

ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 06/04/2017. Aceptado: 17/05/2017

EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y LA DISFORIA DE GÉNERO. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

BODY DYSMORPHIC DISORDER AND GENDER DYSPHORIA. THERAPEUTIC IMPLICATIONS

M. Fernández Rodríguez¹, S. Benito Nogueiro², N. Martínez Menéndez³, P. Guerra Mora³

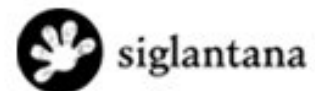
¹Psicóloga Clínica y Doctora en psicología. Centro de Salud Mental I (CSMI) "La Magdalena" (Área sanitaria III) y Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA). Hospital San Agustín de Avilés.

²Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en Hospital San Agustín.

³Psicólogo Interno Residente en Hospital San Agustín (Área sanitaria III)

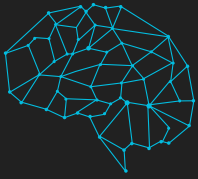
Correspondencia: María Fernández Rodríguez. Centro de Salud Mental I "La Magdalena". C/ Valdés Salas, nº 4 33400 Avilés · Asturias.
Telf.: 985549219. Email: maria.fernandezr@sespa.es

Declaración de Conflicto de intereses: Las autoras declaran que el trabajo "El trastorno dismórfico corporal y la disforia de género. Implicaciones terapéuticas" ha sido diseñado y redactado por los autores sin conflicto de intereses financieros ni de otra índole.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)2:34-41.



RESUMEN

En este estudio se desarrolla el trastorno dismórfico corporal a través de la historia y de las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM y CIE), y se realiza una contextualización de la disforia de género. El Trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia se define como la preocupación excesiva por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física de una persona, que provoca un deterioro en la calidad de vida. La disforia de género hace referencia a la incongruencia que se siente entre el género asignado al nacer y el género que siente o expresa como propio. Tanto las personas que presentan un trastorno dismórfico corporal como disforia de género, suelen realizar demandas de intervenciones médico-quirúrgicas. El dilema se plantea cuando ambas entidades coexisten. Mientras que estas intervenciones dan buenos resultados en personas con disforia de género, estarían claramente contraindicadas en el trastorno dismórfico corporal. En este último caso, las operaciones parecen aumentar el malestar previo.

Palabras clave: disforia de género; trastorno dismórfico corporal; dismorfofobia; intervenciones quirúrgicas.

ABSTRACT

In this study body dysmorphic disorder throughout history and international diagnostic classifications (DSM and ICD) is developed a contextualization of gender dysphoria and performs. Body dysmorphic disorder or dysmorphobia is defined as a excessive worry about a minimal or imaginary defect in the physical appearance of a person, which causes a deterioration in the quality of life. Gender dysphoria refers the incongruity between the gender assigned at birth and the gender felt or expressed as own. Both people with a body dysmorphic disorder and gender dysphoria often make demands for medical surgical interventions. The dilemma arises when both entities coexist. While these interventions give good results in people with gender dysphoria, they would be clearly contraindicated in body dysmorphic disorder. On this last case, the operations seem to increase the previous discomfort.

Key words: Gender dysphoria; Body dysmorphic disorder; Dysmorphophobia; Surgical interventions.

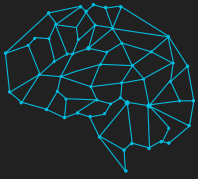
LA DISMORFOFOBIA O TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El Trastorno dismórfico corporal (TDC) o dismorfofobia se define como la preocupación excesiva y desmesurada por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física de una persona, lo que le provoca un deterioro en su calidad de vida que le insta a demandar distintos tratamientos médicos o quirúrgicos (Sandoval, García-Huidobro y Pérez-Cotapos, 2009). Etimológicamente proviene de la palabra griega *dysmorphia*, que significa malformación o alteración de la forma.

La dismorfofobia aparece por primera vez en la literatura médica en 1891, cuando el psiquiatra italiano Enrico Morselli la describe como la aparición repentina y persistente de una idea de deformidad corporal (Morselli, 1891). Este autor

describió criterios que permitían hacer un diagnóstico diferencial entre la dismorfofobia, la hipocondría y la melancolía. Consideró que, en la dismorfofobia, a diferencia de los otros cuadros clínicos, el paciente presenta conciencia de enfermedad, pudiendo esta desvanecerse a lo largo del tiempo para dar lugar a una paranoia verdadera o a una auténtica melancolía (Carbone y Piazze, 2009).

En la novena Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9, WHO, 1978a), el trastorno corporal dismórfico se recoge dentro de la hipocondría, una entidad paralela a los trastornos somatomorfos. En la CIE-10 (WHO, 1992) ya se incluye dentro de los trastornos somatomorfos, sin embargo, tampoco tiene apartado propio, continúa dentro del trastorno hipocondríaco. Por tanto, los criterios diagnósticos son aplicables tanto a la hipocondría como al TDC.



La dismorfofobia, al igual que el transexualismo, se introduce por primera vez en la Clasificación Internacional de la Asociación Psiquiátrica en 1980 con el DSM-III (APA, 1980). En el DSM-III no constan criterios diagnósticos específicos para la dismorfofobia y es mencionado como un ejemplo dentro del trastorno somatomorfo atípico. Este manual lo define como "una preocupación por un defecto imaginario de la apariencia física que está fuera de proporción con cualquier anomalía física que pudiera existir". Será en la versión revisada de este manual, en el DSM-III-R (APA, 1987), donde se introduce un cambio terminológico: dismorfofobia por trastorno dismórfico corporal, subgrupo de los trastornos somatomorfos. Es decir, ya tiene un apartado propio dentro de la sección de los trastornos somatomorfos.

En el DSM-IV (APA, 1994) y en su versión revisada (DSM-IV-TR) (APA, 2002), el TDC se mantiene dentro de los trastornos somatomorfos, al mismo nivel que otros trastornos, como la hipocondría. Este trastorno es definido en el DSM-IV como la preocupación por algún defecto en el aspecto físico que puede ser imaginario o existente, siendo en este último caso una preocupación claramente excesiva (criterio A). Este manual hace algunos cambios respecto al DSM-III-R. Añade como criterio diagnóstico, que "la preocupación debe provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo" (criterio B). Además, diferencia el TDC de las preocupaciones normales sobre el aspecto físico y establece en el diagnóstico diferencial, que no debe ser diagnosticado este trastorno si la preocupación se explica mejor por la presencia de un trastorno mental, como puede ser la anorexia nerviosa o el trastorno de identidad de género (criterio C). Por tanto, se comienza a establecer la posible conexión entre el TDC y los trastornos de identidad de género. Así, no debe realizarse un diagnóstico de TDC si las preocupaciones se limitan al malestar o sensación de inadecuación por las características sexuales primarias y secundarias.

Respecto a sus versiones predecesoras, el DSM-V (APA, 2013) ofrece cambios significativos. Incluye el TDC en la sección de los trastornos obsesivos-compulsivos y trastornos relacionados. Históricamente, la dismorfofobia fue relacionada con conductas obsesivo-compulsivas. Morselli (1981) la describe como un síndrome caracterizado por el temor obsesivo a la propia deformidad corporal, con angustia concomitante, al que le siguen impulsos irresistibles por controlar el estado del cuerpo y alivio subsiguiente, todo ello con

conciencia del estado mórbido. Otros clínicos, como Janet (1903), Kraepelin (1909) o López-Ibor (1974, 1979), también consideraron a la dismorfofobia como un síntoma del espectro obsesivo. El TDC, antes de ser incluido en el DSM-5 dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, ya se asociaba en el DSM-IV y DSM-IV-TR con el trastorno obsesivo-compulsivo. Es habitual la comorbilidad entre ambos trastornos (Salaberría, Borda, Amor y Echeburúa, 2000; Frare, Perugi, Ruffolo y Toni, 2004; APA, 2013), por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial. En el TDC las preocupaciones y los comportamientos se centran solo en la apariencia física y al contrario que la primera impresión de Morselli, en la escasa conciencia de enfermedad (APA, 2013).

El DSM-V (APA, 2013) define el TDC como "la preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas" (criterio A). También introduce como criterio B que "en algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (como mirarse al espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (como comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto". Asimismo, en los diagnósticos diferenciales, hace alusión de forma más explícita a la disforia de género. Plantea que no debe diagnosticarse el TDC si la preocupación se limita a molestias o al deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias en una persona con malestar sobre su género (Tabla I).

DISFORIA DE GÉNERO

La disforia de género, el trastorno de identidad de género y el transexualismo han sido utilizados históricamente como términos sinónimos. La séptima y última versión de los estándares de cuidados para la salud de las personas transexuales, transgénero y con disconformidad de género, de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH, 2011) adopta un enfoque que supera el dismorfismo sexual y de género (Fernández-Rodríguez, Guerra-Mora y García-Vega, 2014). Definen la disforia de género como el malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que se le ha asignado al nacer (así como el rol de género y/o las características sexuales primarias y secundarias asociados).

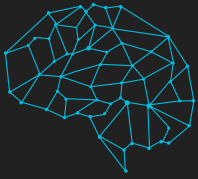


TABLA I. Evolución del Trastorno dismórfico corporal en las clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM y CIE)

CIE-9	1978	Denominado Trastorno corporal dismórfico e incluido dentro de hipocondría, una entidad paralela a los trastornos somatomorfos
DSM-III	1980	La dismorfofobia es introducida por primera vez en el DSM como un ejemplo del trastorno somatomorfo atípico
DSM-III-R	1987	El término dismorfofobia es sustituido por el de trastorno dismórfico corporal y cuenta con un apartado propio dentro de la sección de los trastornos somatomorfos
CIE-10	1992	El trastorno corporal dismórfico o dismorfofobia está incluido dentro de la hipocondría en el apartado de los trastornos somatomorfos
DSM-IV DSM-IV-TR	1994 2000	El TDC se mantiene dentro de los trastornos somatomorfos, al mismo nivel que otros trastornos como la hipocondría
DSM-V	2013	Inclusión del TDC en el grupo de los Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados

El transexualismo se introduce por primera vez en las clasificaciones diagnósticas internacionales en la novena edición de la CIE (WHO, 1978a) y en la nomenclatura oficial de la APA en 1980. Por tanto, los trastornos de identidad de género tienen entidad propia desde el mismo momento en que aparece el diagnóstico de transexualismo en las clasificaciones diagnósticas (Fernández-Rodríguez y García-Vega-2012). En la modificación clínica de la CIE-9 (WHO, 1978b) aparece el término de transexualismo y se incluye dentro de los trastornos sexuales y de la identidad sexual. La versión posterior, la CIE-10 (WHO, 1992), mantiene el término "transexualismo" y lo define como "el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido".

En el DSM-III (APA, 1980), los trastornos de identidad de género son incluidos en el grupo denominado trastornos psicosexuales. El transexualismo es definido como "una sensación persistente de incomodidad, la inconveniencia con el sexo anatómico propio y un deseo persistente para librarse de los genitales propios y vivir como un miembro del otro sexo". La versión revisada de este manual (APA, 1987) mantiene el término de transexualismo y en el DSM-IV (APA, 1994) lo sustituye por trastorno de identidad de género. El DSM-IV-TR (APA, 2002) define el término trastorno de identidad de género como una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el

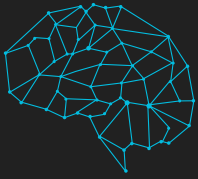
propio sexo. Este manual, por primera vez hace referencia a la disforia de género en la parte introductoria.

El DSM-V (APA, 2013), en un intento de despatologización, elimina el término "trastorno". Reemplaza el Trastorno de identidad de género por el de Disforia de género. Este concepto ya había sido descrito por el psiquiatra Fisk (1974), quien lo define como una insatisfacción o malestar con el género, entendido este como un conjunto de factores biológicos, psicológicos y psicosociales. Así, el DSM-V describe la disforia de género como una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y el que se le asigna al nacer. En el capítulo dedicado a la disforia de género, el DSM-V, plantea por primera vez en el diagnóstico diferencial que la DG y el TDC pueden coexistir: "Cuando la presentación en el sujeto cumpla los criterios de la disforia de género y del trastorno dismórfico corporal, se deben realizar ambos diagnósticos".

DISFORIA DE GÉNERO Y TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Uno de los principales trastornos con los que podría confundirse la DG es el TDC (Asenjo-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011). Las áreas del cuerpo más implicadas en el TDC suelen estar dentro de la cara (nariz, pelo, orejas, etc.) (Conejo-García, Moreno-Pinilla, Crespo-Hervás y Saiz-Ruiz, 2006), aunque también pueden hacer alusión a otras partes del cuerpo incluyendo las mamas y los genitales, características propias de la identidad sexual (Misticone, 2007).

Las personas con TDC presentan distintos grados de preocupación, malestar y angustia con alguna parte de su as-



pecto físico. Esta insatisfacción se traduce en la búsqueda de distintos tratamientos cosméticos y/o médico-quirúrgicos. La mayoría recibe tratamiento cosmético para tratar de mejorar la autopercepción de su defecto físico. Los tratamientos más demandados son los dermatológicos y las cirugías. Las personas con dismorfofobia raramente se sienten satisfechas tras las modificaciones físicas realizadas (Andreasen y Bardach, 1977). Estos tratamientos suelen ser inefectivos e incluso empeoran la situación clínica del sujeto (APA, 2013).

Hay investigaciones que corroboran estas afirmaciones. En Inglaterra se realizó una investigación con 50 sujetos diagnosticados de TDC (Veale, Boocock, Gournay, Dryden, Shah, Willson et al., 1996), de los cuales, el 48% habían consultado con un dermatólogo o cirujano y el 26% habían llegado a realizar una o más intervenciones quirúrgicas. Encontraron que el 81% se mostró insatisfecho o muy insatisfecho con los resultados tanto de las consultas como de las intervenciones. Un estudio más reciente realizado en Estados Unidos (Phillips, Grant, Siniscalchi y Albertini, 2001) evaluó la frecuencia, tipos y resultados de los tratamientos médicos (no psiquiátricos), quirúrgicos y dentales de 250 sujetos adultos diagnosticados de TDC según el DSM-IV. El 76,4% demandaron tratamiento médico y lo recibieron el 66,6%. Fueron tratados dermatológicamente el 45,2% y se sometieron a intervenciones quirúrgicas el 23,2%. En la mayoría de los tratamientos recibidos no hubo ninguna mejoría e incluso se produjo un empeoramiento del TDC. Esta investigación concluyó que estos tratamientos médicos-quirúrgicos raramente hacen disminuir los síntomas del TDC y que incluso, cuando se evidencia cierta mejoría tras la intervención, los pacientes pueden desarrollar una nueva preocupación por la apariencia, en la misma área tratada o en otras diferentes.

La disconformidad de la persona con TDC no se limita a su aspecto físico, sino que va más allá, incluye su insatisfacción con los resultados de las intervenciones realizadas. Este malestar puede canalizarse emprendiendo acciones legales contra el clínico (Pizzurno, 2010) o iniciando una escalada de intervenciones quirúrgicas (Andreasen y Bardach, 1977). Por estas demandas de reintervenciones han sido calificados como "adictos poliquirúrgicos" (Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2005). Estas características definitorias de las personas con TDC ponen de manifiesto los riesgos de atender sus demandas de cirugía estética (Pizzurno, 2010).

La WPATH, antes denominada Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin, contempla desde su

primera versión (WPATH, s.f.), el tratamiento médico-quirúrgico (hormonación y cirugías) como parte del proceso de intervención para las personas con disforia de género. Las leyes (Tabla II), protocolos (Bordón y García-Averasturi, 2001; Sanidad de Castilla y León, 2014) y guías clínicas (Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología, 2012; Gobierno Vasco, 2016) elaboradas por distintas comunidades autónomas del territorio español, también recogen, dentro de los procesos terapéuticos para las personas con DG, los tratamientos hormonales y las cirugías de confirmación de género.

El psiquiatra James Barrett (2007) describe en la literatura casos clínicos de personas biológicamente varones que, aunque en un principio le impresionaban como transexuales, posteriormente establece la preponderancia de la dismorfofobia sobre el transexualismo. El primer caso que plantea es el que denomina dismorfofobia dirigida contra los genitales masculinos y donde el sujeto solo realiza una demanda de amputación de pene y escroto, sin deseo de cambiar su rol de género. De forma similar, describe un segundo caso en el que la persona presenta un profundo desagrado por su pene, lo describe como feo y que ha crecido de manera no natural en su bajo vientre. Además de realizar una demanda de cirugía para deshacerse de su pene y escroto, pidió que lo hormonaran con andrógenos para mantener su masa ósea. No estaba preocupado por perder otras características masculinas e inmediatamente antes de la intervención quirúrgica, se arrepiente y no la realiza. Estos casos que no cumplen criterios de transexualismo, bien podrían incluirse en los denominados trastornos de la identidad de género no especificados del DSM-IV-TR, donde estarían las personas que presentan una preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo (APA, 2002).

Barrett (2007) ilustra un segundo grupo de personas planteando que rechazan más los efectos de los esteroides sexuales que los órganos que los producen. Unas veces le impresionaban más como trastorno de identidad de género y otras como dismorfofobia. Consideró que era más un rechazo a la masculinidad que un deseo de feminización. Muchos ya se habían autoadministrado antiandrógenos refiriendo una mejora del bienestar. No mostraban otras características del transexualismo ni adoptaron un rol de mujer. El ejemplo que desarrolla el autor es el de un travestismo que él define de doble rol y donde el sujeto realiza una demanda de reasigna-

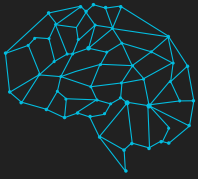


TABLA II. Legislación de la identidad de género en España

Comunidad Valenciana	Acceso a la terapia hormonal y tratamientos quirúrgicos requeridos "para la modificación corporal que aseguren su congruencia con la identidad de género de la persona"
Comunidad de Madrid	Se proporcionará "tratamiento hormonal a las personas trans" y "el proceso quirúrgico genital, aumento de pecho y masculinización de tórax"
Extremadura	"Este protocolo incluirá en la cartera de servicios básica tratamiento hormonal. En la cartera de servicios complementaria se proporcionará el proceso de reconstrucción genital"
Andalucía	"El Sistema Sanitario Público de Andalucía proporcionará el proceso de reasignación sexual conforme a su cartera básica de servicios (...) mediante métodos hormonales, quirúrgicos o de otra índole"
Cataluña	"Incorporar al sistema sanitario la atención integral a personas transgénero y a personas intersexuales definiendo los criterios de acceso tanto al tratamiento hormonal como a la intervención quirúrgica"
Canarias	"Se garantizará que los procedimientos como terapias hormonales o cirugías, de reasignación sexual o de otro tipo, sean proporcionados en el momento oportuno"
Galicia	"Se garantizará la atención sanitaria, según la necesidad y el criterio clínico, de las prácticas y para las terapias relacionadas con la transexualidad"
Euskadi	Se proporcionarán "los diagnósticos, los tratamientos hormonales y las intervenciones plástico-quirúrgicas"
Navarra	"Se garantizará que los procedimientos como terapias hormonales, cirugías plásticas sobre mamas, torso, o cirugías de reasignación sexual"
Islas Baleares	"Incorporarán al sistema sanitario la atención integral a personas transexuales e intersexuales, definiendo los criterios de acceso tanto al tratamiento hormonal como a la intervención quirúrgica"

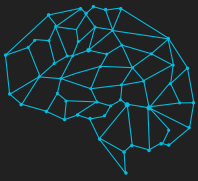
ción de sexo. La preocupación se centraba en los genitales, fundamentalmente era un rechazo a sus impulsos sexuales. Se le indicó la posibilidad de realizar previamente la experiencia de la vida real y no fue capaz de llevarla a cabo. Ante la persistencia del malestar por sus genitales se le diagnosticó de dismorfofobia y se le prescribió la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRh). Al desaparecer su libido, mejoró considerablemente su malestar y disminuyeron sus pensamientos intrusivos de deshacerse de sus genitales. Con respecto a este caso desarrollado por Barret, entendemos que no siempre queda clara la distinción entre el transexualismo y el travestismo, sobre todo el travestismo fetichista (Fernández-Rodríguez, Guerra-Mora, García-Vega, 2012). El rechazo a los genitales no es exclusivo en el transexualismo y, además, el travestismo fetichista puede evolucionar hacia un transexualismo cuando desaparece o disminuye la excitación sexual. Algunos sujetos que presentan un travestismo fetichista con cierta disforia de género, sienten gran malestar con su activación sexual y aunque no serían subsidiarios de cirugías genitales, mejora considerablemente su disforia con el tratamiento hormonal.

Otro grupo de sujetos que suponen un desafío para Barret son aquellos en los que hay un gran deseo de realizar con-

tinuas cirugías para la feminización hasta convertirse en una preocupación dismorfofóbica que eclipsa la impresión inicial de transexualismo. El malestar de la persona puede mantenerse e incluso exacerbarse tras numerosas intervenciones quirúrgicas. Barrett describe el caso de una persona que se presenta con el rol de mujer y que se mostraba entusiasmada con el tratamiento con estrógenos. Frecuentemente pedía más y desde el principio quería someterse a cirugías. Sin esperar el tiempo suficiente para el aumento de pecho producto de la hormonación, se practicó una mamoplastia de aumento. A esta primera operación le siguieron diversas cirugías de cara y cuerpo. Sin embargo, cada vez parecía sentirse más insatisfecha. Rechazó la cirugía de reasignación de sexo porque decía que no tenía sentido hacerla hasta que ella no fuera perfecta. Este caso, expuesto por Barret, podría ser un ejemplo de coexistencia del TDC con DG.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tanto las personas que presentan un TDC como DG suelen realizar demandas de intervenciones médico-quirúrgicas. Las consultas en las unidades de identidad de género son



básicamente por quejas de disforia de género y la demanda prioritaria es iniciar el proceso que conduzca a adecuar el cuerpo al género con el que se identifican. Para muchas personas con DG, los tratamientos médico-quirúrgicos son un tratamiento de elección. Adecuar sus características anatómicas al género sentido mediante tratamientos hormonales y cirugías, ayuda a mejorar e incluso desaparecer su DG (Smith, Van Goozen, Kuiper y Cohen-Kettenis, 2005).

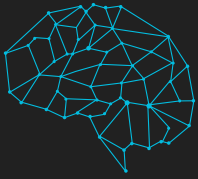
Es limitada la investigación empírica realizada sobre los resultados del tratamiento médico-quirúrgico en personas diagnosticadas de TDC (Phillips et al., 2001). La experiencia clínica y las distintas investigaciones ponen de manifiesto que en los sujetos con TDC sometidos a distintos procedimientos cosméticos o a intervenciones quirúrgicas, no solo no mejora su malestar sino que con frecuencia empeora (Knorr, Edgerton y Hoopes, 1967; Cotterill, 1981; Koblenzer, 1985).

A primera vista no parece complejo realizar un diagnóstico del TDC, sobre todo cuando se centra en una preocupación por la nariz, las orejas o los labios. El problema se plantea cuando entra en juego el rechazo a los caracteres sexuales primarios y/o secundarios, más propio de la DG, y la situación se complica aún más cuando ambas entidades coexisten en distinto grado. Cuando un sujeto presenta un TDC con DG dificulta la labor del clínico. Esta complejidad hace necesaria la existencia de unidades especializadas en disforia de género, donde el trabajo en equipo, desde una óptica interdisciplinar, disminuya los riesgos a favor de la seguridad del usuario. La estrategia terapéutica incluye, con la máxima prudencia y consenso, realizar una valoración individualizada de cada caso particular y proporcionar al usuario una información realista y el asesoramiento adecuado.

El hecho de que para el TDC no estaría justificado el tratamiento médico-quirúrgico y sí para las personas con DG, sería un argumento a favor de la despatologización de la transexualidad. El TDC es un trastorno del espectro obsesivo y las reintervenciones quirúrgicas pueden llegar a establecerse como una compulsión, mientras que la disforia de género quedaría fuera de los trastornos mentales al mejorar o incluso desaparecer tras las intervenciones hormonales y quirúrgicas realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association-APA (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 3ª ed. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1984).
2. American Psychiatric Association-APA (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª ed. rev. Washington, DC: APA. (trad. cast.: Barcelona: Masson, 1988).
3. American Psychiatric Association-APA (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1998).
4. American Psychiatric Association-APA (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Rev. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
5. American Psychiatric Association-APA (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Washington, DC: APA.
6. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: Symptom or Disease? *American Journal of Psychiatry*, 1977;134(6):673-6.
7. Anteproyecto de Ley 2016 integral del reconocimiento del derecho a la identidad y expresión de género en la Comunitat Valenciana.
8. Asenjo-Araque N, Lucio-Pérez MJ, Becerra-Fernández A. Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Semergen*, 2011;37(2):87-92.
9. Barrett, J. (2007). *Transsexual and other disorders of gender identity, a practical guide to management*. Radcliffe Publishing Ltd.
10. Bordón R, García-Averasturi L. (2001). Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Protocolo de intervención psicológica de la transexualidad. Hojas informativas de I@s Psicólogos de Las Palmas, IV, 43.
11. Carbone NC, Piazze GP. (2009) Clínica diferencial de la "Dismorfofobia": Los antecedentes en el campo de la psiquiatría. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires:Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
12. Conejo García A, Moreno Pinilla M, Crespo Hervás D, Saiz Ruiz J. Complicaciones de la dismorfofobia. Descripción de un caso de automutilación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006;34(3):202-5.
13. Cotterill JA. Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *British Journal of Dermatology*, 1981; 104:611-619.
14. Fernández Rodríguez M, García Vega E. Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2012;32(113):103-19.
15. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, García Vega E. ¿Es posible distinguir el transvestismo del transexualismo? *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 2012;102:24-38.
16. Fernández Rodríguez M, Guerra Mora P, García Vega E. La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2014;34(122):317-35.
17. Fisk NM. Gender dysphoria syndrome: the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen. *The Western Journal of Medicine*, 1974;120:386-91.
18. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 2004;19(5):292-98.
19. Gobierno Vasco (2016). Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad.



20. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad.
21. Janet P. (1903). L'obsession de la honte du corps. Les Obsession et la psychasténie. París: Felix Alcan.
22. Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The "insatiable" cosmetic surgery patient. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 1967;40:285-9.
23. Koblenzer CS. The Dysmorphic Syndrome. *Archives of Dermatology*, 1985;121:780-4.
24. Kraepelin E. (1909). *Psychiatrie*, 8ª ed. Leipzig: Barth JA.
25. Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Navarra. BON, 147, de 30 de noviembre de 2009.
26. Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales en Euskadi. BOE, 172, de 19 de julio de 2012, 51730- 51739
27. Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 139 de 18 de julio de 2014.
28. Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia. BOE, 127, de 26 de mayo de 2014, 39758-39768-
29. Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia de Cataluña. BOE, 281, de 20 de noviembre de 2014.
30. Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Canarias. BOE, 281 de 20 de noviembre de 2014, 94850- 94860.
31. Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura. BOE, 108, de 6 de mayo de 2015, 39518- 39542.
32. Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado, 169, de 14 de julio de 2016, 49217-49248.
33. Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia. BOIB 069, de 2 de Junio de 2016, 16816- 16835.
34. López Ibor JJ, López Ibor Aliño JJ. (1974). El cuerpo y la corporalidad. Madrid: Gredos.
35. López Ibor JJ. *Psiquiatría y cirugía plástica*. Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría, 1979;7:83-6.
36. Misticone S. El trastorno dismórfico corporal: un problema real para el dermatólogo que hace cosmética. *Dermatología Venezolana*, 2007;45(1):4-10.
37. Morselli E. Sulla dismorfobia e sulla tafobia. *Bollettino dell'Accademia di Genova*, 1981;6:110-9.
38. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 2001;42(6):504-10.
39. Pizzurno PJN. (2010). La dismorfobia y el "comportamiento adictivo" a las cirugías estéticas. Aspectos legales y médico-legales. Biblioteca Virtual Noble.
40. Salaberría K, Borda M, Amor PJ, Echeburúa E. Tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal: Una revisión crítica. *RPPC*, 2000;5(1):27-43.
41. Sánchez Planell L, Fernández-Valdés Marí R. Trastorno dismórfico corporal. En Vallejo Ruiloba L, Leal Cercós C. (Dir). *Tratado de psiquiatría*. 2ª Ed. 2005;2:1354-62. Barcelona: Ars Médica.
42. Sandoval M, García-Huidobro I, Pérez-Cotapos ML. Trastorno Dismórfico Corporal. *Revista Chilena Dermatología*, 2009;25(3):244-50.
43. Sanidad de Castilla y León (2014). Protocolo de atención sanitaria a los problemas de identidad de género en Castilla y León. 13 de noviembre de 2014.
44. Smith YL, Van Goozen SH, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 2005;35(1):89-99.
45. The World Professional Association for Transgender Health - WPATH (s.f.). Historical compilation of Standards of Care Versions 1 through 6. Recuperado el 13 de noviembre de 2012 en <http://www.wpath.org/documents/SOC%20Compilation%20of%201%20through%206.pdf>
46. The World Professional Association for Transgender Health- WPATH (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version.
47. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body Dysmorphic Disorder. A Survey of Fifty Cases. *The British Journal of Psychiatry*, 1996;169:196-201.
48. World Health Organization-WHO. (1978a) Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast. Madrid: Meditor).
49. World Health Organization-WHO (1978b). Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª ed.-MC Modificación Clínica. España.
50. World Health Organization-WHO (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª ed. Ginebra: WHO. (trad. cast. Madrid: Meditor).