

LA DISMORFOFOBIA

y el “comportamiento adictivo” a las cirugías estéticas.

Aspectos generales y médico - legales.

Lic. Patricio J. Navarro Pizzurno

Miembro del Departamento de Servicios Médicos de NOBLE A.R.P.

>>> ■ Dismorfofobia: Historia y definición.

La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal es un cuadro psicopatológico que ha sido descrito por primera vez por el psiquiatra italiano Enrico Morselli en el siglo XIX, más precisamente en el año 1886⁽¹⁾. En el Boletín de la Academia de Ciencias Médicas de Génova, dicho médico caracteriza el cuadro en cuestión como la insatisfacción persistente y extendida respecto al propio cuerpo, sintiendo al mismo como anómalo o deforme en alguno de sus rasgos, generando un profundo malestar en el paciente aquejado, aún cuando no existan motivos objetivos y observables para valorar en esos términos su aspecto físico. Etimológicamente, el término dismorfofobia remite al rechazo o miedo intenso (del griego *fobos*) a ser deforme (del mismo origen, *dis morfia*; sin forma) o estéticamente feo. Palabra acuñada originalmente por el historiador Heródoto de Halicarnaso⁽²⁾ en el siglo V, Morselli la reformula y reutiliza para el cuadro psicopatológico en cuestión.

En aquel entonces, la investigación científica en el ámbito de la psiquiatría, la psicología y las patologías mentales se encontraba en una etapa de profundas reformulaciones y desarrollos innovadores, destacándose los primeros trabajos de Sigmund Freud⁽³⁾. En este contexto, pocos años después el mismo Morselli, al igual que el reconocido Emil Kraepelin⁽⁴⁾, asociaría la dismorfofobia a conductas obsesivas - compulsivas⁽⁵⁾. Curiosamente, sería el mismo Freud quien años más tarde documentara indirecta pero extensa-

mente, en uno de sus más recordados casos clínicos (“El hombre de los lobos”⁽⁶⁾), algunos de los aspectos centrales de la dismorfofobia.

Durante buena parte del siglo XX el trastorno dismorfofóbico fue asociado directa o tangencialmente a distintas entidades nosológicas mentales. Finalmente, en el año 1980, la Organización Mundial de la Salud reconoce la dismorfofobia como un cuadro somatomorfo atípico⁽⁷⁾ y diez años más tarde, en 1990, es incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M., por sus siglas en inglés). En la versión revisada del D.S.M. IV de 2002⁽⁸⁾, la dismorfofobia se describe como Trastorno Dismórfico Corporal, y se lo incluye dentro de los llamados Trastornos Somatomorfos, junto a la hipocondría, los trastornos de conversión y las somatizaciones físicas. En la décima Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y otros problemas de salud, conocida popularmente como CIE – 10, la dismorfofobia se incluye, sin embargo, dentro de los trastornos hipocondríacos⁽⁹⁾.

En el DSM IV - R, el Trastorno Dismórfico Corporal se caracteriza por dos aspectos centrales:

1 – La preocupación por defectos *imaginados* o bien la preocupación *excesiva* por anomalías físicas que si bien son existentes, claramente no se condicen con la valoración que el paciente hace de las mismas. Debe diferenciarse de otros cuadros, tales como la anorexia nerviosa.

2 – El deterioro psicosocial, laboral y afectivo que dicho malestar y atención obsesiva por los defectos provoca.

A la fecha, la dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal (T.D.C.) es una de las entidades nosológicas que progresivamente mayor interés han suscitado tanto en círculos médicos como psicológicos, particularmente en las dos últimas décadas.

Aspectos psicopatológicos centrales y epidemiología.

Como se señala en párrafos precedentes, el deterioro psicológico y social generalizado constituye uno de los factores axiales en los pacientes que padecen el T.D.C. Las personas afectadas suelen adoptar conductas evitativas ante situaciones de contacto social o laboral⁽¹⁰⁾, además de presentar fuertes ideaciones autodestructivas y suicidas (lo cual se detalla infra), y comportamientos ritualizados propios de los cuadros obsesivos compulsivos (tales como pasarse horas frente al espejo o cambios excesivamente frecuentes de vestimenta).

En casos extremos, el trastorno dismórfico corporal suele cursar con delirios⁽¹¹⁾, lo cual ha llevado a algunos autores a diferenciar una variante psicótica, que se encuadra dentro de los llamados Trastornos Delirantes Somáticos descritos en el D.S.M. IV–R.

En cualquiera de las variantes del T.D.C., las personas aquejadas deben convivir con un padecimiento y malestar psicológico manifiesto, invasivo / intrusivo y omnipresente, que incide directamente en su autoestima y en la normal consecución de sus actividades cotidianas. En relación a este punto, se observa una alta correlatividad con pérdidas de trabajo, situaciones de subocupación laboral y divorcios, por citar algunos indicadores⁽¹²⁾.

Respecto a la epidemiología y datos estadísticos propiamente dichos, se destaca que:

- La edad media de inicio y de manifesta-

ción de los primeros síntomas del T.D.C. es a los 17 años⁽¹³⁾.

- No hay diferencias significativas en la prevalencia de acuerdo a sexo o clase social, aunque en el caso de las mujeres podría estar subvalorada⁽¹⁴⁾. Algunos estudios señalan, sin embargo, una mayor incidencia en perfiles profesionales de clases medias–altas⁽¹⁵⁾.

- La incidencia en la comunidad general oscila entre el 0,5 y 0,7 %, con porcentuales de hasta el 2%, tal es el caso de los EE.UU.⁽¹⁶⁾.

- Algunos estudios permiten inferir que los valores antedichos podrían ser significativamente mayores, dado el secretismo que rodea a la dismorfofobia y debido a la vergüenza que produce en el paciente⁽¹⁷⁾. Estadísticas realizadas en poblaciones psiquiátricas angloparlantes revelan que el 13,1% de los pacientes presentan indicadores de trastornos dismórficos, que sin embargo no habían sido diagnosticados por sus médicos ni referidos por ellos mismos al momento de la hospitalización, la cual en su momento se había producido por otros motivos⁽¹⁸⁾.

- La sensación de vergüenza señalada supra se refleja claramente en el hecho de que rara vez los pacientes con T.D.C. solicitan voluntariamente tratamiento psicoterapéutico y / o psiquiátrico, y cuando lo hacen, tardan en promedio 6 años desde la aparición de los primeros síntomas⁽¹⁹⁾.

- En relación a las tendencias suicidas y deterioro social ya señalado, se observa que el 75 % de las personas aquejadas por dismorfofobia no se casan o bien se han divorciado, el 70,5% tiene ideaciones suicidas y el 25 % efectivamente se suicida⁽²⁰⁾.

Se observa entonces que el T.D.C. o dismorfofobia trasciende el simple malestar o fastidio con un

eventual “defecto” corporal, y presenta aspectos de una gravedad tal que requiere la atención de la comunidad médico - psicológica general. Como ejemplo de la magnitud psicopatológica, vale reparar en casos documentados de las llamadas D.I.Y. surgery (Do It Yourself surgery; cirugías caseras “hágalo usted mismo”)⁽²¹⁾, donde pacientes con T.D.C. han llegado a utilizar lijas de carpintería como dermoabrasivos o realizarse cortes con cuchillos de cocina para extraer la adiposidad de los muslos cuando no pueden costear una liposucción, por citar algunos ejemplos⁽²²⁾.

“El espíritu de los tiempos” en la psicopatología. Trastorno dismórfico y cirugía estética.

Resulta evidente que la aparición de nuevas formas de patologías psíquicas (o la exacerbación y agravamiento estadísticamente comprobado de cuadros antes atípicos) guarda estrecha relación con las sociedades y tendencias culturales en las cuales se manifiestan⁽²³⁾. Es decir, el “espíritu de los tiempos” no solo se refleja en los avances tecnológicos, en el arte, en la cultura en general, etc., sino también en *la forma que las personas enferman*.

Así como los casos clínicos de histeria de conversión descritos en el siglo XIX y principios del siglo XX responden a un contexto social de represión sexual, resulta evidente que la dismorfofobia es un reflejo de una sociedad obsesivamente preocupada por la estética corporal, por la imagen que se ofrece a los otros y por la necesidad de agradar desde lo superfluo como forma de interacción primaria; sociedad que además amplifica permanentemente dicho mensaje a través de los medios de comunicación. Los casos de personajes famosos de ámbitos tan diversos como el *show business*, la política, el deporte y la moda cuyos rostros han mutado abundan.

En este sentido, es notorio comprobar que las prácticas médicas asociadas a la estética corporal continúan incrementándose sensiblemente en todo el mundo⁽²⁴⁾ y particularmente en la Argentina. Nuestro país figura entre los diez primeros a nivel mundial en rankings realizados por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica y Estética, y solo es

superado en el continente americano por México y EE.UU. En la misma línea, un estudio de TNS Gallup señala que el 20% de la población nacional le interesa hacerse una cirugía estética⁽²⁵⁾.

En este contexto, resulta de vital importancia entender el rol de los agentes de salud en general y de los médicos cuyas prácticas se vinculan a la estética personal en particular. Es decir; por la definición misma de la dismorfofobia, son los cirujanos plásticos, entre otros, quienes recibirán en sus consultas a buena parte de la población aquejada por el T.D.C.

Los distintos datos estadísticos recabados respecto a la dismorfofobia son un claro llamado de atención para los especialistas de las prácticas antedichas. Los estudios hechos en pacientes con trastorno dismórfico corporal señalan que las áreas del cuerpo más afectadas por la sensación de deformidad o fealdad asociadas a las mismas suelen ser las mamas⁽²⁶⁾, la piel en general y de la cara en particular, el pelo y la nariz⁽²⁷⁾. Resulta profundamente llamativo, y bajo ningún punto de vista debería considerarse una casualidad, que la mayor demanda de cirugías estéticas *afecta casi exactamente las mismas áreas*: son los procedimientos más comunes la liposucción, la colocación de implantes mamarios, las rinoplastias y los *liftings* faciales. Por citar un ejemplo, el 20,7% de los pacientes que se ha realizado una cirugía estética de nariz tiene un posible diagnóstico de T.D.C.⁽²⁸⁾ En Argentina se observa, además, un significativo contraste en el interés por el aumento de las mamas en relación a otros países de la región⁽²⁹⁾, siendo claramente superior en nuestro país. Este dato en particular debería resultar de importancia superlativa en relación a los cirujanos plásticos argentinos, si consideramos estudios realizados por la Universidad de Utrech de Holanda, y publicados en el *British Medical Journal*⁽³⁰⁾, en el cual se señala que las mujeres que se someten a operaciones de implante mamario presentan un riesgo de cometer suicidio que triplica los valores medios del resto de la comunidad.

La cirugía plástica en sí constituye un “canto de sirena” para los pacientes dismórficos; de hecho, el

mismo estudio citado en el párrafo precedente señala que, después de los psicólogos y los psiquiatras, son los cirujanos plásticos quienes reciben en su consultorio mayor cantidad de pacientes con trastornos psicopatológicos. En el caso del T.D.C. específicamente, son los dermatólogos quienes atienden, junto con los cirujanos, la mayor cantidad de pacientes⁽³¹⁾.

Aspectos médico legales. Los riesgos de la cirugía estética en los pacientes con T.D.C.

De acuerdo a lo desarrollado hasta este punto, se observa claramente que el consultorio de aquellos médicos abocados a las prácticas quirúrgicas cosméticas representan un terreno común para los pacientes con dismorfofobia, más allá de que el médico los reconozca o no como tales.

Adentrarse en los aspectos éticos en esta instancia posiblemente carezca de utilidad, dado que resulta evidente el trasfondo de la situación, al margen de los debates ya clásicos que se han suscitado en torno a la ética profesional y la cirugía estética⁽³²⁾. Es decir, un médico que interviene quirúrgicamente a un paciente a sabiendas o sospechando que el mismo puede tener rasgos propios de un T.D.C., comete una falta tan flagrante que no requiere mayor análisis. Básicamente, está atentando contra el juramento hipocrático y con el sentido mismo de la práctica médica en un contexto de ética profesional, en tanto está realizando una intervención en un cuerpo sano, ejecutando una acción que favorece e incluso alienta un estado de enfermedad (psíquica) preexistente⁽³³⁾.

En el aspecto médico - legal, más allá de lo señalado en relación a la ética profesional, los pacientes con T.D.C. presentan una serie de características puntuales y propias que exponen al médico ante eventuales demandas por mala praxis.

Se observa una clara tendencia a la insatisfacción no solo con el propio cuerpo (lo cual constituye el rasgo central del cuadro), sino también con las sucesivas modificaciones quirúrgicas que sobre este se operan; el 82,6% de los pacientes con T.D.C. se manifiestan insatisfechos con los resultados de

las cirugías estéticas a las cuales se someten⁽³⁴⁾. En este sentido, el paciente dismorfofóbico presenta similitudes con los patrones de comportamiento propios de las adicciones. Las cirugías estéticas y tratamientos cosméticos no solo no mejoran la percepción de sí mismo, sino que de hecho la empeoran. Existe en ellos la creencia de que la próxima intervención será la última, será la que los haga sentir bien. En este sentido, entran un circuito iterativo donde la insatisfacción es cada vez peor, y por ende la cantidad de intervenciones quirúrgicas no hace sino aumentar.

Esta insatisfacción es en muchas ocasiones directamente trasladada al médico, el cual se constituye en depositario del malestar del paciente dismorfofóbico. Este malestar se traduce en actitudes querellantes; en ocasiones ejerciendo presión para una nueva cirugía⁽³⁵⁾ o directamente canalizando su malestar a través de acciones en el ámbito judicial⁽³⁶⁾. Más allá de que las mismas sean fundamentadas o no, representan un accionar típico en estos casos.

Existen vastos estudios donde además de las acciones legales, los pacientes han atentado físicamente contra los médicos y profesionales tratantes, incluso quitándoles la vida o suicidándose a posteriori de la agresión⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾. Aún cuando el paciente no accione legalmente (o físicamente) contra el médico, la alta tasa de suicidios registrados a posteriori de las cirugías ya señalada en el presente artículo representa un riesgo evidente, en tanto abre una eventual relación causal entre ambos sucesos que puede generar acciones legales por parte de familiares que sobreviven al paciente.

Prevención e interdisciplina.

Habiendo dicho esto, es importante resaltar los riesgos implícitos en la interacción con los pacientes dismorfofóbicos y la relevancia de detectar adecuadamente los mismos para poder implementar acciones psicoeducativas y psicoprofilácticas. El hecho de desconocer la patología en cuestión no exime a los médicos, en especial a los cirujanos plásticos, a cometer errores prácticos y / o fallas éticas, por omisión o ignorancia. Cumple entonces

un rol fundamental la detección precoz y adecuada derivación, en un marco de interdisciplinariedad, de los pacientes con T.D.C. para su ulterior tratamiento integral y psicoterapéutico.

En este sentido, es fundamental para la prevención reconocer y repasar algunos de los rasgos manifiestos que caracterizan a las personas dismorfofóbicas:

- Un significativo malestar y angustia asociada a su propio cuerpo y apariencia física. Más allá de lo intuitivo que pueda resultar el médico tratante y del sondeo general que el mismo pueda realizar en base a su experiencia profesional, existen cuestionarios y escalas de rápida aplicación para la detección del T.D.C., como la escala Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) de Phillip⁽⁴⁰⁾.
- Un deterioro psicosocial generalizado o incipiente, donde se observan pocas o nulas actividades de exposición social, lo cual se refleja en escasos vínculos de amistad o de pareja, deterioro de los vínculos preexistentes a la aparición de la enfermedad, retraimiento, baja en el rendimiento académico, y subocupación o desocupación laboral como consecuencia de la vergüenza que el paciente siente⁽⁴¹⁾.
- Un historial clínico de cirugías estéticas que no se corresponden con “defectos” evidentes y que resulta a todas luces exagerado, el cual además se acompaña por insatisfacción por parte del paciente y cuya periodicidad aumenta progresivamente en el tiempo, haciéndose las intervenciones cada vez más frecuentes⁽⁴²⁾.
- Lesiones observables en la piel, dado que muchas veces los rituales compulsivos incluyen rascado o tocado permanente de las áreas afectadas por las fallas de percepción inherentes a la dismorfofobia.⁽⁴³⁾

El médico debe, en caso de detectar o sospechar un posible caso de T.D.C., intervenir con particular cautela en los pasos a seguir. Además de los rasgos querellantes ya señalados en este tipo de pacientes y de la negación que hacen de su propia patología, tienden a hacer caso omiso de las sugerencias e insistir en que su bienestar pasa por realizarse la (próxima) cirugía estética tan anhelada⁽⁴⁴⁾.

Como en gran parte de los cuadros psicopatológicos individuales, resulta coadyuvante a la mejoría del paciente, de ser posible, convocar a la familia del paciente dado que la misma puede operar como contención y control del comportamiento compulsivo cotidiano del paciente⁽⁴⁵⁾.

Las intervenciones interdisciplinarias constituyen, por último, el aspecto fundamental de la derivación del paciente y ulterior tratamiento. Los diversos estudios realizados acerca de la etiología del T.D.C. no solo dan cuenta de variables psicológicas individuales en interacción con aspectos y tendencias sociales, sino que también existen factores neurológicos⁽⁴⁶⁾. Las intervenciones terapéuticas más efectivas parecen ser entonces aquellas que combinan el tratamiento farmacológico (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, centralina y citanopram entre otras drogas⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾) con la psicoterapia cognitiva⁽⁴⁹⁾.

El rol ético del médico cirujano. Comentarios finales.

La interrelación existente entre la satisfacción con el propio cuerpo y el bienestar psicológico constituye una de los aspectos más evidentes de la psiquis de las personas, y resulta determinante en variables claves como la autoestima, fundamental para una vida adulta plena. Señalar que cuando una persona se ve bien, se siente bien (y viceversa, como círculo virtuoso) constituye una de las verdades básicas en lo que refiere a la interacción mente – cuerpo más elemental.

Asistimos sin embargo en las últimas décadas a un exacerbamiento socialmente patológico de las virtudes estéticas *per se*, restándole importancia al

resto de los aspectos de la experiencia humana, y por ende a los valores asociados a ellos. Los medios de comunicación masiva empujan y forjan las percepciones del público hacia una lectura parcializada de la realidad y de la forma de interactuar, poniendo como única variable válida y relevante la apariencia física, como moneda de cambio para el (falso) éxito.

En este contexto asfixiante, surgen en lo individual patologías que reflejan el sesgo y la determinación social, y encontramos entre estas nuevas formas nosológicas el Trastorno Dismórfico Corporal, que probablemente represente junto con los trastornos de la alimentación⁽⁵⁰⁾ el epítome por excelencia de estos nuevos padeceres psicológicos.

Desde luego, la manifestación en el individuo responde no solo a factores socioculturales⁽⁵¹⁾, sino también a variables de índole individual ya señaladas, que van desde lo genético a lo familiar, pasando por lo neurobiológico y por la historia personal. El balance y la retroalimentación entre el *verse bien* y el *sentirse bien* pierde todo equilibrio en la dismorfofobia, quedando el bienestar psíquico absolutamente subsumido al cuerpo, que en este caso ni siquiera se corresponde con el cuerpo real, sino con el cuerpo (erróneamente) percibido por el paciente.

Sin duda el T.D.C. presenta muchas aristas de interés⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾, algunas de las cuales solo han sido tratadas someramente en el presente artículo. Sin embargo, el objetivo del mismo ha sido llamar la atención sobre el rol fundamental que tiene la comunidad de agentes de salud en general, y de los médicos relacionados a la estética corporal en particular.

Un primer elemento, de índole práctico, es el riesgo que los pacientes con T.D.C. conllevan desde el punto de vista jurídico y médico legal. Se ha detallado *supra* la tendencia querellante de dichos pacientes, la clara propensión a realizar demandas en el ámbito judicial relacionadas a la mala praxis, el riesgo implícito que conllevan las intervenciones debido a la alta tasa de suicidio que manifiestan, etc. Se ha señalado además la tendencia, en menor

medida que la antedicha pero presente de cualquier forma, a adoptar conductas agresivas hacia los cirujanos plásticos, y prácticas afines, con los cuales se vinculan.

Un segundo elemento, consecuencia de lo antedicho e inconmensurablemente más importante, es el rol ético de los profesionales médicos que interactúan con pacientes dismorfofóbicos, diagnosticados o no. Son ellos quienes conforman la última línea de defensa del paciente de la agresión que sobre él mismo autoinflinge. En última instancia, son los médicos cirujanos plásticos quienes desde la responsabilidad profesional y el sentido común deben finalmente y como último recurso velar y garantizar este cuidado. Cuando todos los demás mecanismos han fallado o no se han activado (contención familiar y social, psicoeducación, etc.), es el médico quien en el ámbito de su consulta debe dar el primer paso para *reencauzar* al paciente hacia el bienestar psicofísico integrado y equilibrado, a través del abordaje interdisciplinario.

Para finalizar y graficar lo antedicho, una cita del Dr. José Juri, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, quien en ocasión de un reportaje periodístico⁽⁵⁵⁾ señaló: "Un buen cirujano plástico tiene que tener cierto conocimiento psicológico para saber cuándo no debe realizar una cirugía y, por el contrario, encaminar *suavemente* a esa paciente al psicólogo o al psiquiatra para que la ayude. Debe poder *ubicar a ese ser humano en su contexto psicológico y sociológico* para poder encontrar los motivos que lo llevan a querer cambiar su imagen corporal." ■ <<<

Bibliografía:

- ¹ Morselli, E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, Bolletino academia delle scienze mediche di Genova 1886, 1886.
- ² Berrios G.E., Kan Chung-Sing. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia, Acta Psychiatrica Scandinavica 94: 1-7., 1996.
- ³ Freud, S. Obras completas, Amorrortu Editores, 2010.
- ⁴ Kraepelin, E. Psychiatrie, 1909.
- ⁵ Morselli, E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, Bolletino academia delle scienze mediche di Genova 1891, 1891.
- ⁶ Freud, S. Op. Cit., (Volumen XVII).
- ⁷ Misticone, S. Dismorfofobia, un problema para el dermatólogo, Reunión Mensual Instituto de Biomedicina, Enero 2006.
- ⁸ DSM-IV-TR, Ed. Elseiver Masson. Barcelona, 2002.
- ⁹ Fuentes Luri, S. et. al., Dismorfofobia, www.knol.google.com, 2010.
- ¹⁰ Phillips, K.A. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder, Oxford University Press, 1998.
- ¹¹ Misticone, S. Op. Cit.
- ¹² Veale D. et al., Cosmetic rhinoplasty in Body Dysmorphic Disorder, The British Association of Plastic Surgeons. 56: 546–551., 2003.
- ¹³ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ¹⁴ Al-Adawi S. et al., Body dysmorphic disorder in Oman: cultural and neuropsychological findings, vol. 7, nº. 3: 562- 567., 2001.
- ¹⁵ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ¹⁶ Yaryura Tobias, J. et al., Obsesiones Corporales, Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.
- ¹⁷ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ¹⁸ Grant, J. E. et al., Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients, JClin Psychiatric, 62: 517, 2001.
- ¹⁹ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ²⁰ Misticone, S. Op. Cit.
- ²¹ Veale, D. Op. Cit.
- ²² Conejo García, A. Complicaciones de la dismorfofobia. Descripción de un caso de automutilación, Actas Esp. de Psiquiatría Hosp. Ramón y Cajal, 2006.
- ²³ Bauman, Z. Miedo líquido, Paidós, 2008.
- ²⁴ Envejecer con gracia, www.medicalnewstoday.com, 2010.
- ²⁵ Uno de cada cinco argentinos se haría una cirugía estética, Diario La Nación, 12/11/2007.
- ²⁶ Misticone, S. Op. Cit.
- ²⁷ Conejo García, A. Op. Cit.
- ²⁸ Veale, D. Op. Cit.
- ²⁹ Diario La Nación. Uno de cada cinco... Op. Cit.
- ³⁰ Ríos, S. La cirugía estética no asegura la autoestima, Diario La Nación, 8/3/2003.
- ³¹ Abrevaya, X. La enfermedad de los rostros ocultos, www.intramed.net, 2006.
- ³² Sánchez Rodríguez, K. Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica, Revista Cubana Cir, 46:4, 2007.
- ³³ Comiskey, C. Cosmetic surgery in Paris in 1926: The case of the amputated leg, Journal of Women's History, Vol. 16, nº 3, 2004.
- ³⁴ Phillips K. A. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness World Psychiatry, vol. 3, nº 1: 12-17., 2004.
- ³⁵ Ríos, S. Op. Cit.
- ³⁶ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ³⁷ Hinderer, U.T. Dr. Vazquez Añon's last lesson, Aesth Plast Surg, 2:375, 1978.
- ³⁸ Ruiz Olgara, C. et al., Psiquiatría. Lecciones clínicas, Toray Barcelona, 1985.
- ³⁹ Dismorfofobia, www.fobiasocial.net, 2008.
- ⁴⁰ Phillips K. A. et al., Body dysmorphic disorder in men. Psychiatric treatments are usually effective, BMJ 323:1015-1016, 2001.
- ⁴¹ Driesch G., et al., Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview, Der Nervenarzt. vol. 75, nº 9: 917-931, 2004.
- ⁴² Abrevaya, X. Op. Cit.
- ⁴³ Dismorfofobia, www.fobiasocial.net, Op. Cit.
- ⁴⁴ Ríos, S. Op. Cit.
- ⁴⁵ Minuchín, S. Técnicas de terapia familiar, Paidós, 2001.
- ⁴⁶ Schmidt, E. Distorted self-image the result of visual brain glitch, study finds, UCLA Newsroom, 2007.
- ⁴⁷ Phillips K.A. Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. CNS Drugs; 3: 30-40, 1995.
- ⁴⁸ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ⁴⁹ Fuentes Luri, S. Op. cit.
- ⁵⁰ D.S.M. IV–R, Op. Cit.
- ⁵¹ Freud, S. Op. Cit.
- ⁵² Patterson W.M., et al. Trastorno dismórfico corporal, Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética, 5: 12-14., 2002.
- ⁵³ Walker, P. Everything You Need To Know About Body Dysmorphic Disorder, New York: The Rosen Publishing Group, Inc., 1999.
- ⁵⁴ Veale, D. Trastorno Dismórfico Corporal, Postgraduate Medical Journal 80:67-71, 2003.
- ⁵⁵ Ríos, S. Op. Cit.