

El paciente de dermatología estética: factores psicológicos



M. Covadonga Martínez-González
Especialista en dermatología
médico-quirúrgica y venereología.
Consulta privada.
Oviedo (Asturias).



Aurora Guerra-Tapia
Profesora titular de Dermatología.
Facultad de Medicina.
Universidad Complutense
de Madrid.
Exjefa de la Sección
de Dermatología.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.
Codirectora del Máster
en Dermofarmacia
y Formulación Cosmética.
Universidad Internacional
de La Rioja (UNIR).



Elena González-Guerra
Profesora asociada
de Dermatología.
Facultad de Medicina.
Universidad Complutense
de Madrid.
Médico adjunto.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Clínico
San Carlos. Madrid.
Directora del Máster
en Dermofarmacia
y Formulación Cosmética.
Universidad Internacional
de La Rioja (UNIR).

RESUMEN

La piel es el principal elemento que forma parte de la imagen corporal. La dermatología estética se ocupa del cuidado de la piel —higiene, apariencia y protección—, fomentando la salud y el bienestar de los individuos. Uno de los factores psicológicos fundamentales en el paciente estético se corresponde con las motivaciones internas, que solo pretenden un cambio en su cuerpo, y las motivaciones externas, que esperan también un cambio en sus vidas y en sus relaciones sociales. Es esencial la confianza en el especialista, que a veces surge, precisamente, de la publicidad en los medios de comunicación. Por otra parte, hay que tener en cuenta los trastornos de la personalidad con mayor riesgo de insatisfacción, como la personalidad narcisista e histriónica o el trastorno dismorfofóbico corporal. En general, las mujeres valoran de manera más positiva el potencial de sus tratamientos para contribuir a su bienestar personal, así como las personas mayores, que conceden más importancia al aspecto estético de su piel para seguir sintiéndose jóvenes.

Palabras clave: dermatología estética, imagen corporal, motivación, personalidad, trastorno dismórfico corporal, dermatólogo, belleza, piel sana.

SUMMARY

The skin is the main element that is part of the body image. Aesthetic dermatology deals with skin care —hygiene, appearance and protection— promoting the health and well-being of individuals. One of the fundamental psychological factors in the aesthetic patient corresponds to the internal motivations that only seek a change in their body, and the external motivations, which also expect a change in their lives and in their social relationships. Trust in the specialist is essential, which sometimes arises precisely from advertising in the media. On the other hand, it is necessary to take into account the personality disorders with a higher risk of dissatisfaction such as narcissistic and histrionic

personality, or body dysmorphic disorder. In general, women value more positively the potential of their treatments to contribute to their personal well-being, as well as older people, who attach more importance to the aesthetic aspect of their skin to continue feeling young.

Key words: aesthetic dermatology, body image, motivation, personality, body dysmorphic disorder, dermatologist, beauty, healthy skin.

«La dermatología estética es la parte de la dermatología médica que se ocupa de mejorar el aspecto de la piel sana (textura, luminosidad, arrugas, manchas de la edad) y las consecuencias estéticas de problemas médicos (rojeces, manchas del embarazo, cicatrices). Para lograr estas mejoras, se usan técnicas médicas como: cosméticos (cremas y maquillajes médicos), *peelings*, rellenos inyectables para arrugas, láser y “bótox” o toxina botulínica».

(Texto explicativo sobre la subespecialidad que aparece en el cuestionario DEBIE — Dermatología Estética y Bienestar Emocional—, publicado y validado en 2014: Martínez-González *et al.*, 2014¹).

INTRODUCCIÓN: IMPORTANCIA DE LA PIEL EN LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación mental que hacen las personas sobre su cuerpo y sobre cómo aparece ante los otros. Está implicada en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima² y, por lo tanto, también en el bienestar emocional de las personas^{3,4}. Esta representación mental del cuerpo se conforma a lo largo de la vida a través del desarrollo físico, emocional, intelectual y social, y por las influencias socioculturales^{5,6}.

De todas las partes del cuerpo, la piel es el principal elemento que influye en nuestra apariencia, relacionándose, por lo tanto, íntimamente con la imagen corporal. Es un axioma que el buen aspecto de la piel forma parte de la lucha por la supervivencia y tiene suma importancia en la conquista del éxito social y laboral^{7,8}.

Obviamente, una piel sana tiene repercusiones positivas en la psique^{5,6}, mientras que una piel enferma o simplemente antiestética acarrea efectos negativos en la imagen corporal y, consecuentemente, en la autoestima y el bienestar emocional^{1,5,6,9-11}.

Tal vez por eso, en las últimas décadas, se ha producido un aumento espectacular en la demanda de técnicas y tratamientos estéticos^{1,10-12}, pasando a ser comunes los que antes se consideraban excepcionales o prohibidos¹³⁻¹⁵. Así, en Estados Unidos, el número total de procedimientos realizados desde 1997 hasta 2007 se incrementó en un 457 %³. Desde el año 2000, los procedimientos quirúrgicos aumentaron un 114 % frente al 754 % de los no quirúrgicos³. De forma similar ocurrió en España, donde la situación de crisis económica propició paradójicamente un aumento de la demanda de tratamientos de estética —especialmente, los de rejuvenecimiento facial— entre personas de todos los estratos sociales y de ambos sexos¹⁶.

Así pues, la dermatología estética, aquella rama de la dermatología que se ocupa del cuidado de la piel como parte de la belleza y la imagen de una persona —higiene, apariencia y protección—, contribuye a fomentar la salud y el bienestar de los individuos^{3,17,18}, y así lo percibe también la población general, según recientes estudios publicados^{1,10,11}.

Dado que la piel es el elemento más importante de la imagen corporal y de la autoestima, base del

bienestar emocional, los dermatólogos necesitamos conocimientos suficientes para atender holísticamente a los pacientes estéticos con cualquier enfermedad que se relaciona de una u otra forma con la mente —calidad de vida, repercusión psicológica, influencia del estrés en la patogenia de la dermatosis, alteración de la imagen corporal—, personalizando la atención tanto por sus necesidades físicas como psicológicas¹⁹⁻²¹.

REPERCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL

Aunque la mayoría de las investigaciones indican importantes niveles de satisfacción y resultados psicológicos favorables, incluidas las mejoras en la depresión y la ansiedad, en los pacientes de dermatología estética^{22,23}, existen múltiples cuestiones no dermatológicas que pueden influir en el mejor o peor resultado de un tratamiento estético: ¿las personas piensan que pueden aumentar su bienestar psicológico y emocional a través de los tratamientos de dermatología estética? ¿Se modifican estos hechos en función de variables sociodemográficas diversas como el sexo, la edad o los niveles educativos y profesionales, entre otros? ¿El estado psicológico emocional basal se relaciona con una mayor o menor percepción de los beneficios estéticos que va a recibir el paciente? ¿Qué factores de la personalidad pueden influir en los resultados?

Algunas publicaciones han arrojado luz sobre estas cuestiones fundamentales.

VALORACIÓN DE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA

Así, entre las investigaciones científicas que pretenden analizar la percepción y valoración de la dermatología estética, destacan los estudios realizados con el cuestionario DEBIE (Dermatología Estética y Bienestar Emocional) en la población general española (validado y publicado en el año 2014, en una muestra de 770 personas)^{1,10,11}, que examina ciertas dimensiones de la población ge-

neral tales como el optimismo, el afecto, la capacidad de relajación mental, la aceptación de uno mismo, la percepción de la salud y las funciones básicas, la preocupación por la estética cutánea, la percepción de la relación de la dermatología con la estética, la información sobre la dermatología estética, y la percepción de la eficacia de la dermatología estética, a través de 58 ítems. Entre sus resultados, sobresale el conocimiento de que casi la totalidad de la muestra analizada (90,8 %; N = 700) ha oído nombrar en alguna ocasión alguno de los siguientes tratamientos: cosmético, *peeling*, «bótox» o toxina botulínica, relleno de arrugas, mesoterapia, y rejuvenecimiento de la piel con láser. Cuando se pregunta de forma específica si se conoce la técnica y el uso concreto de cada uno de estos tratamientos, se observa que el relativo a cosméticos es reconocido por prácticamente el total de la muestra analizada (92,5 %; N = 712). Los resultados obtenidos en la población general —esto es, con piel sana— con el cuestionario DEBIE obtienen correlaciones significativas entre la percepción de buena salud y los factores de bienestar emocional del cuestionario: asertividad y autoestima, optimismo y motivación.

FACTORES PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE ESTÉTICO

Existe gran número de estudios motivacionales, de autoestima y de personalidad en pacientes estéticos en los que se enfatiza la importancia de conocer el estado psicológico con el objetivo de prever el éxito o fracaso terapéutico independientemente de la técnica empleada¹³.

Los factores psicológicos fundamentales en el paciente estético son los que se describen a continuación.

Motivación

Interna

Los pacientes con motivaciones internas —que solo pretenden un cambio en su cuerpo—, los más frecuentes según Grossbart y Sarwer²⁴, están gene-

ralmente más implicados con el cambio físico y suelen estar satisfechos con el resultado.

Externa

Los pacientes con motivaciones externas^{25,26}, estos, que esperan no solo un cambio en su cuerpo, sino también en sus vidas y en sus relaciones sociales, normalmente para complacer a otros, estarán insatisfechos con el resultado si su vida no cambia como ellos se imaginaban tras el procedimiento.

Sociocultural

Esta motivación se origina fundamentalmente en la influencia de los medios de comunicación^{5,14,15}. A través de los años, las ideas culturales de la belleza han cambiado: desde figuras voluptuosas como la de Marilyn Monroe en la década de 1950, hasta la delgadez extrema o los cuerpos musculosos de la actualidad. Según esta teoría, a través de la televisión, internet, prensa e imágenes publicitarias que bombardean las calles y edificios, se transmite la idea de que con una imagen más atractiva las personas tendrán ventajas y tratos más favorables y preferenciales en la sociedad que aquellas menos atractivas²⁷. Así, la posibilidad de mejorar las interacciones sociales puede ser ciertamente la motivación de muchos para someterse a tratamientos estéticos-cosméticos, aun con ciertas desventajas como las posibles complicaciones médicas y el coste.

Confianza en el especialista

El comentado ya previamente cuestionario DEBIE¹ ha encontrado que la población general concibe al dermatólogo como el médico especialista idóneo en tratamientos de estética médica cutánea, y el 89,8% de la muestra (N = 691) respondió que acudiría a un dermatólogo en caso de plantearse realizar un tratamiento estético en su piel. Con este resultado, cabe intuir que, si se divulgase más ampliamente que los dermatólogos realizan tratamientos estéticos, probablemente acudirían más a este especialista con este fin. Hoy en día, son muchos los individuos que acuden a centros no

dermatológicos, puesto que quizás es donde más se publicitan dichos tratamientos^{28,29}.

Psicopatología

El estado de salud psicológica basal es fundamental para obtener los mejores resultados estéticos. Se deben considerar prioritariamente los siguientes.

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad con mayor riesgo de insatisfacción y deterioro del bienestar emocional son³⁰⁻³²:

- Personalidad narcisista: aquella que tiene complacencia excesiva en las propias facultades físicas o psíquicas y necesidad de autovaloración, de elevar la propia estimación y gozar de prestigio.
- Personalidad histriónica: aquella caracterizada por cambios emocionales bruscos, sugestionabilidad y teatralidad.

Trastorno dismorfofóbico corporal

Los criterios diagnósticos del trastorno dismorfofóbico corporal según la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* incluyen³³⁻³⁵:

- a) Preocupación por un defecto en la apariencia física. El defecto es imaginario o, si realmente existe, es amplificado por el paciente.
- b) La preocupación causa estrés clínicamente significativo, deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- c) La preocupación no es mejor explicada por otro trastorno mental, como la insatisfacción por la forma y tamaño del cuerpo como ocurre en la anorexia nerviosa.

Estos aspectos han sido analizados desde teorías psicológicas/psicopatológicas; Castle *et al.*³¹ y Metules³⁶ sostienen que hasta en un 10-15% de todos los pacientes estéticos subyacería un trastorno dismorfofóbico corporal, datos semejantes a los que apoyan Grant y Phillips³⁷.

Una herramienta para detectar una posible psicopatología es el test SAFE³⁸, acrónimo de S: *self-evaluation of attractiveness* (autoevaluación por el paciente de su atractivo, estando atentos al posible compromiso de su autoimagen o autoconcepto); A: ansiedad (indagando ante un posible síndrome de ansiedad generalizada); F: *fear* (miedos o preocupaciones, detectando la preocupación del paciente y viendo si está enmascarando miedos o temores subyacentes); y E: expectativas (realistas o no realistas, en cuanto a los posibles cambios vitales y sociales que espera tras el procedimiento).

Sexo

Femenino

Con respecto al sexo^{1,10,11,39} (fig. 1), cabe concluir que las mujeres perciben más que los hombres que los resultados de la dermatología estética les pue-

den ayudar a sentirse más seguras, más optimistas y mejor consigo mismas. Esto puede contribuir a pensar que las consultas de dermatología estética serán más frecuentadas por las mujeres que por los hombres. Puede tener su causa tanto en factores socioeducativos diferenciales sobre la mujer y el hombre (importancia de la belleza, el sentirse guapa, etc.), como en los medios publicitarios transmisores de la idea de que la dermatología estética ayuda a conseguir el bienestar personal a través de la belleza, que suelen estar más dirigidos a las mujeres que a los hombres. También se ha encontrado que las mujeres con una imagen más adecuada y positiva de sí mismas tienen mayor conocimiento sobre dermatología estética que las restantes mujeres, y valoran de manera más positiva el potencial de sus tratamientos para contribuir a su bienestar personal (fig. 2)^{1,10,11}.

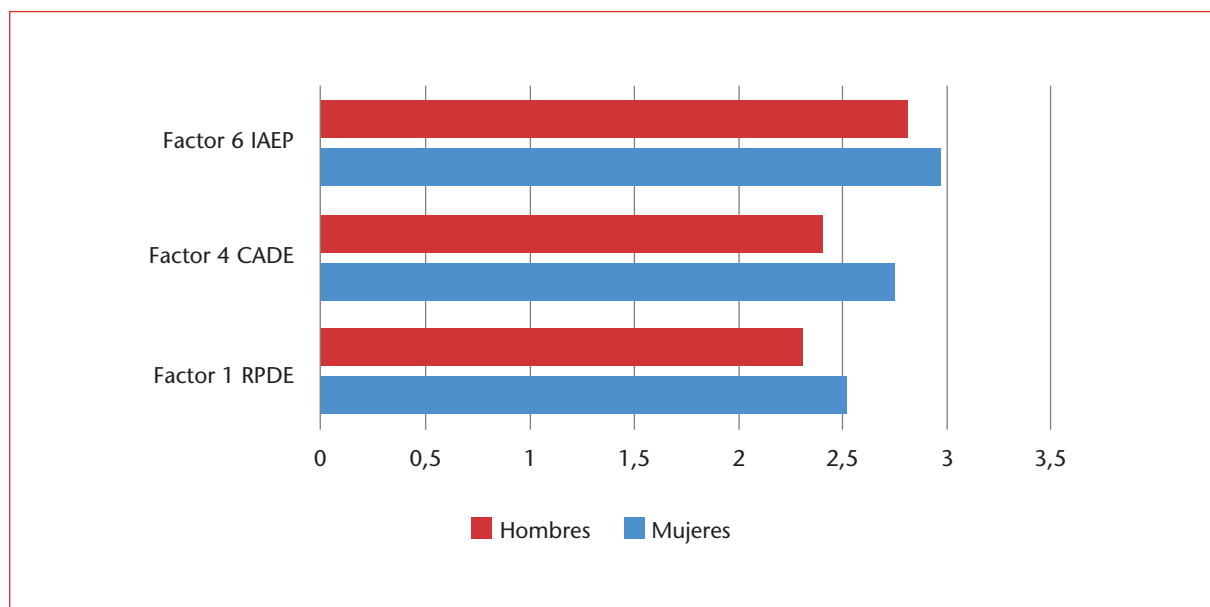


Figura 1. Diferencias en los factores de dermatología estética (importancia, conocimiento y percepción de esta) en función del sexo.*

*Obtenido de estudios realizados con el cuestionario DEBIE¹: las mujeres perciben significativamente más que los hombres los efectos positivos de la dermatología estética (RPDE) (factor 1) ($t_{(705)} = 3,43$; $p = 0,001$), tienen más información y una actitud más favorable hacia ella (CADE) (factor 4) ($t_{(692)} = 6,32$; $p = 0,000$), y le dan más importancia al aspecto estético de la piel (IAEP) (factor 6) ($t_{(730)} = 3,22$; $p = 0,001$). Las mujeres están más preocupadas que los hombres por el aspecto estético de la piel, conocen más la dermatología estética y sus tratamientos y tienen una actitud más positiva que ellos hacia estos.

CADE: conocimiento y actitud hacia la dermatología estética; DEBIE: Dermatología Estética y Bienestar Emocional; IAEP: importancia del aspecto estético de la piel; p : nivel de significación estadística; RPDE: resultados percibidos de la dermatología estética; t : distribución de la t de Student.

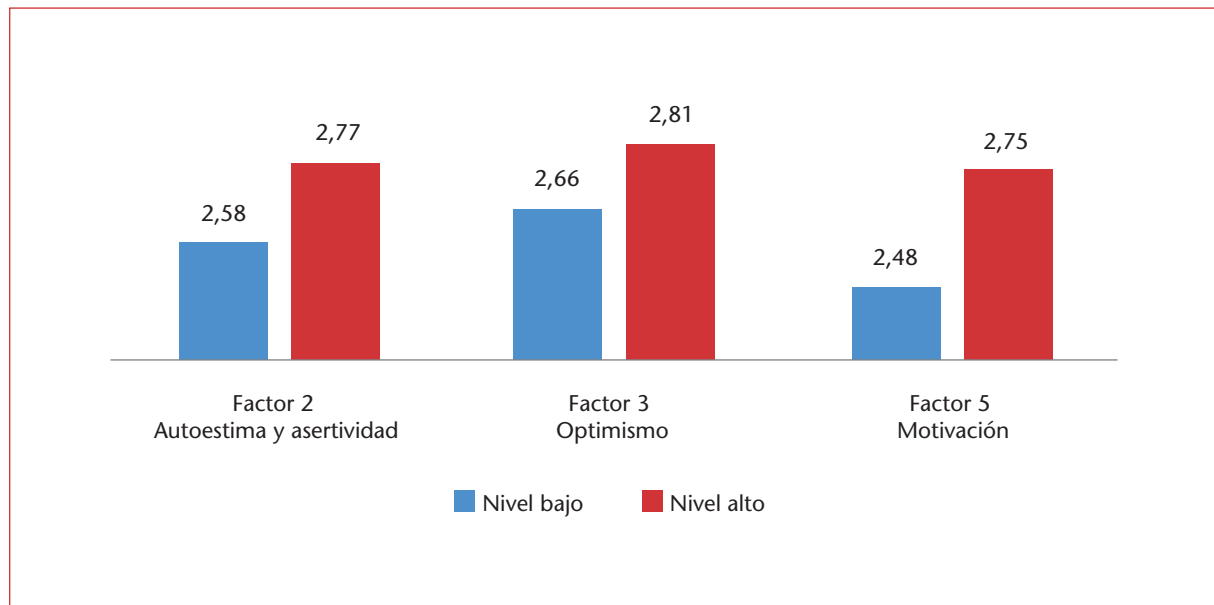


Figura 2. Diferencias de medias entre las mujeres de la población general respecto a su conocimiento de la dermatología estética y la actitud positiva hacia ella según su nivel de bienestar emocional, medido este en función de su autoestima y asertividad, su optimismo y su motivación en la vida.*

*Obtenido de estudios realizados con el cuestionario DEBIE (Dermatología Estética y Bienestar Emocional)^{1,11}: a mayores niveles de bienestar emocional, mayor conocimiento de la dermatología estética y actitud más positiva hacia ella.

Masculino

Los hombres, por su parte, no se diferencian sustancialmente entre ellos, sea cual sea su nivel de autoestima, asertividad, optimismo y motivación, en la importancia que dan al aspecto estético de su piel, en el conocimiento y actitud que tienen sobre la dermatología estética, ni en los resultados que perciben en sus tratamientos^{1,10,11}.

Como implicaciones prácticas de estos resultados, los profesionales de la dermatología estética podrían esperar en sus consultas una mayor afluencia de mujeres que de hombres. Ellas, a pesar de contar ya con un grado de autoestima y seguridad personal, optimismo y motivación adecuado, buscarían, más que los hombres, reforzar dichas características con los tratamientos estéticos. Conocer de antemano estas características de los usuarios de la dermatología estética podrá facilitar a sus profesionales la adaptación no solo de sus procesos técnicos de intervención clínica, sino

también de los procesos de interacción y comunicación social.

Edad

Considerando la edad (fig. 3), según el cuestionario DEBIE^{1,10,11}, las personas mayores son las que perciben más aspectos positivos en la dermatología estética. Conceden más importancia al aspecto estético de su piel por su contribución a su bienestar personal, tal vez para seguir sintiéndose jóvenes (fig. 4), para mejorar sus relaciones profesionales (fig. 5) o quizás por valorar de una manera positiva estos tratamientos como coadyuvantes de sus problemas de salud derivados de su mayor longevidad. Como implicaciones prácticas de este resultado, cabe sugerir que las personas de edad que acuden a las consultas de dermatología estética serán personas motivadas por cuidar su piel y por cuidarse a sí mismas, lo que puede facilitar la práctica profesional del dermatólogo en esta especialidad.

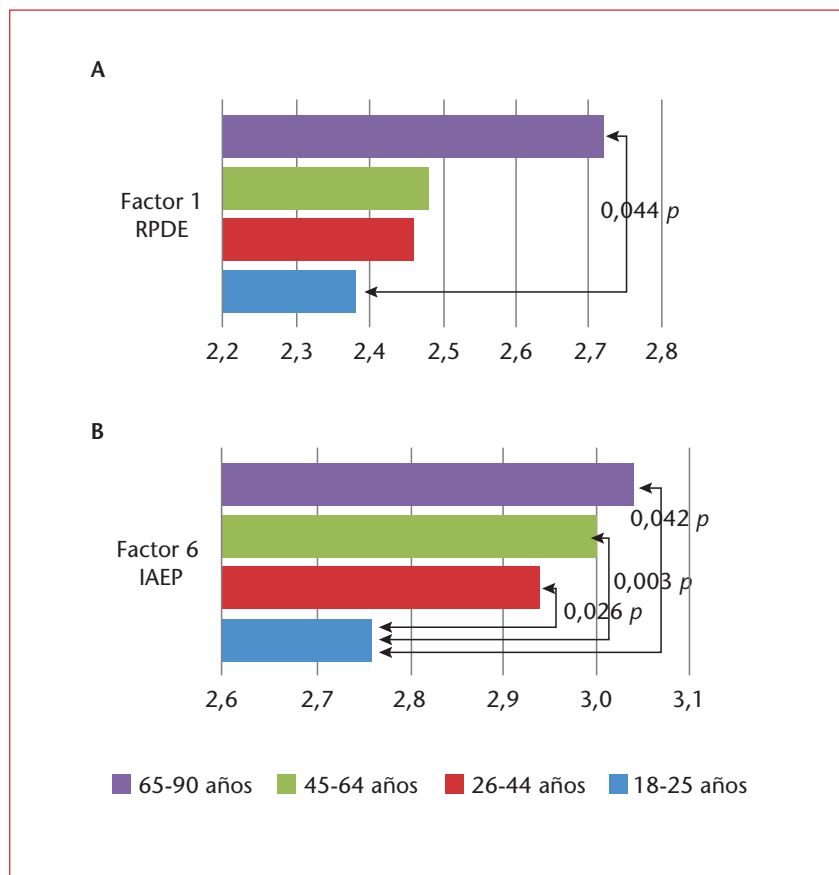


Figura 3. Diferencias significativas de las medias en los resultados percibidos de la dermatología estética en función de la edad (A) y diferencias significativas de las medias en la importancia del aspecto estético de la piel en función de la edad (B).*

*Obtenido de estudios realizados con el cuestionario DEBIE^{1,11}: el grupo de más edad, entre 65 y 90 años, percibe más efectos positivos de la dermatología estética que los restantes y, junto con el grupo de edad de 26 a 44 años y de 45 a 64 años, conceden más importancia al aspecto estético de la piel, en comparación con el grupo de edad más joven, entre 18 y 25 años.

DEBIE: Dermatología Estética y Bienestar Emocional; IAEP: importancia del aspecto estético de la piel; p: nivel de significación estadística; RPDE: resultados percibidos de la dermatología estética.



Figura 4. A) paciente de 74 años previamente al tratamiento con hilos tensores del perfil del tercio inferior de la cara. Deseaba armonizar mediante varias técnicas (esta es una de ellas) su aspecto con su actitud mental, activa y joven. B) La paciente momentos después de la inserción de hilos tensores en el tercio inferior de la cara. La mejoría es evidente, y aumentará semanas después.



Figura 5. Paciente de 65 años que deseaba aflojar las arrugas del entrecejo y subir las cejas para disminuir el párpado superior redundante, antes y después de la inyección de toxina botulínica.

Paciente nuevo o antiguo

Según los estudios del cuestionario DEBIE^{1,10,11}, las personas que han sido pacientes de dermatología por alguna enfermedad son más conscientes de la importancia de cuidar su piel y de mantener unos hábitos saludables que las personas que no han sido pacientes de esta especialidad (diferencias estadísticamente significativas), y seguramente esto les lleva a pensar que la dermatología estética puede contribuir también a su bienestar personal y calidad de vida⁴⁰, ya que significativamente perciben más efectos positivos, tienen más información y una actitud más favorable hacia ella en comparación con aquellas personas que nunca han

sido pacientes de dermatología⁴¹ (fig. 6). El hecho de conocer de cerca como pacientes la dermatología y tener buena experiencia en sus tratamientos influye positivamente en la actitud que desarrollan hacia la dermatología estética. Como implicaciones prácticas de este resultado, cabe sugerir que los dermatólogos tendrán más facilidad para trabajar con pacientes que hayan tenido experiencias previas positivas en las consultas de dermatología⁴².

CONCLUSIONES

De las revisiones efectuadas en la literatura científica acerca de los factores psicológicos de los



Figura 6. Varón de 45 años, antiguo paciente por padecer dermatitis atópica, antes e inmediatamente después de infiltrar con ácido hialurónico la arruga de la mejilla y los surcos nasogenianos.

pacientes estéticos, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La piel es el elemento más importante en la constitución de la imagen corporal y de la autoestima, base del bienestar emocional.
- La dermatología estética repercute en el bienestar emocional tanto en individuos sanos como con enfermedad cutánea.
- La población general relaciona la percepción de buena salud y los factores de bienestar emocional como asertividad y autoestima, optimismo y motivación con una piel estética y los tratamientos que llevan a ella (dermatología estética).
- Las motivaciones del paciente para acudir a tratamientos estéticos pueden ser internas (mayor satisfacción), externas (menos satisfacción) y socioculturales (satisfacción variable).
- El dermatólogo es el especialista más valorado en los tratamientos de dermatología estética por la población general.
- La personalidad narcisista, la histriónica y el trastorno dismorfofóbico corporal son las psicopatologías que influyen extraordinariamente en los resultados y satisfacción del paciente estético.
- Las mujeres perciben más que los hombres que los resultados de la dermatología estética les pueden ayudar a sentirse más seguras, más optimistas y mejor consigo mismas.
- Las personas de más edad son las que perciben más aspectos positivos en la dermatología estética y le conceden más importancia al aspecto estético de su piel por su contribución a su bienestar personal.
- Las personas que han sido pacientes de dermatología por alguna enfermedad tienen una actitud más positiva hacia la dermatología estética y la mejora de su bienestar personal con los tratamientos.
- El conocimiento de todos estos factores mejorará la atención y la satisfacción en las consultas de dermatología estética, tanto en los profesionales como en la población asistida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-González MC, Martínez-González RA, Guerra-Tapia A. Aesthetic dermatology and emotional well-being questionnaire. *J Cosmet Dermatol*. 2014;13(4):336-45.
2. Goleman D, Boyatzis RE, McKee A. *Primal leadership: realizing the power of emotional intelligence*. Brighton: Harvard Business School Press; 2002.
3. Sadick NS. The impact of cosmetic interventions on quality of life. *Dermatol Online J*. 2008;14(8):2.
4. Battie C, Verschoore M. Dermatology, cosmetic and well-being. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138(4):294-301.
5. González Fernández O. La presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico: naturaleza, medida y variabilidad [tesis doctoral]. Vitoria-Gasteiz: Universidad del País Vasco; 2011.
6. Martínez González RA. Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. Madrid: Dirección General de Política Social de las Familias y de la Infancia, Secretaría General de Política Social y Consumo, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
7. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Analysis of the reasons for consultation and dermatology care cost in a primary care site. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(9):569-72.
8. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med*. 2011;4:63-72.
9. Potocka A, Turczyn-Jablońska K, Merecz D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2009;18(2):53-8, 60, 62.
10. Martínez-González MC, Martínez-González RA, Guerra-Tapia A. Esthetic dermatology and emotional well-being according to gender. *J Cosmet Dermatol*. 2018;17(3):410-6.
11. Martínez-González MC. Percepción de la población general sobre la dermatología estética y su contribución al bienestar emocional [tesis doctoral; dirección: Guerra-Tapia A, Martínez-González RA]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/33347/1/T36448.pdf>
12. Tierney EP, Hanke CW. Recent trends in cosmetic and surgical procedure volumes in dermatology surgery. *Dermatol Surg*. 2009;35(9):1324-33.
13. Jonzon K. Cosmetic medical treatments: why are we so obsessed with beauty- is nature or nurture? *Plast Surg Nurs*. 2009;29(4):222-5; quiz 226-7.
14. De Oliveira Monteiro E, Baumann L, Welsh E, Kaufman J. Cosmetic dermatology: beyond the beauty. *Cosmet Dermatol*. 2006;19(4):287-9.
15. Polonijo AN, Carpiano RM. Representations of cosmetic surgery and emotional health in women's magazines in Canada. *Womens Health Issues*. 2008;18(6):463-70.
16. Redacción de Webconsultas. Aumenta la demanda de tratamientos de estética. Webconsultas. 2012. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/noticias/belleza-y-bienestar/aumenta-la-demanda-de-tratamientos-de-estetica>
17. Markey AC. Dermatologists and cosmetic surgery--a personal view of regulation and training issues. *Clin Exp Dermatol*. 2004;29(6):690-2.
18. Guerra-Tapia A, García del Cañizo C, González-Guerra E. Cosméticos y cosmecéuticos: definición, formulación y evaluación de la eficacia y seguridad. *Monogr Dermatol*. 2012;25(1):5-10.

19. Guerra-Tapia A, Lleonart M, Balaña M. Observational study to evaluate the impact of an educational/informative intervention in the emotional status (anxiety) of patients with atopic dermatitis (CUIDA-DEL). *Actas Dermosifiliogr*. 2007; 98(4):250-8.
20. Guerra-Tapia E, González-Guerra E. Las emociones como agentes patógenos. En: Guerra-Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: entre la mente y la piel*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2008. p. 13-8.
21. Finn JC, Cox SE, Earl ML. Social implications of hyperfunctional facial lines. *Dermatol Surg*. 2003;29(5):450-5.
22. Hexsel D, Brum C, Siega C, Schilling-Souza J, Dal'Forno T, Heckmann M, et al. Evaluation of self-esteem and depression symptoms in depressed and nondepressed subjects treated with onabotulinumtoxinA for glabellar lines. *Dermatol Surg*. 2013;39(7):1088-96.
23. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q satisfaction with appearance scale: a new patient-reported outcome instrument for facial aesthetic patients. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):249-60.
24. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg*. 2003;22(2):136-47.
25. Orringer JS, Helfrich YS, Hamilton T, Friedman C, Johnson TM, Sachs DL. Prevalence of psychotropic medication use among cosmetic and medical dermatology patients: a comparative study. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(3):416-9.
26. Grossbart TA, Sarwer DB. Cosmetic surgery: surgical tools—psychosocial goals. *Semin Cutan Med Surg*. 1999;18(2):101-11.
27. Weeden J, Sabini J. Physical attractiveness and health in Western societies: a review. *Psychol Bull*. 2005;131(5):635-53.
28. Housman TS, Hancox JG, Mir MR, Camacho F, Fleischer AB Jr, Feldman SR, et al. What specialties perform the most common outpatient cosmetic procedures in the United States? *Dermatol Surg*. 2008;34(1):1-7; discussion 8.
29. Chung V, Alexander H, Pavlis M, Alexander M, Veledar E, Washington CV, et al. The public's perception of dermatologists as surgeons. *Dermatol Surg*. 2011;37(3):295-300.
30. Osman OT, Mufaddel A, Almugaddam F, Augusterfer EF. The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Rev Dermatol*. 2011;6(2):195-209.
31. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol*. 2004;3(2):99-103.
32. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg*. 2008;32(3):473-84.
33. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004;3(1):12-7.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.^a ed. Text Revision. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
35. Morales-Raya C, Tous Romero F, González-Guerra E, Guerra-Tapia A. Trastorno dismórfico corporal. *Monogr Dermatol*. 2015;28:95-100.
36. Metules T. Cosmetic surgery: is it really right for your patient? *RN*. 2005;68(3):32ac1-5; quiz 32ac6.
37. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17(4):205-10.
38. Lawell S, Lewis CM. SAFE: a practical guide to psychological factors in selecting patients for facial cosmetic surgery. *Ann Plast Surg*. 1984;12(3):256-9.
39. Stephen ID, Perera ATM. Judging the difference between attractiveness and health: does exposure to model images influence the judgments made by men and women? *PLoS One*. 2014;9(1):e86302.
40. Guerra-Tapia A, González-Guerra E. Calidad de vida en dermatología. Sistemas de medición. En: Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: de la piel a la mente*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2009. p. 13-24.
41. López-Martín S, Galera-Martin C, Guerra-Tapia A. Ethics in dermatology: toward a new paradigm. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(6):480-7.
42. Pedraz J, González-Guerra E. Aesthetic dermatology. *Acta Derm Venereol*. 2011;91(2):232.