

# Asociación entre trastorno dismórfico corporal y ansiedad social: ¿los pacientes dermatológicos tienen más riesgo?

## *Association between body dysmorphic disorder and social anxiety: Are dermatologic outpatients at higher risk?*

Antoine Jeri-Yabar,<sup>1</sup> Javiera Marin-Leiva,<sup>1</sup> Romina A Tejada<sup>2</sup>

### Resumen

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia y asociación entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de ansiedad social en pacientes que acudieron a consulta dermatológica en una clínica privada.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal analítico, efectuado de enero a mayo de 2018 en el que se utilizaron instrumentos como el *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ) para medir el trastorno dismórfico corporal y *Liebowitz Scale for Social Anxiety* (LSSA) para medir el trastorno de ansiedad social, que fueron previamente validados y traducidos al español.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 690 participantes, 61.1% eran de sexo femenino. La mediana de edad fue de 34.5 años y 52.7% era no unido en el momento de la encuesta. La prevalencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos fue de 52% y la de trastorno de ansiedad social fue de 18.8%. Se encontró asociación entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, así como entre edad y trastorno de ansiedad social.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social es alta en pacientes que acuden a consulta dermatológica; asimismo, la existencia de trastorno dismórfico corporal incrementa el riesgo de padecer trastorno de ansiedad social.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno dismórfico corporal; trastorno de ansiedad social; Dermatología; Psiquiatría.

### Abstract

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence and association between body dysmorphic disorder (BDD) and social anxiety (SA) in dermatologic outpatients who attended a private clinic in Lima, Peru.

**MATERIALS AND METHODS:** A transversal analytic study was done from January to May 2018 in which the *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* was used to measure body dysmorphic disorder and the *Liebowitz Scale for Social Anxiety* was used to assess social anxiety. These were previously translated and validated to Spanish.

**RESULTS:** Six hundred ninety participants were enrolled; the majority (61.1%) were females. The median age was 34 years and the vast majority (52.7%) did not have a partner at the moment that the questionnaire was taken. The prevalence of body dysmorphic disorder was 52% and social anxiety was 18.8%. An association between body dysmorphic disorder and social anxiety was found and also between age and social anxiety.

<sup>1</sup> Médico general egresado.  
<sup>2</sup> Médico general con maestría de Epidemiología Clínica y Estudios en Economía de la Salud. Docente de tesis. Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

**Recibido:** marzo 2020

**Aceptado:** mayo 2020

### Correspondencia

Antoine Jeri Yabar  
antoinejeri96@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Jeri-Yabar A, Marin-Leiva J, Tejada RA. Asociación entre trastorno dismórfico corporal y ansiedad social: ¿los pacientes dermatológicos tienen más riesgo? *Dermatol Rev Mex.* 2021; 65 (1): 3-13. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i1.5044>

**CONCLUSIONS:** *The prevalence of body dysmorphic disorder and social anxiety is high in patients attending dermatological consultation; presence of body dysmorphic disorder increases the risk of suffering social anxiety.*

**KEYWORDS:** *Body dysmorphic disorder; Social anxiety; Dermatology; Psychiatry.*

## ANTECEDENTES

Los problemas de salud mental se han incrementado durante los últimos años. Las estadísticas en países como Estados Unidos demuestran que en 2015, 17.9% de los adultos sufrían de una enfermedad psiquiátrica. La prevalencia de estos trastornos en jóvenes se ha incrementado en 2.6% entre 2011 y 2014.<sup>1</sup> En este sentido, los trastornos psiquiátricos son un problema de salud pública, porque representan un número importante de años de vida saludables perdidos.<sup>2</sup>

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno psiquiátrico relativamente común. La quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* define este trastorno como la preocupación excesiva de un defecto imaginario en la apariencia o la existencia de un defecto leve, no notado por los demás; acompañado de una preocupación desbordante de la anomalía que tiene el paciente. También se incluye en la definición del trastorno la angustia social y ocupacional debido al defecto imaginado o presentado. Recientemente se agregó a la definición del trastorno otro criterio que es el comportamiento repetitivo, ya sea mirarse al espejo excesivamente o compararse con las demás personas.<sup>3</sup>

La prevalencia del trastorno dismórfico corporal en la población de Hungría es de 0.7-2.5%, mientras que en Estados Unidos se reportó una prevalencia similar de 2.4% en la población

adulta.<sup>4,5</sup> Se ha informado que este trastorno tiene mayor frecuencia en pacientes dermatológicos y de cirugía plástica. Por ejemplo, Phillips y su grupo encontraron que 11.9% de los pacientes dermatológicos sufrían trastorno dismórfico corporal y que las mujeres tenían mayor riesgo de padecerlo.<sup>6</sup> Asimismo, se ha reportado que podría generar trastorno de ansiedad social.<sup>7,8</sup>

Según el DSM-5, el trastorno de ansiedad social se define como un miedo persistente ante situaciones sociales, en el que el individuo se encuentra expuesto a personas no familiares o a posible burla de éstas. El individuo tiene un miedo inexplicable porque piensa que va a actuar en una forma que le causará mucha humillación; por ende, es común que el paciente evite estas situaciones en lo posible. Estos síntomas deben durar seis meses o más para considerarse trastorno de ansiedad social.<sup>3</sup> En Estados Unidos se ha observado una prevalencia de este trastorno de 18%, aunque sigue siendo un trastorno psiquiátrico subdiagnosticado.<sup>9</sup>

La asociación entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos se ha estudiado poco respecto a lo encontrado en estudios previos. Phillips y colaboradores<sup>6</sup> mencionan que ciertos pacientes con trastorno dismórfico corporal muestran características clínicas de trastorno de ansiedad social, por ejemplo, evitar eventos sociales y tener personalidades introvertidas, por lo que se sugiere una relación entre ambos.<sup>10</sup> En

una investigación realizada en Irán, se encontró una asociación entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social; el porcentaje de individuos que reportaban comorbilidad de los dos trastornos fue de 12.9%.<sup>8</sup> También en un estudio se reportó que en estudiantes de medicina en China, a los que les preocupaba su apariencia respecto a alguna parte de su cuerpo, medida con la encuesta *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*, se obtuvieron puntajes significativamente más altos en la escala de *Social Interaction Anxiety Scale*, en comparación con sujetos que no se preocupaban acerca de su apariencia.<sup>11</sup> Asimismo, también se ha reportado que no estarían asociados.<sup>12</sup>

Debido al incremento alarmante de problemas de salud mental como trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, es fundamental estudiar si existe una asociación entre estas dos variables en una población con mayor prevalencia, como los pacientes que acuden a consultas dermatológicas, y así poder recomendar que se haga un tamiz oportuno que permita prevenir y reducir algunas de sus consecuencias, como ideas suicidas, depresión y suicidio.<sup>12</sup>

El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo transversal analítico, se llevó a cabo en la Clínica San Pablo, una clínica privada localizada en Lima, Perú. Las personas encuestadas eran pacientes mayores de edad (18 o más años) que acudían a la clínica por una consulta dermatológica entre enero y mayo de 2018. Se excluyeron los pacientes con antecedente de algún trastorno psiquiátrico, como depresión, ansiedad o esquizofrenia y a los pacientes que no deseaban completar el cuestionario.

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó Epidat 4.1 y se usaron dos estudios modelos en los que los autores buscaban asociación entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, se consideró una frecuencia de trastorno de ansiedad social en pacientes con trastorno dismórfico corporal de 39% y en pacientes sin trastorno dismórfico corporal de 27%. Se usó una razón entre tamaños muestrales de 3.00 y un nivel de confianza de 95% con potencia de 80%. Esto resultó en una muestra de 621 pacientes dermatológicos, a lo que se sumó 10% por pérdidas, el número final de pacientes fue de 690.<sup>13,14</sup> El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

## Procedimientos

Los pacientes completaron una encuesta autoaplicada mientras esperaban su cita con el dermatólogo. Ésta recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de educación y trabajo) y clínicas (tipo de consulta, áreas que causan preocupación y procedimientos estéticos previos). Además, la encuesta incluía dos escalas para la medición de riesgo de trastorno dismórfico corporal y de trastorno de ansiedad social. La variable estado civil se recategorizó en unido (casado o conviviente) y no unido (soltero, divorciado, viudo) teniendo en consideración un estudio donde se demostró que el trastorno de ansiedad social se asociaba más con pacientes no unidos.<sup>5</sup> También se recategorizó la variable *trabajo*, porque el mismo estudio demostró que los pacientes sin ocupación (con ocupación = empleado, ama de casa o estudiante) tenían más riesgo de padecer trastorno de ansiedad social. La variable *tipo de consulta* se clasificó como estética y no estética con base en el criterio del médico dermatólogo tratante. En el caso de procedimientos estéticos previos, éstos fueron autorreportados por el paciente y no se verificó en su historia clínica. Consideramos este enfoque debido a que los pacientes

no tenían acceso directo a su historia clínica en el momento ni pruebas de procedimientos estéticos en otros centros médicos. Antes de que el paciente contestara esa pregunta se le definía un procedimiento estético como *aquel que se realiza con el fin de mejorar su apariencia física*.

### Instrumentos

El primer instrumento utilizado para el presente trabajo fue el Cuestionario sobre el Desorden Dismórfico Corporal, el cual es la versión adaptada al español del *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ) para la valoración del trastorno dismórfico corporal, fue creada por Phillips y su grupo y su versión en español fue validada en España. Este instrumento consiste en una autoevaluación de siete ítems; de los que seis tienen como alternativas de respuestas afirmación o negación y en el último ítem se dan tres alternativas de respuesta. Según este instrumento es probable que la persona que realizó la encuesta padezca trastorno dismórfico corporal si contesta de la siguiente manera: si responde con afirmación las preguntas 1 y 2, si la respuesta a las preguntas 3, 4, 5 o 6 es afirmativa, o si responde con las alternativas "más de 3 horas al día" o "1-3 horas día" en la pregunta 7. La encuesta no diagnostica el trastorno dismórfico corporal, sólo mide la probabilidad de padecerlo.<sup>15</sup>

En segundo lugar, se utilizó la escala Liebowitz para ansiedad social (LSAS) es un instrumento que busca valorar el rango de interacción social y desempeño en situaciones sociales que los individuos que padecen trastorno de ansiedad social suelen evitar. Este cuestionario consta de 24 posibles situaciones sociales, por ejemplo, hablar por teléfono. Cada pregunta inspecciona dos áreas, la primera ansiedad o miedo y la segunda evasión de la situación social. Con respecto a ansiedad y miedo, el paciente responde con un puntaje de 0 a 3 (0 es nada, 1 es leve, 2 moderado y 3 severo). Asimismo, la columna

que valora la evasión también tendrá un puntaje de 0 a 3 (0 es nunca, 1 ocasionalmente, 2 frecuentemente y 3 usualmente). Al terminar el cuestionario, si es que el paciente obtuvo menos de 55 puntos no se aprecia trastorno de ansiedad social. Sin embargo, si éste obtiene 55 puntos o más, se clasifica como trastorno de ansiedad social moderado (hasta 65), significativo (hasta 80), severo (hasta 95) y muy severo (> 95). En el estudio se dicotomizó la variable, donde se asumió que con 55 puntos o más la probabilidad de tener trastorno de ansiedad social era alta y con menos de 55 era poco probable que sufra trastorno de ansiedad social. Este cuestionario no diagnostica trastorno de ansiedad social, pero sí mide la probabilidad de padecerlo y lo clasifica en orden de severidad.<sup>16</sup>

### Análisis de datos

La encuesta se recolectaba después de que el paciente salía de su consulta y se verificaba si estaba correctamente completada. Para clasificar un cuestionario como válido, éste tenía que estar correctamente llenado y completado en su totalidad. Para el control de calidad, las respuestas de cada pregunta del cuestionario se ingresaron por doble digitación a Microsoft Excel 2010 y después se transfirieron a STATA 14 (STATA Corp, CollegeStation, TX, Estados Unidos) para el correspondiente análisis. En el análisis univariado, se utilizaron porcentajes para variables categóricas y mediana y rango intercuartil para variables cuantitativas, ya que las dos variables numéricas del estudio no tenían normalidad según la prueba Shapiro-Wilk. En el análisis bivariado, se utilizaron las pruebas  $\chi^2$  y de Fisher, según correspondiera, para determinar asociación entre las variables categóricas; y se usó U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. En todas las pruebas de hipótesis se consideró significativo un valor  $p < 0.05$ . Correspondiente al análisis multivariado, se usó el modelo generalizado lineal de Poisson y las

variables se escogieron según criterio epidemiológico. Se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza a 95% (IC95%).

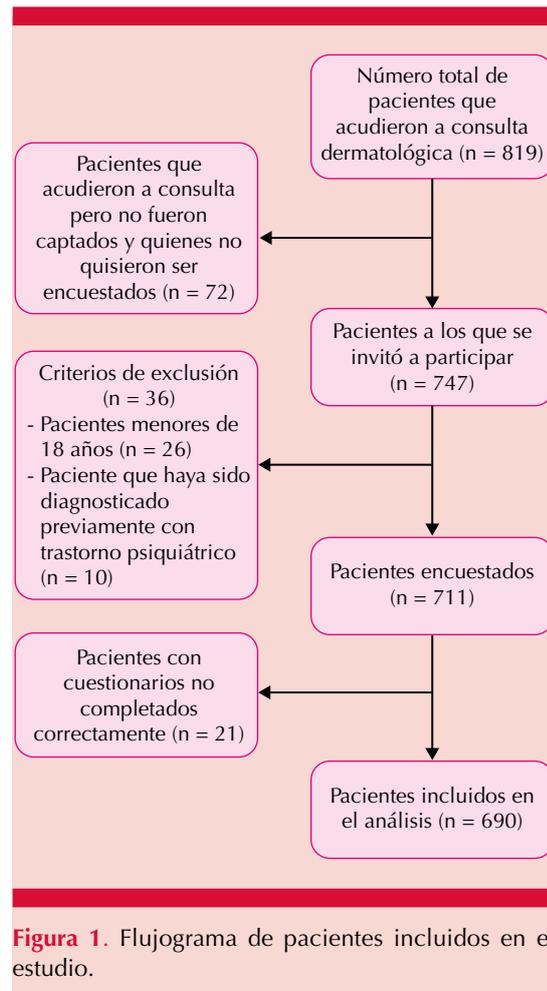
### Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) y por la Clínica San Pablo (núm. 406). Antes de entregar el cuestionario a los pacientes, se les dio el consentimiento informado y éste tenía que ser leído y firmado para poder recibir y completar el cuestionario; la encuesta fue completamente anónima. El riesgo potencial del estudio fue la pérdida de confidencialidad de la información, pero para evitar ello, los cuestionarios se codificaron y guardaron separados de los consentimientos informados y sólo los investigadores tenían acceso al mismo.

### RESULTADOS

Ochocientos diecinueve pacientes que acudieron a consulta dermatológica fueron invitados a completar el cuestionario, pero 108 de ellos no cumplían con los criterios de selección; 711 pacientes completaron el cuestionario; sin embargo, 21 de ellos no lo completaron correctamente, dejando un número total final de 690 pacientes incluidos en el análisis. **Figura 1**

La mayoría de los participantes (61.2%) eran de sexo femenino. La mediana de edad fue de 34 años (RIQ: 22-51) y la mayoría (52.75%) estaba no unido al momento de la encuesta. El 76.2% de los pacientes tenían estudios superiores completos y la gran mayoría (90.7%) tenían una ocupación. El 78.9% de los pacientes tenía una o ninguna zona de preocupación respecto a su apariencia física y un porcentaje similar de pacientes reportó no haber tenido procedimientos estéticos previos (76.3%). El tipo de consulta



**Figura 1.** Flujograma de pacientes incluidos en el estudio.

más común fue no estética. Finalmente, la prevalencia de trastorno dismórfico corporal fue de 52%, mientras que la de trastorno de ansiedad social fue menor: 18.8%. **Cuadro 1**

En el análisis bivariado, observamos que el trastorno de ansiedad social se asoció con el trastorno dismórfico corporal ( $p < 0.001$ ), la edad ( $p < 0.001$ ), el nivel de educación ( $p \leq 0.001$ ) y el tipo de consulta ( $p < 0.001$ ), como se muestra en el **Cuadro 2**. En el análisis multivariado, la asociación entre trastorno de ansiedad social y TDC se mantuvo (RPa: 1.11; IC95%: 1.08-1.14;  $p < 0.001$ ), al igual que la asociación entre tras-

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018

Variable	Núm.	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	268	38.84
Femenino	422	61.16
Edad (años)*	34.5 (22-51)	
<b>Estado civil</b>		
Unido	326	47.25
No unido	364	52.75
<b>Nivel de educación</b>		
Primaria completa	44	6.38
Secundaria completa	120	17.39
Estudios superiores	526	76.23
<b>Trabajo<sup>†</sup></b>		
Con ocupación	626	90.72
Sin ocupación	64	9.28
<b>Zona de preocupación</b>		
Una o ningún área	545	78.99
≥ 2 áreas	145	21.01
<b>Procedimientos estéticos previos</b>		
Sí	163	23.62
No	527	76.38
<b>Tipo de consulta</b>		
Estético	226	32.75
No estético	464	67.25
IMC (kg/m <sup>2</sup> )*	24.01 (21.91-26.91)	
<b>Trastorno dismórfico corporal</b>		
Sí	359	52.03
No	331	47.97
<b>Trastorno de ansiedad social</b>		
Sí	130	18.84
No	560	81.16

\* Mediana y rango intercuartil. † Con ocupación: incluye empleados, estudiantes y amas de casa.

torno de ansiedad social y la edad (RPa: 1.00; IC95%: 1.00-1.00;  $p < 0.043$ ). Sin embargo, la variable de nivel de educación perdió asociación

en el mismo. Cabe resaltar que el tipo de consulta no se incluyó en el análisis multivariado porque estaba asociada con procedimientos estéticos previos y actuaba como variable de confusión. **Cuadro 3**

## DISCUSIÓN

Hoy día, los problemas dermatológicos repercuten en los pacientes de diferentes formas, ya sea psicológicamente o socialmente. Sin embargo, no hay suficientes estudios que demuestren la asociación entre distintos problemas de salud mental en pacientes en riesgo, como los pacientes dermatológicos y los pacientes de cirugía plástica. Éste es el primer estudio, de nuestro conocimiento, que evalúa la relación entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos, ya que anteriormente esta relación sí se ha evaluado, pero no en una población en riesgo. Nuestros resultados mostraron que 80.7% de los pacientes con trastorno dismórfico corporal también padecen trastorno de ansiedad social y que ambas variables estaban asociadas. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores que reportan la alta comorbilidad de estos dos trastornos. Sin embargo, la comorbilidad en la población general es de 34.3%;<sup>13</sup> nuestro estudio encontró una comorbilidad mayor posiblemente por la población estudiada que es más propensa a tener trastorno dismórfico corporal. Es así que se ha encontrado que la prevalencia de este trastorno en pacientes dermatológicos es dos veces mayor que en la población general.<sup>17,18</sup>

La prevalencia de trastorno dismórfico corporal en nuestra población dermatológica fue de 52%, lo que representa un alto porcentaje en comparación con diversos estudios<sup>17,19,20</sup> que reportan una prevalencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos de 12-20%. Esto puede deberse a la alta discriminación social que ocurre en Perú, en donde las personas son

**Cuadro 2.** Factores asociados con trastorno de ansiedad social en el análisis bivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018

Variable	Existencia de trastorno de ansiedad social (n = 130)	Ausencia de trastorno de ansiedad social (n = 560)	p
<b>Trastorno dismórfico corporal</b>			
Sí	105 (80.7%)	254 (45.3%)	< 0.001
No	25 (19.2%)	306 (54.6%)	
Edad*	29 (20-43)	37 (23-52)	< 0.001
<b>Sexo</b>			
Femenino	88 (20.9%)	334 (79.1%)	0.090
Masculino	42 (15.7%)	226 (84.3%)	
<b>Estado civil</b>			
Unido	51 (15.6%)	275 (84.4%)	0.042
No unido	79 (21.7%)	285 (78.3%)	
<b>Nivel de educación</b>			
Primaria completa	12 (27.3%)	32 (72.7%)	
Secundaria completa	41 (34.2%)	79 (65.8%)	< 0.001
Estudios superiores	77 (14.6%)	449 (85.4%)	
<b>Trabajo</b>			
Con ocupación	120 (19.2%)	506 (80.8%)	0.490
Sin ocupación	10 (15.6%)	54 (84.4%)	
<b>Zona de preocupación</b>			
Una o ningún área	99 (18.2%)	446 (81.8%)	0.379
Dos a más áreas	31 (21.4%)	114 (78.6%)	
<b>Procedimientos estéticos previos</b>			
Sí	26 (16%)	137 (84%)	0.280
No	104 (19.7%)	423 (80.3%)	
<b>Tipo de consulta</b>			
Estética	58 (25.6%)	168 (74.4%)	0.001
No estética	72 (15.5%)	392 (84.5%)	
Índice de masa corporal	23.23 (20.82-26.95)	24.13 (22.1-26.89)	0.206

\* Mediana (rango intercuartil).

criticadas por sus rasgos faciales. Por ejemplo, en 2014 se encontró que la población de tez blanca recibía más oportunidades de trabajo que una persona con rasgos indígenas, aun si tenían el mismo o un parecido currículum.<sup>21</sup> Por ende, algunas personas, al ser rechazadas de distintos trabajos o lugares públicos por motivos estéticos,

generan inseguridad y tienden a tener mayor prevalencia de trastorno dismórfico corporal. Es importante mencionar que el cuestionario usado tiene alta sensibilidad (93%) y especificidad (90%), por lo que se considera de valor para el tamizaje de este trastorno.<sup>22</sup> También los resultados pudieron deberse a las diferentes escalas

**Cuadro 3.** Factores asociados con trastorno de ansiedad social en el análisis multivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018

Variables	RP crudo (IC95%)	Valor p	RP ajustado (IC95%)	Valor p
Trastorno dismórfico corporal	1.12 (1.09-1.16)	< 0.001	1.11 (1.08-1.14)	< 0.001
Sexo masculino	1.02 (0.99-1.06)	0.081	1.02 (0.99-1.05)	0.134
Edad	1.00 (1.00-1.00)	< 0.001	1.00 (1.00-1.00)	<b>0.043</b>
No unidos	0.96 (0.93-0.99)	<b>0.041</b>	1.02 (0.99-1.06)	0.138
Nivel de educación				
Secundaria completa	0.96 (0.87-1.05)	0.385	0.95 (0.87-1.04)	0.285
Estudios superiores/ técnico	1.07 (0.99-1.16)	0.076	1.04 (0.97-1.12)	0.219
Sin ocupación	1.01 (0.96-1.07)	0.458	0.98 (0.93-1.04)	0.689
Dos o más áreas de preocupación	0.98 (0.94-1.02)	0.399	1.00 (0.93-1.08)	0.925
Sin procedimientos estéticos previos	0.97 (0.94-1.01)	0.257	0.95 (0.91-0.99)	0.021
Índice de masa corporal	1.00 (0.99 -1.00)	0.059	1.00 (0.99-1.00)	0.448

RP: razón de prevalencias; IC95%: intervalo de confianza a 95%.

usadas para medir trastorno dismórfico corporal. Por ejemplo, Thanveer y Khunger<sup>23</sup> encontraron una prevalencia menor que la nuestra en pacientes dermatológicos de consultorio externo en un centro de salud de tercer nivel de atención. Esta baja prevalencia puede deberse a que los autores utilizaron *the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version* (BDDQ-DV), que es específica para descartar el trastorno en pacientes que buscan una cirugía estética dermatológica, mas no para los pacientes que acuden a consultas dermatológicas en general.<sup>8</sup>

Asimismo, nuestros resultados incluyen una prevalencia de trastorno de ansiedad social de 18.8%, lo que concuerda con resultados encontrados previamente en poblaciones parecidas.<sup>24</sup> Sin embargo, se ha encontrado que el trastorno de ansiedad social es un problema subdiagnosticado por diversos dermatólogos, que tienden a subestimar los trastornos psiquiátricos en sus pacientes.<sup>25</sup>

La presencia de trastorno de ansiedad social y trastorno dismórfico corporal fue mayor en mujeres, lo que concuerda con diversos estudios;<sup>10,26</sup>

probablemente se deba a que la belleza es un componente central en el estereotipo femenino, por ende, son más propensas a preocuparse más por su apariencia que los hombres.<sup>27</sup>

Se encontró, además, una asociación entre el trastorno de ansiedad social y la edad de los pacientes que acudían a consulta dermatológica, la que concuerda con estudios realizados donde se analizaron las características sociodemográficas de pacientes con ansiedad social. En este estudio se encontró que en la muestra clínica la mediana de edad fue de 34.9 años (RIQ: 18-62 años), valor ligeramente superior al encontrado por nosotros (mediana: 29; RIQ: 20-43).<sup>28</sup> Esta asociación puede deberse a que las personas de menor edad suelen tener menor autoestima y ser más autocríticos consigo mismos; también tienden a concentrarse más en su apariencia que las personas que tienen mayor edad y suelen tener mayor miedo de hacer el ridículo frente a personas desconocidas por falta de experiencias.

El resultado principal de este estudio muestra asociación entre trastorno de ansiedad social y trastorno dismórfico corporal. Este

resultado también se obtuvo en dos diferentes estudios.<sup>10,26</sup> El objetivo de Coles y su grupo fue evaluar la relación directa entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, donde se obtuvo que 39.3% de los 178 individuos con trastorno dismórfico corporal tenían también trastorno de ansiedad social; sin embargo, este estudio se realizó en la población general. Pinto y su grupo<sup>26</sup> encontraron resultados similares. Es importante destacar que no se ha encontrado bibliografía que relacione trastorno de ansiedad social y trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos. Esta asociación puede deberse a diferentes factores. Por ejemplo, las personas con trastorno dismórfico corporal tienen una preocupación excesiva por su imagen física y pueden imaginar o agrandar un defecto mínimo o imaginario.<sup>6</sup> Esta preocupación excesiva podría causar consecuencias sociales, como no ir a lugares públicos (tiendas, fiestas, calles) por temor a que otros juzguen su apariencia, o evitar eventos académicos, como dar una presentación al frente de un pequeño público por miedo a pararse al frente de sus compañeros y que la mayoría se fije en su “defecto”. A medida que el trastorno dismórfico corporal va agravándose, podría causar al final trastorno de ansiedad social, y esta persona generaría una fobia ante situaciones sociales simples, como llamar por teléfono, rechazar algo de un vendedor o ser el centro de atención. Esta posibilidad de causalidad podría ser respaldada por un estudio que encontró que el alivio del trastorno dismórfico corporal se correlacionó significativamente con alivio del trastorno de ansiedad social.<sup>26</sup>

Hubo distintas limitaciones en nuestro estudio que deben considerarse. Primero, esta investigación no demuestra causalidad, solo puede mostrar una asociación entre las variables estudiadas; sin embargo, por cuestiones éticas, estudios experimentales que demuestren asociación no son plausibles. De ahí la importancia de

estudios como el presente. La segunda limitación en nuestro estudio es que la población es de una sola clínica, lo que no es representativo de toda la población general, porque el estrato socioeconómico de ésta no era variado. También hay un posible sesgo de deseabilidad social, donde el participante responde lo que cree que se espera de él/ella; sin embargo, se trató de limitar este factor realizando el cuestionario en total anonimato. Asimismo, los cuestionarios aplicados en este trabajo no diagnostican los trastornos psiquiátricos a investigar, sino que aportan una probabilidad diagnóstica. Por último, la variable tipo de consulta fue a criterio del médico tratante, que pudo variar entre los distintos dermatólogos que apoyaron el estudio, ya que los médicos no tuvieron una base de enfermedades catalogadas como estéticas vs no estéticas. La variable procedimientos estéticos previos fue subjetiva, porque, aunque al paciente se le mencionó la definición de procedimiento estético previo, no hubo un método para comprobar si es que realmente había tenido uno. Otra limitación por considerar es que el estudio es de tipo transversal, por ende, no hay temporalidad y no puede definirse qué trastorno aparecería primero.

Es importante tener en cuenta la asociación entre trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, como también la alta prevalencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes dermatológicos. Este estudio podría alentar el tamiz de estos dos trastornos en los consultorios de dermatología, y así mejorar el cuidado de los pacientes, recurriendo, por ejemplo, a interconsultas psiquiátricas en pacientes en riesgo. Consideramos, en este sentido, que la consulta dermatológica podría ser una oportunidad para la prevención de problemas de salud mental, como los descritos en este estudio.<sup>26</sup> Por ello, se recomienda que se realice un tamiz de estos trastornos en la población dermatológica previa a consulta para evitar grados mayores de la enfermedad y sus posibles consecuencias.

Según nuestro estudio y estudios previos realizados, la población dermatológica tiene mayor prevalencia de los trastornos estudiados, por lo que se considera una población en riesgo. En este caso, es de gran utilidad que los especialistas en dermatología tengan en cuenta el riesgo de la población de tener trastorno dismórfico corporal y trastorno de ansiedad social, para así aplicar distintas herramientas a fin de identificar la posible existencia de afecciones en la salud mental de sus pacientes y trabajar en conjunto con psiquiatras para el bienestar mental del paciente cuando se considere oportuno.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de trastorno dismórfico corporal (52%) y trastorno de ansiedad social (18.8%) en pacientes dermatológicos es elevada. El trastorno dismórfico corporal incrementa el riesgo de padecer trastorno de ansiedad social en pacientes dermatológicos de una consulta privada en Lima, Perú, donde posiblemente el trastorno dismórfico corporal preceda al trastorno de ansiedad social.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la doctora Lourdes Galliani y al servicio de Dermatología de la Clínica San Pablo-Monterrico por otorgarnos la oportunidad de llevar este estudio a cabo.

## REFERENCIAS

1. 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>
2. MINSA. Programa presupuestal 0131 control y prevención en salud mental [Internet]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20PREVENCION%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20PREVENCION%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition [Internet]. 2013. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Szabó P. An old "new" disease: body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Orv Hetil* 2010; 151 (44): 1805-15. doi. 10.1556/OH.2010.28971.
5. Acarturk C, et al. Economic costs of social phobia: A population-based study. *J Affective Disord* 2009; 115: 421-429. doi. 10.1016/j.jad.2008.10.008.
6. Phillips KA, Dufrense RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42 (3): 436-4. doi. 10.1016/S0190-9622(00)90215-9.
7. Bowe W, Leyden J, Crerand C, Sarwer D, et al. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57 (2): 222-30. doi.10.1016/j.jaad.2007.03.030.
8. Barahmand U, Shahbazi Z. Prevalence of and associations between body dysmorphic concerns, obsessive beliefs and social anxiety. *Asia Pac Psychiatry* 2015; 7 (1): 54-63. doi. 10.1111/appy.12085.
9. Anxiety and Depression Association of America. Facts and Statistics. 2016.
10. Coles M, Phillips K, Menard W, Pagano M, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety* 2006; 23 (1): 26-33. doi. 10.1002/da.20132.
11. Liao Y, Knoesen N, Deng Y, Tang J, et al. Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2010; 45 (10): 963-71. doi. 10.1007/s00127-009-0139-9.
12. Phillips K, Stout R. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder and major depression, obsessive compulsive disorder and social phobia. *J Psychiatr Res* 2009; 40 (4): 360-9. doi. 10.1016/j.jpsychires.2005.10.001.
13. Coles M, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 2006; 23(1): 26-33.
14. Zimmerman M, Mattia J. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. *Compr Psychiatr* 1998 Sep; 39(5): 265-70. doi. 10.1016/S0010-440X(98)90034-7.
15. International BDD Foundation. Do I have BDD? [Internet]. Disponible en: <https://bdd.iocdf.org/about-bdd/do-i-have-bdd/>
16. García López J, Vera Villarroel P. Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2003; 35 (2): 151-60.
17. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC, et al. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42 (3): 436-41. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(00\)90215-9](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(00)90215-9).
18. Brohede S, Wyon Y, Wingren G, Wijma B, et al. Body dysmorphic disorder in female Swedish dermatology patients. *Int J Derm* 2017. doi. 10.1111/ijd.13739.

19. Archetti-Conrado L, Hounie AG, Belo-Diniz J, Fossaluzza V, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2010. doi. 10.1016/j.jaad.2009.09.017.
20. Ribeiro RVE. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2017; 41 (4): 964-970. doi. 10.1007/s00266-017-0869-0.
21. Galarza F, Yamada G. Labor market discrimination in Lima, Peru: Evidence from a field experiment. *World Development*. 2014; 58: 83-94. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.01.003>.
22. Brohede S, Wijma K. Validation of the body dysmorphic disorder questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psy Res* 2013; 667-652. doi. 10.1016/j.psychres.2013.07.019.
23. Thanveer F, Khunger N. Screening for body dysmorphic disorder in a dermatology outpatient setting at a tertiary care centre. *J Cutan Aesthet Surg* 2016; 9 (3):188-191. doi. 10.4103/0974-2077.191649.
24. Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry* 2003; 44 (5):415-9. doi. 10.1016/S0010-440X(03)00102-0.
25. Dalgard FJ, Svensson A, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. Dermatologists across Europe underestimate depression and social anxiety. *Br J Dermatol* 2017. doi. 10.1111/bjd.16250.
26. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2005; 2 (4): 401-405. doi. 10.1016/j.bodyim.2005.10.003.
27. 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* 2008; 8 (20).
28. 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.

### AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**. Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

