T. Diagnostic classification and demographic features in 283 patients with somatoform disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61:283-9.
39. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:570-7.
40. Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: Evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry* 2007; 22:520-4.
41. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope Jr HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993; 150:302-8.
42. Thomas JR, Sclafani AP, Hamilton M, McDonough E. Preoperative identification of psychiatric illness in aesthetic facial surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2001; 25:64-7.
43. McGrath MH, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13:105-18.
44. Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120:110s-7s.
45. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 1998; 39:265-70.
46. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:439-44.
47. McGrath MH. The psychological safety of breast implant surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120:103s-9s.
48. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg* 1960; 13:136-45.
49. Connolly FH, Gipson M. Dysmorphophobia. A long-term study. *Br J Psychiatry* 1978; 132:568-70.
50. Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112:83-90.
51. Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P, Jovanovic J. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36:121-6.
52. Lipworth L, Nyren O, Ye W, Fryzek JP, Tarone RP, McLaughlin JK. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg* 2007; 59:119-23.
53. Joiner TE. Does breast augmentation confer protection from or risk for suicide? *Aesthetic Surg J* 2003; 23:370-3.
54. Sarwer DB, Brown GK, Evans DL. Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1006-13.
55. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthetic Surg J* 2002; 22:531-5.
56. Cogwell R. Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *Plast Surg Nurs* 2003; 23:125-9.
57. Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther* 2008; 21:47-53.
58. Ozgur F, Tuncali D, Gursu G. Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22:412-9.
59. Figueroa C. Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two? *Plast Surg Nurs* 2003; 23:21-4.
60. Bradbury E. The psychology of aesthetic plastic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 1994; 18:301-5.
61. Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The Thersites complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107:319-26.
62. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001; 42:504-10.
63. Edgerton M, Langman MW, Pruzinsky T. Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88:594-608.
64. Arwer DB, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Psychological investigations in cosmetic surgery: A look back and a look ahead. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101:1136-42.