

EL TRASTORN DISMÒRFIC CORPORAL I LA SEVA RELACIÓ AMB LES XARXES SOCIALS

Gisela i Ainoa
Treball de Recerca
2n de Batxillerat
Curs: 2021-2022

“The self is a smokescreen.”

- Kris Kidd, *Return to Sender*

ÍNDEX	Pàg.
0. Introducció	5
I. Marc teòric	7
1. Trastorn Dismòrfic Corporal: Introducció al trastorn	7
1.1. Definició	7
1.2. Història	7
1.3. Katharine A. Phillips, M.D.	8
1.3.1. Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide	9
2. Prevalença	11
2.1. TDC en homes i dones	11
3. Causes i factors de risc	14
3.1. Factors ambientals	14
3.1.1. Infància	14
3.1.2. Societat i estereotips de gènere	15
3.1.3. Suposicions o creences de l'aparença	16
3.2. Factors genètics i fisiològics	17
3.3. Desencadenants del TDC	18
4. Els signes i símptomes	19
4.1. Preocupacions sobre l'aparença	20
4.2. Comprovació i cerca de seguretat	21
4.3. Prediccions negatives	22
4.4. Conductes d'evitació i seguretat	23
4.5. Tractaments estètics i cosmètics	24
5. Diagnòstic	27
6. Desenvolupament i curs del trastorn	31
7. Tractaments	33
7.1. Teràpia conductual cognitiva	33
7.1.1. Procediment en la TCC per pacients amb TDC	33
7.1.2. Estratègies cognitives	34

7.1.3. Prevenció d'exposicions i rituals (E/RP)	35
7.1.4. Psicoeducació	36
7.1.5. Centres de tractament pel TDC	36
7.2. Medicació psicotròpica pel TDC	36
7.2.1. Efectivitat i dosis adequades	38
7.2.2. Estratègies i combinacions amb els SRI	38
7.2.3. Obstacles pel tractament amb psicotròpics	40
8. El TDC i la seva relació amb altres trastorns	41
8.1. TDC i ideació suïcida	41
8.2. TDC i trastorns de la conducta alimentària	41
8.3. TDC i la depressió	42
8.4. TDC i trastorn obsessiu-compulsiu	43
9. Relació del TDC amb el món de les xarxes socials i les relacions socials	46
9.1. Els cànons de bellesa	48
9.2. Dismòrfia digitalitzada en el cos femení	49
9.3. Dismòrfia de Zoom	51
II. Marc pràctic	52
10. Estudi estadístic del TDC	52
10.1. Primera part del qüestionari	52
a) Franja d'edat	52
b) Gènere	53
c) Coneixies el trastorn abans de la nostra introducció?	53
d) Com de comú creus que és el TDC?	54
e) Quines creus que són les causes del TDC?	54
f) Quines complicacions creus que pot tenir el TDC?	54
g) En quina etapa de la vida creus que comencen els primers signes de TDC?	55
h) En quin gènere creus que és més comú el TDC?	55
10.2. Segona part del qüestionari	55
a) Quines xarxes socials utilitzes més?	55

b) A quines pàgines segueixes a les xarxes socials?	56
c) Quins tipus de xarxes socials i pàgines nomenades en les anteriors preguntes, creus que poden afectar més a la nostra autopercepció de la nostra imatge?	56
10.3. Tercera part del qüestionari	56
a) Com creus de l'1 al 10 que les xarxes socials poden afectar a la nostra autopercepció	56
b) Quins cànons de bellesa creus que les xarxes socials impulsen?	56
c) Creus que les xarxes socials t'han imposat la idea que tens un defecte de la teva imatge per no seguir l'estereotip ideal?	57
d) Si has marcat sí en l'anterior pregunta, quins?	57
e) T'has plantejat sotmetre't a alguna intervenció quirúrgica o tractament estètic per modificar aquest "defecte"? Quina?	57
f) Alguna vegada has utilitzat una aplicació per modificar la teva imatge abans de penjar una foto a una xarxa social?	58
11. Conclusions	59
Bibliografia	61

0. Introducció

La societat és l'eina mitjançant la qual obtenim coneixements sobre el món que ens envolta i aprenem a sobreviure. La manera com participem en aquesta societat, permet un desenvolupament cognitiu, social, emocional i de personalitat, diferent en cada persona. Aquesta participació igual que ens aporta nocions positives, també pot causar-nos tot el contrari mitjançant l'odi. Aquest odi es pot manifestar de diverses formes. En l'actualitat destaca el discurs d'odi a les xarxes socials o *cyberbullying*, que està estretament relacionat amb els estereotips i canons que genera la societat.

Cada dia, una gran majoria de persones s'han d'enfrontar a greus trastorns relacionats amb la seva imatge corporal, pes i aparença. L'anorèxia i la bulímia, en general trastorns alimentaris, són trastorns que tothom ha sentit a parlar, i segurament coneixen a algú que els ha patit de primera mà. Aquests trastorns tenen una relació molt estreta amb el discurs d'odi, mencionant anteriorment, de les xarxes socials.

El nostre TDR es basa en la recerca de dades sobre el trastorn dismòrfic corporal (TDC), i l'estudi de la relació del trastorn amb les xarxes socials. El TDC, abreujat, és un trastorn que afecta la salut mental de la persona que el pateix, però que també pot afectar a la salut física.

Consisteix en l'obsessió per un o uns trets del teu cos, que la persona afectada considera defectes. La persona té una visió distorsionada del seu cos i dels seus trets. Pensa que aquesta mateixa visió és la que tenen també la resta de persones i per tant, es genera una obsessió encara més gran fins al punt d'arribar a la depressió i a situacions d'ansietat i estrès.

La raó per la qual hem escollit treballar i investigar el TDC, és perquè creiem que és un trastorn poc conegut però a la vegada molt freqüent, sobretot en la gent jove i els adolescents. Els estímuls exteriors que les persones rebem, tenen un paper fonamental en aquest tipus de trastorn, un clar exemple són les xarxes socials. Aquestes influeixen negativament, ja que fixen un estereotip platònic de com hauria de ser el nostre cos i trets facials. Aquesta fixació del model a seguir provoca que les persones que surten del cos normatiu no siguin acceptades per la societat, i per tant, pot desembocar en diversos trastorns, com en el cas en què ens centrarem, en el TDC.

D'altra banda, creiem que estudiar i aprendre sobre aquest trastorn pot ajudar-nos a donar-li més visibilitat, pel fet que moltes persones desconeixen la seva existència o només el relacionen amb altres trastorns mentals més comuns, com l'anorèxia i bulímia.

Doncs aquí el nostre estudi en aquest treball: quin coneixement es té sobre el TDC, com creuen els joves catalans que les xarxes socials es poden relacionar amb el TDC i com poden afectar a la perspectiva que una persona té sobre si mateixa.

Aquest estudi l'hem fet a partir d'una recerca vigorosa sobre el trastorn, a part de fer una part pràctica, una enquesta dividida en tres apartats diferents, dirigits a diferents sectors de

la societat i on cada apartat es tracta diferents temes del nostre estudi. El primer apartat és on es resol la qüestió de quin coneixement es té sobre el TDC, aquest apartat va dirigit a qualsevol sector. El segon apartat està dedicat a les xarxes socials, i l'ús que la població jove en fa d'elles, aquesta secció està focalitzada al sector jove de la societat, és a dir, majoritàriament a la gent adolescent. L'últim apartat de l'enquesta, se centra en l'última qüestió del nostre estudi, quina relació i afecte creuen els adolescents que tenen les xarxes socials en el TDC.

I. Marc teòric

1. Trastorn Dismòrfic Corporal: Introducció al trastorn

1.1. Definició

El trastorn de dismòrfia corporal (TDC) o body dysmorphic disorder (BDD) és un trastorn de salut mental caracteritzat per una preocupació insistent pels defectes, carències o deformitats de l'aparença que poden ser inexistents o lleus. És un trastorn relativament freqüent.

El TDC sol començar durant la infància o adolescència. La preocupació pel defecte percebut és quasi constant i sovint va seguida de comportaments repetitius (per exemple: la revisió física en miralls). La persona no pot deixar de pensar en aquests defectes que li semblen majors, però en realitat són menors o no poden ser vistos pels altres. Tot i que la persona creu que tothom ho nota, no posa en dubte la seva percepció, la considera una veritat objectiva. Això vol dir que encara que les persones del seu entorn opinin el contrari o considerin que està exagerant, la persona amb el trastorn seguirà ferm a la seva percepció.



Body Dysmorphic Disorder
FONT: <https://www.freepik.com/>

Les persones amb TDC viuen en un gran estat d'ansietat i angoixa. A partir de la seva percepció distorsionada que tenen del seu cos, es genera una manera de pensar irracional i negativa, a part de provocar pensar massa en allò. Tots aquests comportaments provoquen conflictes en les relacions personals i laborals de la persona.

1.2. Història

Del TDC es parla en veritat, des de fa més d'un segle, i ho va fer més comunament com dismorfofòbia, terme així anomenat per Enrico Morselli, un psiquiatre i mèdic italià nascut en el 1852. Aquest terme és encara utilitzat de tant en tant.

El terme dismòrfia va ser utilitzat per primera vegada pel grec Heròdot d'Halicarnàs, un historiador i geògraf grec nascut aproximadament al 484 aC, per a denominar el mite de la dona més lletja d'Esparta: Dismòrfia. ("Dysmorphia" que significa lletjor) o ("Dys" que significa "mala" i "Morphia" que significa "forma").

En 1980, l'American Psychiatric Association va reconèixer el trastorn dismorfofòbia, alhora que el va catalogar com un trastorn somatomorf atípic¹, a la tercera edició del DSM². La revisió del DSM-III de 1987 va canviar el terme a trastorn dismòrfic corporal, classificant-lo com un trastorn somatomorf distintiu³.

En 1994, el DSM-IV va definir el TDC com una preocupació per un defecte d'aparença imaginat o trivial, que causa una disfunció social o laboral. Durant 2013, el DSM-5 canvia de categoria el TDC, passa a espectre obsessiu-compulsiu, afegeix criteris operatius (comportaments repetitius o pensaments intrusius) i també parla del subtipus de TDC, la dismòrfia muscular (preocupació que el mateix cos sigui massa petit o insuficientment musculat).

Resumint, hi ha hagut diverses definicions del TDC al llarg de l'últim segle i varietat de persones de diversos països del món el pateixen. Tot i això, el TDC és majoritàriament conegut en alguns països com el Japó, però ha passat desapercebut en molts altres països, incloent-hi els Estats Units.

1.3. Katharine A. Phillips, M.D.

Katharine A. Phillips, M.D. és professora de psiquiatria, becària sènior de *DeWitt Wallace* i directora d'investigació de residència a *Weill Cornell Medical College*. Psiquiatre assistent al *New York-Presbyterian / Weill Cornell Medical Center* i professora Adjunta de Psiquiatria i Comportament Humà a l'Escola de Medicina Albert de la Universitat de Brown.



Katharine A. Phillips, MD.
FONT: gmeded.com

La Dra. Phillips és reconeguda per la seva experiència en el TDC, a més d'altres trastorns com el trastorn obsessiu-compulsiu (TOC), altres trastorns obsessius compulsius i l'ansietat, entre altres.

Els seus estudis d'investigació sobre el TDC són pioners, i han servit per identificar els seus símptomes, per saber com afecta les persones, les seves característiques, i a més a més ha ajudat a desenvolupar medicaments i la teràpia cognitiva-conductual.

També ha escrit diversos llibres importants sobre el TDC basant-se en els seus estudis i experiència clínica. El 1996 va publicar el primer llibre, *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. El seu llibre més important és *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*, publicat en 2017.

¹ És qualsevol trastorn mental que es manifesta com a símptomes físics que suggereixen malaltia o lesió, però no es pot explicar completament per una condició mèdica general o per l'efecte directe d'una substància, i tampoc és atribuïble a un altre trastorn mental.

² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; DSM-V; Washington, DC / London, England; 2013. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Manual de diagnòstic i estadística dels trastorns mentals.

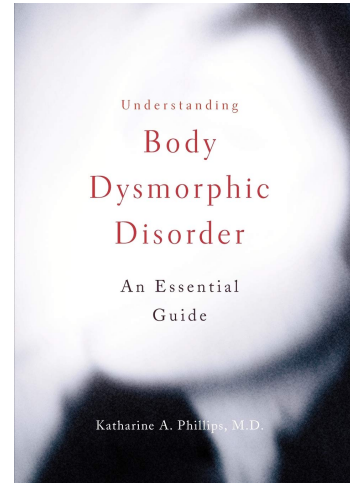
³ Es caracteritza per l'excessiva preocupació per la seva salut. Converteixen a la suposada malaltia en el centre d'atenció, i aquesta absorbeix gran part del seu temps.

Altres contribucions que ha fet:

- Més de 340 publicacions en revistes científiques i llibres.
- Més de 600 presentacions internacionals, nacionals i locals per a professionals, la majoria relacionats amb el TDC.
- Entrevistes en mitjans de comunicació sobre el TDC al New York Times, la CNN, la BBC, l'Oprah Winfrey Show, Good Morning America, entre d'altres.

1.3.1. *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*

Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide és un llibre de Katharine A. Phillips, M.D. on utilitza històries i entrevistes de pacients amb TDC, per ensenyar les diverses conductes i símptomes d'aquest. Durant tot el llibre ella dona consells i informació útil per la gent que pateix el trastorn. Al final, podem trobar un qüestionari d'autoavaluació, perquè les persones es puguin reconèixer i identificar-se amb els signes i símptomes del trastorn. A més a més, la Dra. ens informa sobre diversos tractaments pel TDC i com són d'eficients per tractar-lo.



Understanding Body Dysmorphic Disorder:
An Essential Guide.
FONT: amazon.es

El primer cas que menciona en el llibre és sobre la Jennifer. Segons la Dra., la pacient és una dona de vint-i-dos anys, convencionalment atractiva, és a dir, encaixa en els estàndards de bellesa de l'època, ja que té el cabell ros i llarg, ulls verds i una bona complexió. A més a més, inclou que no té cap defecte que es pugui percebre a simple vista. Així i tot, la Jennifer explica que ella no se sent maca, i que se sent molt avergonyida parlant sobre el seu físic i la seva experiència amb el TDC. Quan la Dra. li pregunta sobre les seves preocupacions, ella respon dient que el que més li preocupa sobre la seva aparença són els seus grans i marques a la cara, els quals només es podien realment distingir des de molt a prop.

Des de ben jove, la Jennifer va començar a acomplexar-se per la seva acne. Vivia obsessionada, mirant-se contínuament en el mirall, intentant amagar amb maquillatges i pentinats elaborats, el seu rostre, una tàctica perquè els altres no es fixessin en les marques de la seva cara. Aquesta obsessió constant va derivar en una baixada de rendiment escolar, ja que va deixar d'assistir a les classes. També va deixar de relacionar-se i anar a llocs i espais molt concorreguts, arribant a l'extrem de què si quedava amb algú, ho feia en solitari, a casa seva, d'aquesta manera ella controlava que hi hagués poca llum perquè la seva acne passés més desapercibuda.

Després de deixar l'institut, la Jennifer va decidir posar-se a treballar. Va treballar en feines de cara al públic que no van durar gaire, perquè hi havia molts dies que no anava a treballar (a causa de l'aparició de nous grans o marques a la pell), o fins i tot, havia arribat a anar-se'n a mitja jordana imaginant que la gent es reia d'ella. La pacient, pensant que el

seu problema era físic i no mental, va visitar fins a quinze dermatòlegs diferents, buscant un tractament.

La Jennifer va acabar deixant de treballar i vivint amb els seus pares, evitant sortir durant el dia, i fent-lo durant la nit. Va seguir visitant més dermatòlegs, tantes visites els va fer i tantes confirmacions que no tenia res va rebre, que molts d'ells es van negar ja a visitar-la.

La següent història és la d'en Chris. En Chris es va posar en contacte amb la Dra. Phillips pel que ell pensava que patia, depressió. Quan la Dra. va començar a tractar al pacient, va confirmar les sospites d'en Chris. Les causes d'aquesta eren degudes a la creença del pacient que li queia el cabell. Solia invertir altes sumes de diners en productes capil·lars, per controlar la caiguda de cabell, fins i tot, com veia que no funcionaven, va considerar fer-se un implant capil·lar.

La Dra. examinat al pacient, va determinar que no veia signes de caiguda de cabell, sinó que en Chris tenia un cabell molt fi. A part d'aquest problema, en Chris també li preocupava l'aspecte del seu nas, que se'l veia que era massa gran i llarg. Això va causar problemes tant en la vida laboral com en la vida social d'en Chris. La gent insistia que no li veia cap problema, que el seu nas es veia perfectament, però ell no se sentia així.

L'últim cas del qual parla la Dra. Phillips és sobre la història del Keith. En Keith va contactar amb la Dra. per telèfon per parlar sobre un problema que li causava molt pànic i estrès. El cas era molt semblant al del Chris, ja que els dos estaven preocupats pel seu cabell, tot i que la preocupació d'en Keith era envers que fi tenia el cabell, i especialment, en el seu serrell.

Quan la Dra. el va visitar, va observar el que veritablement angoixava al pacient eren les preocupacions per la seva aparença. No només li obsessionava l'aspecte del seu cabell, sinó que també pensava que les seves orelles eren molt punxegudes, que tenia línies d'expressió a la seva cara i que els seus ulls eren petits, a més de sentir que el seu pit i natges eren molt femenins per ser un home.

Durant dos anys, la Dra. va estar treballant amb en Keith, i va concloure que el pacient patia el TDC, donat que eludia constantment respondre preguntes sobre la seva aparença. La Dra. Phillips va diagnosticar que el TDC va ser el desencadenant de la depressió d'en Keith.

2. Prevalença

Segons un [article](#) escrit per Katharine Phillips, MD per *International OCD Foundation*, el TDC afecta entre l'1,7% i el 2,9% de la població general, aproximadament 1 de cada 50 persones. Això significa que més de 5 milions de persones i prop de 10 milions de persones, només als Estats Units, pateixen aquest trastorn. És probable que el TDC sigui encara més freqüent del que mostren les dades, ja que moltes persones que el pateixen, solen mostrar-se reticents⁴ a revelar els seus símptomes als altres.

El TDC és molt comú i potser fins i tot més comú que el trastorn obsessiu-compulsiu, superant les xifres de la majoria de trastorns com l'anorèxia nerviosa i l'esquizofrènia.

Es va realitzar un [estudi](#)⁵ per determinar la prevalença de TDC en una unitat d'hospitalització psiquiàtrica d'adults. Cent pacients van completar tres mesures d'autoinforme: un qüestionari sobre TDC, l'inventari d'ansietat Beck⁶ i l'escala de depressió del Centre d'Estudis Epidemiològics⁷. El TDC va ser diagnosticat en un 16% dels pacients, i una alta proporció dels pacients van revelar que els símptomes del TDC van contribuir a la ideació suïcida. Només un 6,3% dels pacients va reportar símptomes al seu psiquiatra intern. La majoria no van revelar els seus símptomes a causa de la vergonya. Els que presentaven TDC eren més joves i tenien puntuacions més altes a l'escala de depressió.

2.1. TDC en homes i dones

Segons el DSM-V, el TDC pot variar segons el gènere. Les dones són més propenses que els homes a patir trastorns com el TDC. En Estats Units es va comprovar que un 2,5% de dones patien TDC, dintre de la prevalença total del trastorn. D'altra banda els homes tenen una taxa lleugerament més baixa, d'un 2.2% dintre de la prevalença total.

La presentació del TDC pot ser diferent en homes i dones. Un clar exemple, és que les dones es preocupen més per la seva pell, l'estómac, el pes o pèl corporal, mentre que els homes tendeixen a fixar-se en la composició corporal, l'aprimament o els genitals.

La causa principal d'aquesta diferència entre homes i dones és la pressió social. La societat ha establert uns rols de gènere, és a dir, un patró a seguir de com s'espera que les persones actuem, parlem, ens vestim i ens comportem en funció del nostre gènere assignat.

⁴ Persona que es comporta amb reserva i manca de confiança, que manifesta dubtes sobre alguna cosa.

⁵ Estudi anomenat *Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting*, fet per Michelle Conroy, William Menard, Kathryn Fleming-Ives, Poonam Modha, Hilary Cerullo, Katharine A. Phillips.

⁶ L'inventari d'ansietat de Beck, creat per Aaron T. Beck i altres companys, és un inventari d'informes d'elecció múltiple de 21 preguntes que s'utilitza per mesurar la gravetat de l'ansietat en nens i adults.

⁷ L'Escala de Depressió del Centre d'Estudis Epidemiològics (CES-D) és un instrument de cribatge per la detecció de casos de depressió amb base en la seva simptomatologia durant l'última setmana.

[Un estudi](#)⁸ realitzat que volia comparar el TDC en homes i dones va obtenir que les característiques clíniques del trastorn tenien bastants similituds, però també algunes diferències interessants i importants. Aquestes característiques tenen implicacions per a la detecció i el tractament del TDC.

Els resultats que van obtenir van determinar que les dones tenien conductes més repetitives i eren més propenses a utilitzar tècniques de camuflatge, revisar miralls, canviar-se de roba i patir alguna mena de trastorn alimentari.

Les dones també van tenir un començament més d'hora amb els símptomes de TDC subclínic i més greus segons l'avaluació de l'Examen del Trastorn Dismòrfic Corporal (Body Dysmorphic Disorder Examination).

No obstant això, els homes tenien un TDC més sever segons l'Avaluació de l'Escala de Valoració de l'Estat Psiquiàtric per al Trastorn Dismòrfic Corporal (Psychiatric Status Rating Scale for Body Dysmorphic Disorder), i obtenien puntuacions més baixes de l'Avaluació Global de l'Escala de Funcionament (Global Assessment of Functioning Scale), és a dir, eren menys propensos a treballar la causa de la psicopatologia i tenien més probabilitats de patir discapacitats mentals.

Un altre [estudi](#)⁹ van voler determinar la prevalença del TDC tenint en compte més factors a part del gènere dels individus, com la raça/ ètnia¹⁰ i orientació sexual dels enquestats. Van participar 1.041 persones d'una universitat del sud-est dels Estats Units. Els resultats van indicar una prevalença general del 4,9%. Les dones van mostrar tenir més símptomes del TDC que els homes, tant les dones caucàsiques com les llatines van documentar patir més símptomes que les dones afroamericanes. Les minories sexuals (col·lectiu LGBT¹¹), també, van reportar més símptomes que les persones heterosexuales.

⁸ Estudi anomenat *Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder*, fet per Katharine A. Philips, William Menard i Christina Fay.

⁹ Estudi anomenat *Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors*, fet per Michael Boroughs, Ross Krawczyk i Joel Kevin Thompson.

¹⁰ Conjunt de persones que pertany a una mateixa raça i, generalment, a una mateixa comunitat lingüística i cultural.

¹¹ Sigla composta per les inicials de les paraules Lesbianes, Gais, Bisexuals i Transgènere. En sentit estricta, agrupa les persones amb les orientacions sexuals i identitats de gènere relatives a aquestes quatre paraules, així com les comunitats formades per elles.

Race/Ethnicity	Heterosexual	Sexual Minority
Women		
African American	95	6
Asian American	31	2
Latinos/as	113	7
Native American	11	1
Caucasian American	379	22
Men		
African American	33	4
Asian American	31	3
Latinos/as	38	10
Native American	4	1
Caucasian American	178	24

12

Group	N	Prevalence
Total Sample	1041	4.9%
Men	344	2.3%
Women	697	6.2%
Heterosexual Men	302	2.3%
Heterosexual Women	658	6.1%
Sexual Minority Men	42	2.4%
Sexual Minority Women	39	7.7%
African American	138	2.1%
Asian American	75	3.9%
Latinos/as	168	4.8%
Caucasian American	603	5.8%

Prevalence Estimates for Native Americans were excluded due to small sample size (N=17)

13

¹² Tamany de la mostra dels grups demogràfics de l'estudi *Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors*

¹³ Prevalença estimada del TDC per grups de l'estudi *Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors* .

3. Causes i factors de risc

Tot i que no hi ha cap factor o experiència que puguem dir que causen el TDC directament, té sentit que les creences que tenim sobre nosaltres mateixos, els altres i el món que ens envolta ens afectin.

3.1. Factors ambientals

3.1.1. Infància

Les causes del TDC són diferents en cada persona, però la majoria d'investigadors creuen que el TDC es pot associar amb situacions i accions que han passat durant les primeres etapes de la vida d'una persona. El TDC s'ha vinculat amb l'abús i abandonament infantil, problemes en l'entorn social i personal, o experiències negatives amb el cos i la imatge durant la nostra infància.

L'etiologia¹⁴ del TDC en experiències de traumes s'ha començat a entendre des de fa poc. En un estudi sobre [la prevalença del maltractament infantil](#)¹⁵ en adults amb TDC, els investigadors van trobar que el 78,7% dels subjectes enquestats havien experimentat algun tipus d'abús quan eren petits. De fet els investigadors van trobar que els adults que tenien antecedents d'abandonament emocional quan eren petits, eren especialment vulnerables al TDC. També es van identificar més formes d'abús com a factors de risc significatius, com l'abús físic i sexual.

Els vincles entre la negligència i l'abús infantil amb l'aparició de TDC a l'adolescència i l'edat adulta són comprensibles, ja que els nens que han patit aquests abusos no només pateixen durant la infància. Després d'anys, i fins i tot, dècades, manifesten de manera sovint i inesperada els traumes de la infància, en forma de trastorns i altres tipus de malalties mentals.

La victimització dels nens, per part d'un ésser estimat o de confiança, transmet un missatge al seu propi valor. Un nen que ha estat maltractat pot interioritzar aquest abús. Per a moltes persones que han patit abús infantil, aquesta interiorització de la victimització del rol de víctima, es transforma fàcilment en una forma d'autoretret, fins i tot, d'odi propi, que es manifesta en una imatge corporal patològicament distorsionada.

Un dels factors socials més importants pel desenvolupament de l'autoestima és la família. Amb la família es basen les nostres primeres experiències i és on prenen forma les nostres identitats i caràcters personals més importants. La relació amb la família condiciona la nostra joventut i autoestima, ja que quan som joves, no es té un control total sobre allò que sentim i sobre les nostres experiències. Estar exposat al judici, criticisme i pessimisme a una edat primerenca perjudica la persona emocionalment i pot provocar molts problemes

¹⁴ Estudi sobre les causes de les coses.

¹⁵ Estudi anomenat *Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder*, fet per Elizabeth R. Didie, Christina C. Tortolani, Courtney G. Pope, William Menard, Christina Fay i Katharine A. Phillips.

de salut mental. Quan els pares aprecien els seus fills i els donen suport, aquests desenvolupen confiança i autoestima de forma natural. Al contrari, si la família deixa de banda o para poca atenció al seu fill/a, poden provocar que aquest tingui una baixa autoestima.

Tret d'això, aquest trastorn es pot entendre com un esforç per fer front a les ferides no curades del passat. La fixació del defecte físic percebut és, doncs, un esforç inconsistent per distreure, negar i desviar-se de la veritable font de dolor: el trauma no resolt. Podríem dir que el TDC sorgeix com un mecanisme poc saludable per aconseguir conviure amb aquests traumes.

3.1.2. Societat i estereotips de gènere

La societat és un dels grans culpables del TDC. Al llarg de la història sempre han existit estereotips de gènere creats per la societat, i si no entres en els estereotips ets vist de mala manera. Un clar exemple és que generalment s'espera que les nenes i les dones vesteixin d'una manera típicament femenina, siguin amables i afectuoses, mentre que d'altra banda, s'espera que els homes siguin forts, agressius i audaços.

Totes les societats, grups ètnics i cultures tenen expectatives de rols de gènere, però poden ser molt diferents d'un grup a un altre, com també poden anar canviant en la mateixa societat al llarg del temps.

Dins dels rols de gènere podem trobar quatre estereotips de gènere bàsics¹⁶:

- Els trets de personalitat: normalment s'espera que les dones siguin més emocionals i complaents, mentre els homes han de ser segurs de si mateixos i agressius.
- El comportament domèstic: moltes persones esperen que les dones s'ocupin dels nens, cuinin i netegin la casa, mentre els homes s'ocupen de les finances, de feines de pes, reparar coses i treballen.
- Les ocupacions: hi ha feines típicament associades a les dones, com per exemple infermeres, i d'altra banda oficis associats als homes així com enginyers, metges, pilots...
- L'aparença física: és l'estereotip que més influeix en el TDC. La societat espera que una dona sigui prima i elegant, mentre que un home ha de ser alt i musculós. A la mateixa vegada, s'espera que tant homes com dones, vesteixin i s'arreglin de certa manera a causa dels estereotips de gènere.

Un gran estereotip imposat per la societat és l'absència de pèl corporal en el cos. Un [article¹⁷](#) escrit per Talia Castellanos, explica que, sobretot les dones, des de

¹⁶ Visió generalitzada o preconcebuda sobre els atributs i característiques que tenen o haurien de tenir les dones i homes, o els rols que estan o haurien d'exercir pel seu gènere en la societat.

¹⁷ Article per la revista *VOGUE*, anomenat “¿Bella o no? Así fue crecer siendo mujer con vello corporal, y cómo logré aceptarlo.”

petites són ensenyades a eliminar tot aquell pèl corporal que cresquessin en un lloc equivocat, per mitjà de diferents opcions com rasurar-se, extreure'ls amb pinces o amb cera. Aquesta obsessió amb l'eliminació del pèl corporal arrela en el fet que normalment mai està associat amb la feminitat.

Aquests estereotips solen ser molt perjudicials, ja que estableixen un model de com han de ser i com s'han de comportar, tant els homes com les dones, i qualsevol persona que no s'assembli al model imposat serà designada com "fora de norma". Aquestes persones solen ser de col·lectius minoritaris, com el col·lectiu LGTBIQ+¹⁸ o diferents ètnies minoritàries.

3.1.3. Suposicions o creences de l'aparença

El TDC, com hem mencionat, està lligat amb les experiències de la persona. A partir d'aquestes experiències, les persones desenvolupem conclusions, suposicions o pautes que ens ajuden a funcionar durant el dia-dia, i asseguren la nostra supervivència, protegint-nos del patiment físic i emocional.

Normalment, tenir aquestes suposicions ens proporcionen pautes útils per la vida, sempre que siguin realistes i flexibles. Per exemple, una persona suposa que "Tots els conductors del Regne Unit condueixen pel costat esquerre de la carretera". Aquesta suposició es va desenvolupar a partir de les experiències anteriors de la persona a l'haver sigut un passatger en un automòbil del Regne Unit, en veure els altres vehicles circular pel costat esquerre i, finalment, aprendre a conduir en el país. Actualment, la suposició actua sense que la persona sigui completament conscient, és a dir, no s'ha de recordar constantment de conduir pel costat esquerre, ja que succeeix de manera automàtica.

En general, la suposició en l'exemple anterior és útil i flexible (és a dir, la persona reconeix que aquesta suposició no s'ha d'aplicar necessàriament fora del Regne Unit). Ara bé, també podem tenir suposicions menys útils, en altres paraules, suposicions poc acurades i inflexibles. El TDC es basa en certes suposicions inútils relacionades amb l'aparença, normalment compostes per declaracions inexactes o inflexibles del tipus "si... llavors...".

Aquestes suposicions són degudes a experiències passades. Per exemple, una persona que ha experimentat un període d'assetjament escolar en l'escola pel fet de tenir acne, ha pogut desenvolupar una suposició com "Si la gent veu el meu acne, sentiran repulsió". Aquesta suposició, basada en la seva experiència prèvia, podria continuar afectant la persona fins a l'edat adulta, inclòs temps després que l'assetjament hi hagi cessat.

Les suposicions més comunes associades amb el TDC poden ser:

- "Si puc veure el problema, tots els altres també ho han de notar"
- "Si no canvio el meu aspecte, no seré feliç"
- "Si no em veig perfecte, llavors em veig horrible"

¹⁸ Sigles que designen els col·lectius lèsbics, gays, bisexuals, transsexuals, intersexuals, queer, incloent a través del + qualsevol altra identitat que no s'identifica com a cisgènere i/o heterosexual.

- “Si destaco, serè ridiculitzat”
- “Si sóc lleig, llavors no tinc cap valor”
- “Si sóc atractiu, llavors tindrè èxit a la vida”

Les suposicions de l'aparença tenen un rol molt important en el TDC. Hi ha persones que poden estar insatisfetes amb la seva aparença, però aferrar-se a aquestes suposicions és el que genera un problema extrem amb la imatge corporal d'un mateix. Una persona pot tenir el pensament que el seu nas és molt gran, però només li causarà angoixa i problemes durant la seva vida si creu en la següent suposició: "Si tinc el nas tan gran, els altres em rebutjaran". Però, si creu en una suposició més realista i flexible com: "Està bé tenir el nas gran, no fa falta que sigui perfecte", no tindrà tants problemes ni el causaran tanta angoixa.

Les suposicions de l'aparença són la clau entre les persones que tenen una imatge corporal negativa d'elles mateixes i les que no.

3.2. Factors genètics i fisiològics

La prevalença del TDC és elevada en familiars de primer grau d'individus amb trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) o amb TDC.

S'han fet molts pocs estudis genètics. No obstant això, hi ha proves que la propensió a patir TDC és heretable. El 8% de les persones amb TDC té un membre de la família també diagnosticat amb el trastorn. Un [estudi](#)¹⁹ de bessones femenines va trobar que els gens representaven aproximadament el 44% de la propensió a les preocupacions dismòrfiques. Un petit estudi preliminar va trobar una associació entre dos gens diferents i el TDC. Aquest estudi també va relacionar el trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) amb el TDC.

Hi ha factors neurobiològics com el mal funcionament de la serotonina al cervell o certes anomalies en aquest que poden augmentar les possibilitats de patir el trastorn.

Fins ara, els estudis neuroquímics del TDC s'han centrat principalment en la relació de la serotonina (neurotransmissor molt relacionat amb el control de les emocions i l'estat anímic) amb la funció del sistema nerviós. Els pocs estudis sobre això suggereixen que la serotonina podria tenir un paper rellevant en aquest trastorn. Un estudi va trobar una disminució de la densitat d'unió a la serotonina en individus amb TDC amb comparació a persones sanes.

Diversos estudis de tractament amb medicaments anomenats inhibidors de la recaptació de serotonina, van demostrar que aquests disminueixen els símptomes del TDC en general. Els medicaments reduïen la freqüència i la gravetat de les preocupacions per l'aspecte. També van ajudar al malestar emocional relacionat amb el trastorn, van reduir el pensament suïcida i van millorar la visió dels pacients sobre la seva malaltia.

¹⁹ Estudi anomenat *Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample*, fet per Benedetta Monzani, Fruhling Rijdsdijk, Alessandra C. Iervolino, Martin Anson, Lynn Cherkas, David Mataix-Cols.

Tanmateix, això no demostra que els pacients amb TDC tinguin nivells baixos de serotonina o que nivells anormals de serotonina causin TDC. Es necessita encara fer més investigacions per descobrir quines anormalitats neuroquímiques s'associen al TDC.

3.3. Desencadenants del TDC

Tot i que ja hem vist com el passat pot portar a desenvolupar suposicions de l'aparença poc útils, els esdeveniments més recents també poden desencadenar o agreujar les preocupacions sobre l'aspecte subjacent de la persona amb TDC. Aquests desencadenants poden fer que la persona comenci a tenir una imatge corporal negativa, i per tant, comenci a tenir un problema important.

Aquests, d'alguna manera, estan lligats a les suposicions sobre l'aparença, és a dir, els desencadenants del TDC solen ser coses que admeten o amenacen donar suport a aquelles suposicions. Per exemple, si una persona assumeix "Si la meua aparença destaca, els altres riuran de mi", llavors un desencadenant podria ser una situació on la persona és el centre d'atenció (festa d'aniversari o casament). Tot i que la persona no hagi estat mai ridiculitzada en públic per la seva aparença, aquesta creu que hi ha un percentatge molt alt que pugui passar.

D'altra banda, un exemple d'un desencadenant que admet la suposició de l'aparença, és rebre un comentari negatiu ("et veus horrible"), ja que la preocupació que la persona se senti ridiculitzada, és molt probable.

Els exemples més comuns dels desencadenants del TDC poden ser:

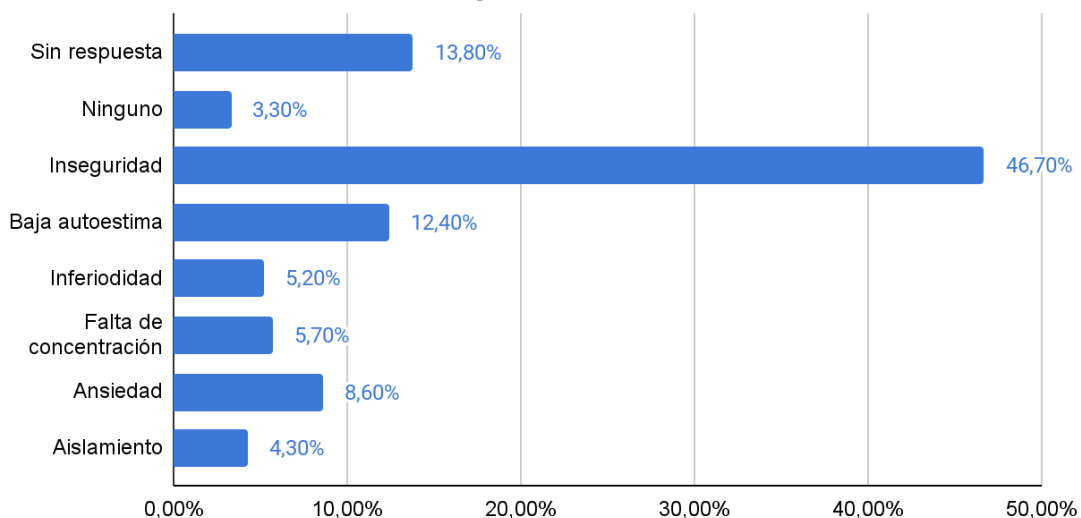
- Comentaris negatius directes (per exemple, "ets lleig/a").
- Comentaris indirectes (per exemple, "avui et veus diferent"), i comentaris indirectes per canviar l'aparença (per exemple, si un dentista et pregunta si vols blanquejar les dents, perquè les tens molt grogues).
- Rebuig percebut o real per part dels altres (per exemple, quan una persona trenca una relació).
- Situacions en què les persones poden avaluar l'aparença (per exemple, anar a una cita, conèixer gent per primera vegada o entrevistes de treball).
- Situacions on la persona amb TDC és el centre d'atenció o pot captar l'atenció dels altres (per exemple, haver de fer un discurs, ser fotografiat).
- Estar amb o veure a persones les quals la persona amb el trastorn considera que són més convencionalment atractives que ella (veure un model en una revista o els actors i actrius en la televisió).
- Veure una fotografia on la persona surti o cregui que surt poc afavorida.
- Notar un lleuger canvi en l'aparença (un cabell grisós, pèrdua de to muscular, acne).

4. Els signes i símptomes

El TDC té diferents signes i símptomes els quals depenen majoritàriament de la persona amb el trastorn. Tot i això, els símptomes més observats en pacients amb TDC són:

- Extrema obsessió amb la seva aparença física: s'enfoquen en coses específiques (com nas, ulls, orelles...) i arriben a pensar que aquell defecte els fa deformes o lletjos.
- Creença que la resta veu la teva aparença de manera negativa i fixant-se només en el defecte: com a conseqüència eviten ser vistes, és a dir, eludeixen sortir en públic, especialment en situacions que es perceben com socialment intenses (ocasions especials com aniversaris, esdeveniments multitudinaris, parlar en públic...), fins al punt d'aïllar-se sense sortir de la seva casa. També eviten tenir qualsevol mena de miralls a la llar.
- Conductes dirigides a ocultar o solucionar el defecte: com ocultar-lo amb la roba, maquillatge, procediments cosmètics... Aquestes conductes permeten a la persona que pateix el trastorn, reduir l'ansietat i l'angoixa provocada pel mateix.
- Tenir una imatge falsa de la seva aparença: les persones amb TDC són incapaçes de veure el seu cos tal com és, només se centren en les imperfeccions. Es comparen constantment amb la resta i busquen una contínua aprovació.

Síntomas afectivos ocasionados en el ELMCUAA por su imagen corporal actual



20

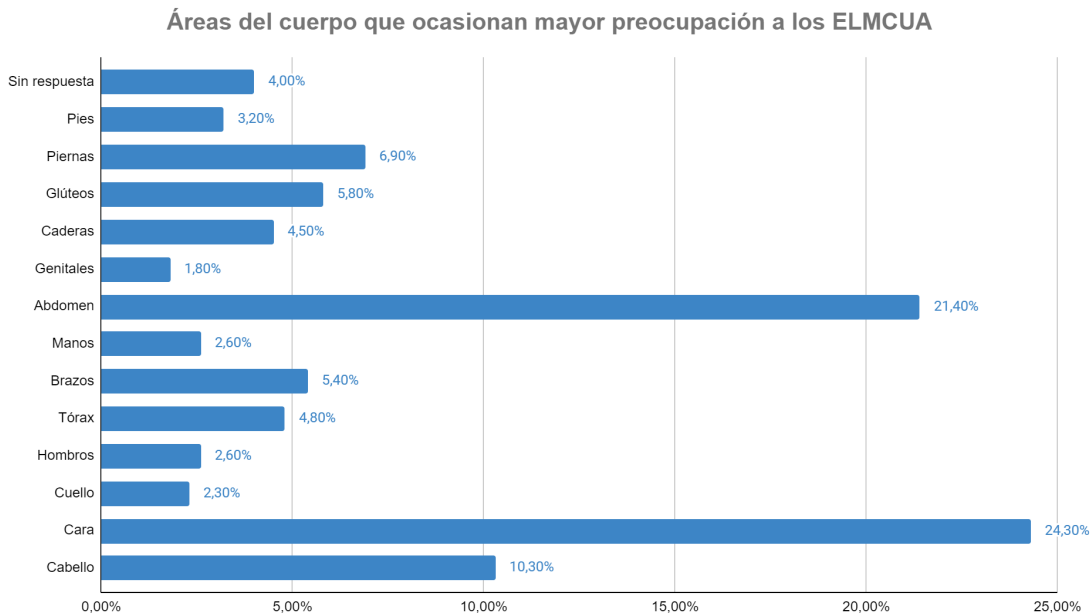
En algun moment del curs del trastorn, les persones desenvolupen i realitzen almenys una conducta repetitiva o acte mental centrat en el cos, en resposta a la preocupació. Es tracta de conductes de control d'impulsos que impliquen accions compulsives i repetides

²⁰ Gràfic extret del document *Prevalencia de trastorno dismórfico corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. FONT: mediagraphic.com

relacionades amb l'aspecte físic d'un individu. Un clar exemple seria, arrancar-se els cabells, mossegar-se les galtes o ungles, entre d'altres.

Les característiques amb les quals s'obsessionen poden anar canviant amb el temps i enfocar-se en una o més parts del seu cos. Les característiques més comunes amb les que tendeixen a obsessionar-se són les següents:

- Rostre: incloent ulls, nas, acne, arrugues, etc.
- Cabell
- Pes, altura i to muscular
- Aparència o to de la pell
- Mida dels pits
- Genitals



21

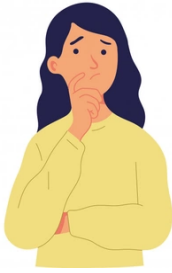
Les persones amb TDC solen buscar tractaments cosmètics per “solucionar” els seus defectes percebuts. Aquests tractaments poden variar, des de cirurgia estètica fins a altres procediments, com ara tractaments per suavitzar la pell, que poden costar milers d'euros. Així i tot, poques vegades milloren els símptomes del TDC. Normalment, les persones informen d'un augment de les preocupacions sobre la seva aparença o desenvolupen noves àrees de preocupació després d'haver-se realitzat un tractament.

4.1. Preocupacions sobre l'aparença

És una experiència humana comuna on ens enfrontem a una situació difícil o amenaçant i de la qual, molt sovint, ens resulta bastant complicat desviar la nostra atenció. Aquesta és una actitud primària i útil del nostre instint de supervivència. Si una persona s'enfronta a

²¹ Gràfic extret del document *Prevalencia de trastorno dismórfico corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. FONT: mediagraphic.com

una amenaça real, vol que tota la seva atenció se centri en aquella situació i que la seva ment comenci a avaluar i buscar solucions per resoldre el problema.



Young girl thinking.
FONT: pinterest.com

Malauradament, moltes persones que pateixen TDC tenen gran dificultat per desviar els seus pensaments o atenció sobre la seva aparença. Les persones amb TDC creuen que hi ha algun tipus d'error o amenaça en la seva aparença. Per tant, la seva atenció se centra en l'àrea de preocupació, i comencen a avaluar i a buscar mentalment solucions pel problema aparentment existent. Convé ressaltar, que fins que no creuen que l'amenaça s'ha resolt, el que sol passar rarament, aquests pensaments negatius continuen.

Hi ha moltes maneres de descriure aquesta experiència mental, les quals inclouen, preocupacions, rumiar, avaluar-se i obsessionar-se. Entre d'altres poden incloure:

- Preguntes sense resposta: "Per què em veig així?"
- Autocrítiques: "Sóc molt lletja".
- Fantasies: "Si sigues més alta, llavors..."
- Comparacions negatives: "Ella és molt més atractiva que jo".
- Sobregeneralització: "Aquest gra arruïna completament la meua aparença".
- Preocupacions: "I si es riuen de mi?" i reflexions negatives sobre el passat: "Si no hagués tingut aquell tractament, llavors..."

Les persones amb TDC freqüentment informen d'una sèrie d'imatges mentals angoixants referents a la seva aparença, les quals es reproduïxen una vegada darrere l'altra en les seves ments.

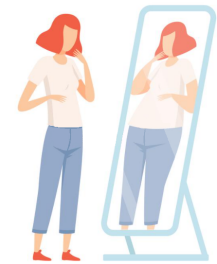
Com s'ha mencionat abans d'una manera més general, les persones amb el trastorn, sovint reporten tasses altes de depressió, ansietat, sentiments de repugnància i fàstic quan pensen en la seva aparença. Tot i que les persones amb TDC creuen que aquestes preocupacions i pensaments negatius són un intent de trobar solució per la seva imatge corporal negativa, en realitat, només serveixen més reforçar aquesta imatge negativa que tenen sobre el seu cos, i normalment promouen conductes inútils com a forma de gestionar els pensaments negatius.

4.2. Comprovació i cerca de seguretat

Comprovar o demanar tranquil·litat sobre les coses que ens preocupen és un comportament humà normal. La majoria de persones alguna vegada hem pensat "No estic segur d'haver tancat la porta correctament", i per tant hem hagut de tornar i revisat que la porta estigués bé tancada, al mateix temps, també podem arribar a preguntar a altres persones si hem tancat la porta, perquè aquestes ens confortin i ens donin tranquil·litat. En general, aquests actes faran que ens sentim menys preocupats.

Aquests comportaments també es poden aplicar a la nostra aparença, totes les persones ens revisem com ens veiem en el mirall i, fins i tot, arribem a preguntar si la manera en la qual anem vestits o pentinats està bé abans de sortir de casa.

Són accions quotidianes que les persones amb TDC porten a l'extrem, a causa de la seva preocupació excessiva i autocrítica sobre la seva aparença. Sovint es veuen involucrades en una excessiva comprovació en els miralls, comparació amb els altres i recerca de consol. Aquests comportaments se solen realitzar per veure si el "defecte" percebut per la persona amb el trastorn, segueix existint i veure si ha empitjorat o comprovar si és tan dolent com la persona es pensava.



Dona amb TDC, mirant-se al mirall
FONT: <https://es.123rf.com>

Aquestes són algunes accions en les quals persones amb TDC han informat participar freqüentment i de manera repetida, és a dir, exposicions i rituals:

- Mirar-se en miralls i comprovar la seva aparença en superfícies reflectants (com per exemple, finestres).
- Revisar les àrees del seu cos visualment, amb el tacte o escanejant mentalment aquella àrea.
- Verificar la seva aparença fent-se una fotografia o gravant un vídeo d'ella mateixa.
- Medir les parts del cos, amb cinta mètrica o calibradors.
- Fer comparacions, tant amb fotografies antigues d'elles mateixes, o comparant la seva aparença amb la de la resta de gent.
- Preguntar a membres de la família, amics i professionals per la seva aparença, ja sigui per assegurar-se de què la seva aparença aparenta estar bé o per convèncer als altres dels seus "defectes".

Com més es centri en la seva aparença, participant en aquests comportaments, més susceptible i sensible serà la persona a qualsevol aspecte negatiu del seu aspecte físic. Així mateix, més probable serà que noti petits canvis en el físic, que passen desapercebuts pels altres. Per tant, contra més involucrats estiguin en aquests comportaments, més forta es tornarà la seva imatge corporal negativa.

4.3. Prediccions negatives

En general, les persones amb TDC solen fer prediccions negatives sobre com els altres les percebran en situacions socials. Aquestes solen sobreestimar la probabilitat de què els



Home trist i deprimid
FONT: <https://www.istockphoto.com>

altres responguin a la seva aparença de manera negativa, subestimar les seves capacitats per lidiar amb la situació, si succeeix; i descartar qualsevol informació que suggereixi que les coses no seran tan dolentes com elles creuen que seran. Per exemple, passen per alt les vegades que han estat en algun esdeveniment social i cap persona ha fet un comentari negatiu sobre el seu aspecte, o també passen per alt totes les ocasions on una altra persona ha complementat positivament la seva aparença.

Normalment, aquestes prediccions negatives sorgeixen com a resultat de les suposicions de l'aparença de la persona amb TDC, les quals són enfrontades amb una situació desencadenant del trastorn.

Un exemple podria ser: una persona manté la suposició "Si la gent veu el meu "defecte", sentirà fàstic de mi". Un dia aquesta decideix sortir de festa (situació desencadenant) i la seva ment pot començar a pensar prediccions com: "això terminarà malament", "si les persones em veuen de prop, sentiran fàstic i voldran marxar"... Aquestes prediccions fan que la persona s'angoixi i deixi de socialitzar, sortir de casa, treballar o estudiar. També poden generar sentiments d'impotència i desesperança sobre el seu futur.

Així doncs, aquests tipus de pensaments només reforcen la imatge negativa en la qual es veuen atrapades les persones amb TDC.

4.4. Conductes d'evitació i seguretat

Les conductes d'evitació i seguretat són estratègies utilitzades per tractar de protegir-nos d'experimentar ansietat i incidents potencialment negatius. Les persones que experimenten TDC acostumen a evitar molts tipus de persones, llocs i situacions potencials en les quals poden sentir que la seva aparença pot ser qüestionada per altres, o on senten que els seus "defectes" físics seran recordats. Com s'ha mencionat en apartats anteriors, normalment intenten evitar situacions socials, persones normativament atractives, miralls, mirar-se en fotografies o assistir a cites (per exemple, perruqueria, esteticistes o dentistes).

Aquestes conductes d'evitació poden funcionar durant un curt període de temps, ja que les persones amb el trastorn reben menys recordatoris sobre els seus "defectes" en el seu aspecte, per tant, també hi ha menys possibilitats que les persones les puguin jutjar i conseqüentment, es preocuparan menys i no se sentiran tan angoixats.

No obstant això, utilitzar les conductes d'evitació a llarg termini és el que fa que les pors continuïn, i pot empitjorar l'estat mental de la persona. Evitant certes situacions socials i persones, la persona amb TDC mai tindrà l'oportunitat de posar a prova si les seves creences/suposicions de la seva aparença són certes, per tant, seguirà creient que les suposicions que ha fet sobre el seu aspecte físic són vertaderes. Això farà que les seves pors sobre la seva aparença segueixin existint.



Dona evitat contacte visual
FONT: <https://es.123rf.com>

El terme "comportaments de seguretat" fa referència a una forma alternativa d'evitació. Utilitzar aquests tipus de comportaments significa que la persona només s'aproximarà a un cert lloc, persona o participarà en una activitat si existeix algun pla de reforç. Aquests poden implicar conductes que la persona duu a terme per intentar millorar o amagar l'aparença, i per tant, evitar ser jutjats negativament

Exemples comuns de comportament de seguretat del TDC són:

- Utilitzar maquillatge, un cert pentinat o roba acuradament col·locada per ocultar l'àrea de preocupació o desviar l'atenció d'aquesta.
- Una cerca excessiva de tractaments de bellesa, dentals o dermatològics, o fins i tot, cirurgia estètica per corregir el "defecte" percebut.
- Participar en comportaments com pessigar-se la pell, arrancar-se els cabells o fer massa esport com un esforç per millorar l'aspecte d'una àrea particular o general.
- Anar a actes multitudinaris i festes a la nit o amb llum tènue, a més de només socialitzar amb gent de confiança per reduir les possibilitats de ser jutjat negativament.
- Mantenir certes postures, col·locar la cara d'una certa manera o tapar alguns trets amb les mans durant conversacions per amagar l'àrea "defectuosa".
- Evitar contacte visual amb altres individus per reduir les possibilitats de ser jutjat per aquests.

Igual que les conductes d'evitació, participar en comportaments de seguretat només redueix temporalment les preocupacions de la persona. Aquestes conductes generen una dependència, ja que la pròxima vegada que la persona s'enfronti a una situació semblant a les mencionades anteriorment, sentirà la necessitat de tornar a utilitzar-les, i mai aprendrà a sobreviure sense elles.

*La informació dels apartats anteriors ([5.1](#), [5.2](#), [5.3](#) i [5.4](#)) ha sigut extreta del document [What Keeps Body Dysmorphic Disorder Going?](#) del Center for Clinical Interventions (CCI)²².

4.5. Tractaments estètics i cosmètics

Com hem pogut observar, les preocupacions sobre l'aparença són el focus del TDC. Normalment les persones amb aquest trastorn busquen i reben tractaments cosmètics per corregir els seus "defectes" percebuts en comptes de tractar-los amb tractaments psiquiàtrics i amb especialistes. Les persones amb TDC busquen tractaments cosmètics per reduir la insatisfacció corporal relacionada amb les seves preocupacions i creences de l'aparença i, creuen que canviar la seva aparença amb diversos tractaments podrà solucionar les preocupacions constants que pateixen. Tot i això, aquests tractaments no solen fer-les desaparèixer, els nivells d'angoixa i de preocupacions no canvien, i en alguns casos, aquestes preocupacions empitjoren.

En entorns relacionats amb la cosmètica es poden observar altes taxes de prevalença de TDC. La majoria d'individus amb TDC busquen (71% fins a 76%)²³ i reben (64% fins a

²²Servei especialitzat de psicologia clínica a Perth, Austràlia Occidental, administrat a través del North Metropolitan Health Service.

²³ Dades extretes del [estudi](#) anomenat *Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder* fet per Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C.

66%)²⁴ tractaments cosmètics, com cirurgia estètica (13,2%), dermatologia (11,3%) i cirurgies plàstiques, com la cirurgia de rinoplàstia²⁵ (20,1%) i la cirurgia ortognàtica²⁶ (11,2%).

El tractament més freqüent que se solen realitzar els individus amb TDC és la rinoplàstia cosmètica, ja que la preocupació pel nas és una de les preocupacions més comunes en el TDC. La investigació sobre persones que busquen fer-se rinoplàsties va trobar que el 21% d'aquests individus complien amb tots els criteris del TDC. La diferència entre una persona que busca aquest tipus de tractament per culpa del trastorn i la que no, és que les persones amb TDC solen ser més joves, també tendeixen a estar més deprimits, més angoixats, i tenen preocupacions constants sobre el seu nas, tenen comportaments més compulsius i un funcionament psicossocial²⁷ més deficient.

Els problemes de la pell són una altra preocupació comuna del TDC i, com a resultat, els dermatòlegs són els metges que les persones amb TDC veuen amb més freqüència. La taxa de prevalença del TDC en entorns dermatològics oscil·la entre el 9% i el 15%. Els tractaments dermatològics més comuns que es van buscar en l'estudi "*Body dysmorphic disorder in dermatology: Diagnosis, epidemiology and clinical aspects*" fet per Cornado, L.A. van ser l'ús de teràpia tòpica²⁸, *peeling* químic²⁹, cirurgies plàstiques, làsers no ablatius³⁰, "*fillers*"³¹, isotretinoïna sistemàtica³² i toxina botulínica³³.

A més a més, els individus amb el trastorn solen tenir més probabilitat d'estar insatisfets amb els resultats del tractament dermatològic.

²⁴ Dades extretes del [estudi](#) anomenat *Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder* fet per Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS.

²⁵ Cirurgia de nas destinada a corregir aspectes estètics i funcionals del nas.

²⁶ És una cirurgia dissenyada per corregir les afeccions de la mandíbula i de la cara.

²⁷ Constructe complex i multidimensional, que fa referència a les habilitats d'una persona per aconseguir metes i rols socials definits, així com per cuidar-se a si mateixa i gaudir del seu temps lliure.

²⁸ Permet que el principi actiu s'apliqui directament sobre l'òrgan diana, la pell, per tal d'aconseguir alleugeriment o curació.

²⁹ Tècnica de tractament corporal que s'utilitza per millorar i suavitzar la textura de la pell, sovint la pell de la cara, fent servir una solució química que fa que la pell morta es desprengui i finalment és enlairament.

³⁰ Procediment no invasiu que permet utilitzar un sistema diferent per a tota mena de pell, aportant to, lluminositat i pell amb aspecte més juvenil, milloren les arrugues fines de la pell, seqüeles moderades d'acne, imperfeccions vasculars i pigmentàries.

³¹ Productes elaborats a base de materials biocompatibles que s'encarreguen de proporcionar volum a la cara i omplir els buits i solcs marcats per les arrugues.

³² Tractament dermatològic per tractar l'acne.

³³ Substància utilitzada per tractar l'excés de sudoració (hiperhidrosi) o tractar les arrugues d'expressió.

Les persones amb TDC també busquen altres tipus de procediments cosmètics, inclosos els tractaments dentals i altres tractaments estètics. En un [estudi](#)³⁴, el 4,2% dels pacients que es volien fer un tractament dental, va complir amb els criteris de TDC.

Com s'ha mencionat abans, la majoria de les persones amb TDC segueixen insatisfetes amb la seva aparença després del tractament cosmètic. A més a més, les observacions clíniques indiquen que les preocupacions sobre l'aparença poden canviar cap a altres zones del cos després d'haver-se fet el tractament, i en alguns pacients, els símptomes del TDC poden ser més greus després d'haver rebut el tractament.

A més, hi ha un major risc de comportament violent cap als metges que proporcionen els tractaments cosmètics. En un estudi, un 2% dels cirurgians estètics van indicar que havien estat físicament amenaçats per un pacient amb TDC³⁵ (Sarwer, 2002).

En conclusió, atès que els tractaments cosmètics pel TDC poques vegades resolen els símptomes del trastorn i, en alguns casos, empitjoren els símptomes, no es recomana tractaments cosmètics pels individus que pateixen del trastorn. Es recomana demanar ajuda d'un professional i utilitzar tractaments que si han demostrat ser útils per tractar el TDC. Existeixen diversos tractaments basats en l'evidència pel TDC que s'associen a la millora dels símptomes i el funcionament, inclosos els medicaments psicotròpics (inhibidors de la recaptació de serotonina) i la teràpia conductual cognitiva.

³⁴ Estudi anomenat *Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: A comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample* fet per De Jongh, A., Aartman, I. H., Parvaneh, H., & Ilik, M.

³⁵ [Estudi](#) anomenat *Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: Results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. Aesthetic Surgery Journal* fet per Sarwer, D.B.

5. Diagnòstic

Per diagnosticar el TDC, s'han de seguir els criteris del diagnòstic del DSM-V. Aquest estableix que els criteris per diagnosticar el TDC són:

- Preocupacions per l'aparença: l'individu ha d'estar preocupat per un o més defectes o "errors" inexistents o lleus en la seva aparença física. La "preocupació" es duu a terme pensant en els defectes percebuts mínim una hora al dia. El diagnòstic del TDC no inclou preocupacions per defectes de l'aparença obvis, és a dir, els que són fàcilment perceptibles i clarament visibles a distància convencional, com per exemple, l'obesitat (aquestes "preocupacions" es poden diagnosticar com "Un altre trastorn obsessiu-compulsiu específic i relacionat").
- Comportaments repetitius: l'individu ha de realitzar comportaments repetitius i compulsius en resposta a les preocupacions sobre la seva aparença. Són conductes compulsives que poden ser observades per altres. Uns exemples podrien ser, mirar-se al mirall, arreglar-se massa, pessigar-se la pell o canviar-se la roba. Altres compulsions poden ser actes mentals, com comparar la seva aparença amb la d'altres individus.
- Importància clínica: les preocupacions han de causar angoixa o deteriorament clínicament significatiu en àrees socials, ocupacionals o altres àrees importants del funcionament. Aquest criteri de diagnòstic és el que ajuda a diferenciar el TDC, trastorn que requereix tractament, de preocupacions d'aparença normals, les quals no necessiten tractament amb medicaments o teràpia.
- Diferenciació d'un trastorn alimentari: si les preocupacions sobre l'aparença se centren en estar massa gros o pesar massa, el metge ha de determinar quin tipus de trastorn defineix millor aquest comportament.

Si l'única preocupació del pacient està relacionada amb l'excés de grassa o pes, i els símptomes compleixen el criteri d'un trastorn alimentari, se li ha de diagnosticar un trastorn alimentari, i no un trastorn de conducta. D'altra banda, si no es compleixen els criteris del diagnòstic d'un trastorn alimentari, es pot diagnosticar TDC al pacient, ja que la preocupació per la grassa o el pes en una persona normal pot ser un dels símptomes de TDC. Tot i que pot passar que una persona tingui els dos trastorns alhora, el TDC va més enllà de les preocupacions de la grassa corporal o el pes.

- Especificadors: un cop que s'ha diagnosticat el TDC, els metges han d'avaluar en quin subgrup del trastorn es troba el pacient:
 - Dismòrfia muscular: es diagnostica si el pacient es preocupa per la seva estructura corporal, si aquesta és massa petita o és insuficientment muscular. Les persones amb aquest tipus de TDC tenen taxes més altes de suïcidi i, és més comú tenir trastorn per l'ús de substàncies o una qualitat de vida més pobre, que altres persones amb altres formes de TDC. El

tractament pels individus amb dismòrfia muscular requereix alguna modificació del tractament de TDC normal.

- Especificadors de coneixement: indiquen el grau de comprensió respecte a les creences del TDC (per exemple, “Em veig lleig” o “Em veig deforme”). Es poden distingir diferents nivells:
 - Amb perspicàcia³⁶ bona o justa: l'individu reconeix que les creences del TDC no són certes o no poden ser certes definitivament o probablement.
 - Amb poca perspicàcia: l'individu pensa que les creences del trastorn són probablement certes
 - Amb absència de perspicàcia o creences delirants: l'individu està completament convençut que les creences del TDC són certes.

El TDC no millora per si sol a no ser que sigui tractat per un professional de la salut mental. Si aquest no és tractat, pot empitjorar amb el temps causant ansietat, depressió, problemes de salut o, fins i tot, conductes suïcides.

Passa molt sovint que el TDC es diagnostica erròniament com un altre trastorn. Si es diagnostica erròniament, és possible que els pacients no rebin l'atenció adequada i no millorin amb el tractament que es pot proporcionar. Moltes vegades és fàcil confondre'l amb altres trastorns:

- Trastorn obsessiu-compulsiu (TOC): “trastorn d'ansietat en la qual una persona té un pensament, un temor o una preocupació irracional que tracta de controlar i dur a terme unes activitats rituals per reduir l'ansietat”.
Si les preocupacions i comportaments repetitius se centren en l'aparença (incloses les preocupacions per la simetria del cos) s'ha de diagnosticar el TDC en comptes del TOC.
- Trastorn d'ansietat social (fòbia social): “por intensa i persistent de ser observat i jutjat pels altres”.
Si l'ansietat social i l'evitació social es deu a la vergonya per un defecte percebut a l'aparença, i es compleixen els criteris del diagnòstic del TDC, s'ha de diagnosticar com a tal.
- Trastorn depressiu major (depressió): “trastorn de l'estat de l'ànim que provoca un sentiment persistent de tristesa i perduda d'interès. Afecta com una persona se sent, pensa i es comporta, pot provocar una varietat de problemes emocionals i físics”.
Una persona pot patir de depressió i ser diagnosticada amb TDC si compleix els criteris de diagnòstic.
- Tricotil·lomania (trastorn d'arrancar-se els cabells): “trastorn mental que implica impulsos recurrents i irresistibles d'arrancar-se els pèls del cuir cabellut, les celles o altres àrees del cos, tot i intentar aturar-ho”.

³⁶ Facultat per adonar-se de coses que passen inadvertides als altres.

Quan es vol depilar amb pinces, arrancar-se o tirar-se del cabell amb l'objectiu de millorar els defectes percebuts en l'aparença del borrisol corporal o facial, s'ha de diagnosticar el TDC.

- Excoriació (trastorn de pessigar-se la pell): “trastorn mental de l'espectre obsessiu-compulsiu que es caracteritza per la urgència o l'impuls de pessigar-se la mateixa pell fins al punt de produir un dany psicològic o físic”.

Quan la persona intenta pessigar-se la pell per millorar els defectes percebuts en l'aparença d'aquesta, se li ha de diagnosticar el TDC.

- Agorafòbia: “trastorn d'ansietat on es té por a llocs o situacions que podrien causar pànic a la persona o fer-la sentir atrapada, indefensa o avergonyida. Por a una situació real o anticipada, com estar en espais oberts o utilitzar el transport públic”.

Si s'evita situacions per la por que la resta de la gent pugui notar o veure els defectes de l'aparença percebuts d'una persona, s'ha de diagnosticar el TDC en comptes d'agorafòbia.

- Trastorns d'ansietat generalitzada: “trastorn que es caracteritza per l'ansietat i preocupació excessiva i continua, les quals són difícils de controlar i interfereixen amb les activitats diàries de la persona diagnosticada”.

A diferència del trastorn d'ansietat generalitzada, l'ansietat i la preocupació en el TDC se centren en els defectes percebuts per la persona en la seva aparença.

- Esquizofrènia i trastorn esquizoafectiu: “l'esquizofrènia és una malaltia mental que interfereix amb la capacitat de pensar amb claredat, manejar les emocions, prendre decisions i relacionar-se amb els altres. Es caracteritza per les al·lucinacions i deliris (creences falses)”. “El trastorn esquizoafectiu és una condició crònica de salut mental, caracteritzada pels símptomes de l'esquizofrènia, com al·lucinacions o deliris, i símptomes d'un trastorn de l'estat d'ànim, com la depressió”.

Els símptomes psicòtics relacionats amb el TDC, els quals són creences delirants sobre defectes en l'aparença i altres deliris relacionats, reflecteixen la presència del mateix en comptes de la presència d'un trastorn psicòtic.

- Síndrome de referència olfactiva: “és un trastorn delirant i obsessiu-compulsiu que es basa en una creença falsa persistent i una preocupació per l'olor corporal acompanyada d'una angoixa significativa i un deteriorament funcional”.

La preocupació per emetre una olor corporal desagradable és un dels símptomes de la síndrome de referència olfactiva, no del TDC (tot i que els dos tipus de trastorns tenen moltes característiques similars).

- Trastorn d'alimentació: afeccions conductuals caracteritzades per alteracions greus i persistents en la conducta alimentaria, pensaments i emocions associades. Poden ser afeccions que afecten la funció física, psicològica i social.

Si una persona de pes normal està excessivament preocupada pel seu pes, i no compleix amb els altres criteris de diagnosi d'un trastorn alimentari, a aquella persona se li ha de diagnosticar TDC.

- Preocupació dismòrfica: preocupació excessiva per un defecte lleu o imaginari en l'aparença física amb l'evitació social i el comportament dirigit a controlar el defecte

en l'aparença. La preocupació dismòrfica no és una diagnòsi del DSM, però hi ha a vegades que es confon amb el TDC.

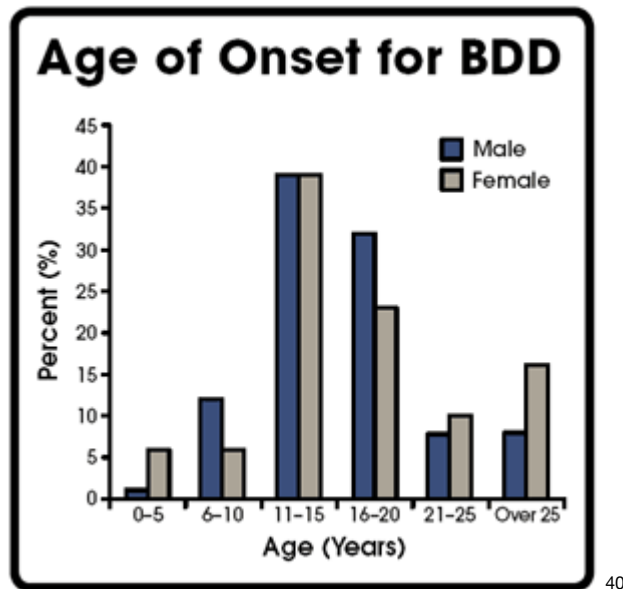
La preocupació dismòrfica se centra en les inquietuds sobre l'aparença, però també pot incloure una inquietud per l'olor corporal o alguna preocupació somàtica³⁷ no relacionada amb l'aparença, totes aquestes preocupacions no són símptomes del TDC.

En conjunt, podem dir que sí els símptomes es fixen majoritàriament en l'obsessió per l'aparença i en millorar aquesta utilitzant diferents mètodes, s'haurà de diagnosticar TDC al pacient.

³⁷ Queixes físiques que ocasionen malestar, en absència de descobriments clínics que permeten justificar una causa orgànica, és a dir, coneguda.

6. Desenvolupament i curs del trastorn

L'interval d'edat d'inici del trastorn en la seva forma subclínica³⁸, amb preocupacions sobre l'aparença, però que encara no compleixen els criteris del TDC del DSM-V, es podria situar entre els dotze i els tretze anys, sent l'edat mitjana de començament del trastorn, ja seguint els criteris de diagnòstic del DSM-V, al voltant dels quinze anys. Dues terceres parts dels individus que presenten el trastorn han experimentat l'aparició dels signes i símptomes abans dels divuit anys.³⁹



40

Els símptomes del TDC del cos subclínic comencen, de mitjana, a l'edat dels dotze o tretze anys. Tot i que les preocupacions subclíniques evolucionen gradualment fins al trastorn complet, hi ha individus que experimenten una aparició brusca del trastorn.

Les característiques clíniques del trastorn semblen molt similars en nens, adolescents i adults.

El TDC sol ser crònic, és a dir, és un trastorn de llarga duració, que generalment té una progressió lenta.

Les persones que han tingut l'aparició del trastorn abans dels divuit anys són més propenses que aquells amb TDC d'aparició adulta a intentar suïcidar-se, tenir més comorbiditat⁴¹, és a dir, patir dos o més trastorns a la vegada i presentar un trastorn gradual.

³⁸Alteracions que no s'expressen amb signes i símptomes detectables; però es revelen a partir dels efectes que generen en l'acompliment i funcionalitat general del subjecte.

³⁹ Informació extreta del DSM-V.

⁴⁰ Gràfic extret de *Healthy vs Living. Body Image*. FONT: <https://mrkhealth.pbworks.com>

⁴¹ Coincidència en una persona d'un o més problemes de salut crònics addicionals a un altre problema de salut, sovint també crònic, que es considera principal o que és l'objecte d'estudi.

A continuació, ens centrarem en el TDC en adolescents. L'adolescència es caracteritza per canvis dramàtics en l'aspecte físic de la persona, motiu pel qual aquesta etapa de desenvolupament és quan els símptomes del TDC tendeixen a aparèixer. El TDC en adolescents sembla que afecta tant a nois com a noies, i sovint apareix en els darrers anys de l'adolescència.

El TDC a l'adolescència pot resultar especialment angoixant, ja que aquests anys són un moment vulnerable de molts canvis. No obstant això, en molts casos, els símptomes del TDC durant el període adolescent són temporals, i disminueixen a mesura que la persona envellaix. Tot i això, és vital controlar i proporcionar suport psicològic adequat als adolescents amb TDC, ja que en casos no tractats poden persistir fins a l'edat adulta.

La prevalença del TDC en la població adolescent general és del 2,2%. Si concretem les dades a adolescents estudiants, el coeficient seria de 3,3%.

7. Tractaments

Hi ha diferents tipus de tractaments per ajudar a les persones que pateixen TDC. L'objectiu dels tractaments és millorar la qualitat de vida i el funcionament general dels pacients, al mateix temps que s'intenta disminuir l'angoixa associada amb les preocupacions sobre l'aparença i els comportaments compulsius que també es veuen comunament en el TDC.

El tractament amb TDC sovint inclou:

- Psicoteràpia: teràpia conductual cognitiva (TCC). S'ha demostrat que la TCC és útil per tractar els símptomes del TDC, tant en la teràpia individual com en la teràpia grupal, i és l'únic tipus de tractament psicològic pel TDC recolzat amb investigacions. Aquest tractament permet trencar patrons de pensament existents en els pacients, i aprendre nous hàbits i formes de pensar. Dintre de la TCC també trobem un procés anomenat psicoeducació.
- Medicació psicotròpica

7.1. Teràpia conductual cognitiva

La teràpia conductual cognitiva (TCC) és un tractament basat en la idea que la nostra percepció influeix en com pensem i com ens comportem. A més a més, afirma que els problemes psicològics s'adquireixen i s'alteren a través de processos d'aprenentatge. S'ajuda als pacients a identificar, desafiar i modificar el pensament i patrons de comportament problemàtics que mantenen els seus símptomes. La TCC està adaptada per a cada persona i pel seu problema específic. Aquesta intervenció psicològica ajuda en la reducció de la severitat dels símptomes i reduir l'angoixa psicològica.

Podem trobar dos tipus de TCC, la teràpia individual i la teràpia grupal o familiar, en la qual s'involucren als membres de la família del pacient. Això és especialment important en els adolescents.

Un [estudi](#)⁴² proposat per revisar l'eficàcia de diferents mètodes de teràpies cognitives i/o conductuals pel tractament del TDC, va poder afirmar que la TCC pot ser capaç de millorar els símptomes del TDC en pacients adults.

7.1.1. Procediment en la TCC per pacients amb TDC

Com he anomenat abans, la TCC pot ser tant individual com en grup, però ens centrarem en la individual. En la TCC individual, el terapeuta i el pacient treballen en equip per identificar i desafiar els patrons de pensament i comportament involucrats en els símptomes específics del TDC. Particularment, l'objectiu del TCC és ajudar a les persones a identificar els seus pensaments relacionats amb l'aparença i a desenvolupar creences més flexibles.

⁴² Estudi sobre la teràpia conductual cognitiva per al TDC, per comprovar la seva eficàcia, fet per Angélica M Prazeres, Antônio L Nascimento i Leonardo F Fontenelle.

Durant les sessions, se li demana al pacient que gradualment participi en situacions cada vegada més desafiantes (les quals ajudaran a disminuir l'ansietat a llarg termini), treballant per canviar la forma en la qual el seu cervell respon als factors desencadenants del trastorn. Aquest procés també és anomenat habituació. Un exemple és com el pacient aprèn a desafiar els pensaments negatius automàtics sobre la seva imatge corporal.

Les persones amb TDC també aprenen estratègies per tractar de disminuir i abordar l'ús de conductes d'evitació (evitar el contacte visual amb altres persones) i conductes compulsives (comparar-se repetidament amb diferents persones). Quan la persona amb TDC utilitza aquest tipus de conductes, ho fa per disminuir l'ansietat o angoixa provocada pels símptomes del trastorn, però, en realitat, aquestes accions fomenten el problema del pacient. Només quan la persona troba altres alternatives per lidiar amb els desencadenants dels símptomes, sense dependre d'aquestes conductes, pot començar a superar el TDC.

A més, la TCC ajuda a les persones amb TDC a com "observar el panorama general". Per exemple, les persones aprenen a veure's a si mateixes d'una manera més integral i a no jutjar-se quan estan davant d'un mirall, en comptes d'enfocar-se en els seus defectes.

Les estratègies de la TCC són practicades en les sessions de teràpia i com a deures assignats entre sessions, de manera que ajuden al pacient a aprendre noves habilitats i a utilitzar-les en diferents tipus de situacions. Com s'ha mencionat anteriorment, les sessions es poden fer amb membres de la família i persones estimades pel pacient, fet que succeeix en la majoria dels casos. Els terapeutes poden ser útils per brindar informació sobre el TDC i ajudar als membres de la família a trobar estratègies més útils i de suport per ajudar a la persona amb el trastorn.

7.1.2. Estratègies cognitives

Els terapeutes presenten als pacients errors cognitius comuns en el TDC, com "pensar en tot o res" ("Aquesta cicatriu em fa completament repugnant") o "llegir la ment" ("Sé que la meva parella desitja que tingui la pell millor"). Després s'anima als pacients a monitoritzar els seus pensaments basats en l'aparença dintre i fora de les sessions i a identificar els errors cognitius ("Per què estic tan nerviós per viatjar en autobús?" - "per les mirades"). Una vegada que el pacient ha adquirit alguna habilitat per identificar aquest tipus de pensaments i errors cognitius, el terapeuta pot començar a avaluar els pensaments amb el pacient.

El terapeuta ajuda al pacient a avaluar la validesa dels seus pensaments (per exemple "Quina és l'evidència que altres estan, noten o jutgen el meu nas?"), a més a més, examinen la seva utilitat ("És realment útil per mi pensar que només puc ser feliç si tingués el nas més petit?").

Una vegada que el pacient ha après a identificar i reestructurar les creences o suposicions automàtiques, relacionades amb la seva aparença, es treballen les creences de nivell més profund (creences centrals). Les suposicions fonamentals més comunes en el TDC inclouen que "ningú no em pot estimar" o "sóc inadequat". Aquestes creences profundament

arrelades filtren les experiències del pacient i, si no són tractades, poden desfer el procediment i el manteniment del qual s'havia treballat anteriorment.

Aquestes creences normalment solen aparèixer durant el curs de la teràpia, però també es poden identificar utilitzant la tècnica de la fletxa cap a baix, que implica que el terapeuta preguntï repetidament sobre les pitjors conseqüències de les suposicions sobre l'aparença del pacient (pel pensament: "La gent pensarà que el meu nas és molt gran", el terapeuta preguntarà al pacient: "Que significaria si la gent notés que el teu nas és gran?"), així fins a arribar a la creença central ("Si la gent notés que el meu nas és gran, no seré agradat i això significarà que no sóc digne de ser estimat").

Les creences centrals negatives poden tractar-se mitjançant la reestructuració cognitiva, experiments conductuals i estratègies com "self-esteem pie" traduït com el pastís d'autoestima, que ajuda als pacients a aprendre a ampliar la base de la seva autoestima per incloure factors que no apareixen (habilitats, èxits, valors).

7.1.3. Prevenció d'exposicions i rituals (E/RP)

Abans de començar amb la E/RP, el terapeuta, juntament amb el pacient revisen els símptomes d'aquest per ajudar a identificar els rituals que duu a terme normalment (per exemple, la revisió o comprovació excessiva en els miralls, parlada en el punt [5.2. Comprovació i cerca de seguretat.](#)) i comportaments d'evitació, parlats en l'apartat [5.4. Conductes d'evitació i seguretat](#) (per exemple, evitar viatjar en metro). Després d'analitzar-los i revisar-los, el terapeuta i el pacient discuteixen el paper dels rituals i les conductes d'evitació en el manteniment dels símptomes del pacient.

El terapeuta i el pacient desenvolupen una jerarquia de situacions que provoquen ansietat i que són evitades pel pacient. Normalment, aquests eviten les activitats diàries o les activitats que podrien revelar el seu "defecte" percebut, com ara anar a comprar, anar a la platja, trobades sexuals íntimes, anar a treballar o a l'escola/ institut, o acceptar invitacions socials; també referenciat en el punt 5.4. La jerarquia ha d'incloure situacions que amplien les experiències socials generals del pacient. Per exemple, s'anima al pacient a sortir amb els seus amics dues vegades per setmana en comptes d'evitar a aquests en els dies que el pacient pensa que el seu "defecte" es pot percebre molt fàcilment.

La primera exposició hauria d'anar de lleugera a moderadament desafiant amb una alta probabilitat d'èxit. L'exposició pot ser molt intimidant i desafiant pel pacient, per tant, és important que el terapeuta proporcioni un fonament sòlid per l'exposició, validi l'ansietat del pacient mentre els guia cap al canvi, sigui pacient i animi al pacient a seguir cap endavant, i incorpori ràpidament la prevenció de rituals. Per reduir els rituals, els pacients són animats a controlar la freqüència i contextos en els quals els rituals es duen a terme. Posteriorment, el terapeuta ensenya als pacients, estratègies per eliminar els rituals aprenent primer a com resistir-los (per exemple, esperar abans de mirar-se al mirall) o reduir els rituals (utilitzar menys maquillatge quan surten en públic).

S'ha d'encoratjar al pacient a fer servir estratègies de prevenció de rituals durant els exercicis d'exposició. Sovint és útil fer dels exercicis d'exposició un "experiment de comportament" durant el qual avaluen la validesa de les prediccions negatives (per exemple, "Si no faig ús de la meva gorra, algú es riurà del cabell"). L'objectiu del E/RP és ajudar als pacients a practicar la tolerància de l'angoixa i adquirir nova informació per avaluar les seves creences negatives.

7.1.4. Psicoeducació

La psicoeducació es refereix al procés per proporcionar educació i informació a aquells que busquen o reben serveis de salut mental, com ara les persones diagnosticades amb malalties mentals (o, malalties terminals o potencialment mortals) i els seus familiars.

*La informació dels apartats anteriors ([8.1.1](#), [8.1.2](#), [8.1.3](#), [8.1.4](#)) ha sigut extreta de [International OCD Foundation](#)⁴³.

7.1.5. Centres de tractament pel TDC

El TDC és tractat a diferents centres arreu del món, el més destacat en tot el globus és Mayo Clinic, una entitat sense ànim de lucre dedicada a la pràctica clínica, l'educació i la investigació. La seva seu central, la Mayo Medical School, i les seves dependències per la investigació estan situades en Rochester, Minnesota; Scottsdale i Phoenix, Arizona; i Jacksonville, Florida.

En Espanya també poden destacar diferents centres especialitzats en tractar el TDC, com Instituto Madrid de Psicología, on es troba Paula González, especialista en el TDC, a més a més, també tracta atacs de pànic, l'agorafòbia, trastorn de personalitat i anorgàsmia⁴⁴. També poden trobar especialistes en el trastorn, en Psicia (Centro de Psicología Científica Aplicada), centre que també es troba a Madrid.

A Catalunya destaquen, Unidad de Neurociencias Clínica Corachan, Centro Bonanova de Psiquiatria y Psicología i Institut Barcelona de Psicologia, tots centres situats a Barcelona.

Tots els centres mencionats anteriorment es basen en la TCC com a tractament principal per tractar el trastorn.

7.2. Medicació psicotròpica pel TDC

Els medicaments psicotròpics són medicaments que s'utilitzen per tractar trastorns de salut mental. Molts d'aquests medicaments actuen ajustant la quantitat de substàncies

⁴³ Organització que té com a objectiu "ajudar tots els afectats pel trastorn obsessiu-compulsiu i els trastorns relacionats a viure una vida plena i productiva".

⁴⁴ Incapacitat persistent per experimentar un orgasme tot i tindre excitació sexual.

químiques principals en el cervell. Aquests productes químics es denominen neurotransmissors⁴⁵ i augmentar o disminuir certs neurotransmissors pot contrarestar alguns efectes dels trastorns mentals.

Aquests medicaments no són una cura pel trastorn, només ajuden a tractar-lo.

Un [estudi](#)⁴⁶ realitzat per saber si els medicaments eren la millor solució per tractar el TDC, va analitzar totes les dades sobre la farmacoteràpia i TDC, i va determinar que amb les dades disponibles, es podia afirmar que la farmacoteràpia adequada millora substancialment els símptomes centrals del TDC, el funcionament psicossocial, la qualitat de vida, les tendències suïcides i altres aspectes del TDC en la majoria de pacients.

Els inhibidors de la recaptació de serotonina⁴⁷ (SRI o ISRS) es consideren actualment el medicament d'elecció pel TDC. Aquests medicaments són antidepressius, però a diferència dels antidepressius que no són SRI, també ajuden a reduir els pensaments obsessius i els comportaments compulsius. Els SRI bloquegen la reabsorció de serotonina en les neurones. D'aquesta manera, hi ha més serotonina disponible per millorar la transmissió de missatges entre les neurones.

Els SRI no només són efectius per tractar el TDC, sinó que també pot tractar el trastorn depressiu major, la majoria de trastorns d'ansietat, el trastorn obsessiu-compulsiu i altres trastorns.

Dintre de la categoria dels SRI podem trobar diferents medicaments com: fluoxetina⁴⁸ (Prozac), escitalopram⁴⁹ (Lexapro), fluvoxamina⁵⁰ (Luvox), sertralina⁵¹ (Zoloft), paroxetina⁵² (Paxil) i clomipramina⁵³ (Anafranil). El citalopram (Celexa) és un altre SRI, però l'Administració Federal de Drogues (FDA) limita a una dosi de 40 mg al dia, i les persones amb TDC solen necessitar dosis més altres per tractar el trastorn.

⁴⁵ Substància química creada pel cos que transmeten senyals des d'una neurona fins a l'altra a través d'uns punts de contacte.

⁴⁶ Estudi anomenat *Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach*, fet per Katharine A. Philips i Eric Hollander. (2008)

⁴⁷ Neurotransmissor fundamental en la regulació dels estats d'ànim, les funcions fisiològiques i les conductes dels animals.

⁴⁸ Medicament per tractar la depressió, el trastorns obsessiu-compulsiu, atacs de pànic i alguns trastorns alimentaris.

⁴⁹ Antidepressiu per tractar la depressió en adults, nens i adolescents de 12 anys o més. També s'utilitza per tractar el trastorn d'ansietat generalitzada.

⁵⁰ SRI per tractar el trastorn obsessiu-compulsiu i el trastorn d'ansietat social.

⁵¹ Medicament per tractar la depressió, trastorn obsessiu-compulsiu, atacs de pànic, trastorn d'estrès posttraumàtic i trastorn d'ansietat social.

⁵² SRI que s'utilitza per tractar la depressió, trastorn de pànic, trastorn d'ansietat social, trastorn d'ansietat generalitzada i trastorn obsessiu-compulsiu.

⁵³ Antidepressiu que tracta el trastorn obsessiu-compulsiu.

Actualment cap dels medicaments mencionats anteriorment i altres, compten amb l'aprovació de la FDA per tractar el TDC, encara que, la investigació i l'experiència clínica suggereixen que aquests medicaments són segurs i efectius per la majoria de persones amb TDC. Tot i això, els medicaments que s'utilitzen per tractar altres trastorns mentals com la depressió o el trastorn obsessiu-compulsiu poden ser efectius en els pacients.

D'altra banda els estudis d'investigació sobre altres medicaments usats pel TDC són molt limitats. Per tant, els medicaments que no són SRI no es recomanen com l'únic tractament amb medicació pel TDC.

7.2.1. Efectivitat i dosis adequades

Actualment no hi ha cap estudi que indiqui quins dels SRI són millors o més eficaços que els altres. En general, s'escullen l'escitalopram o fluoxetina, ja que són els millors estudiats pel TDC. A més a més, són els que solen ser millor tolerats, tenint en compte les dosis amb les quals s'han de subministrar. Com a segona opció, poden ser la sertralina, però també, especialment quan hi ha un efecte insuficient dels SRI, es pot explorar un canvi a la clomipramina com a alternativa.

Avui en dia no hi ha estudis sobre les dosis adequades per tractar el TDC. No obstant això, clínicament està comprovat que el tractament per alleujar al pacient dels símptomes relacionats amb el TDC, sol ser molt similar al tractament pel trastorn obsessiu-compulsiu, en el qual es subministra dosis altes. Per tant, la majoria de persones amb TDC necessiten dosis relativament elevades de SR. A vegades s'ha de duplicar o triplicar la dosi estàndard dels antidepressius per tractar el TDC, i molt ocasionalment, els pacients amb TDC podran beneficiar-se amb dosis normals de SRI.

Els medicaments amb les dosis més altes són fluoxetina amb 60 mg al dia o més, escitalopram amb 30 mg al dia o més, fluvoxamina amb 200 mg al dia o més, sertralina amb 150 mg al dia o més, paroxetina amb 50 mg al dia o més i clomipramina amb 150 mg al dia o més. En qualsevol cas, molts pacients necessiten dosis més altes que les anomenades anteriorment per tractar amb èxit els símptomes del TDC i les dosis dels medicaments s'han d'individualitzar per cada persona.

Quan al pacient se li introdueix les possibilitats del tractament a partir de medicaments SRI, se li proposa que provi la medicació durant un període de temps, per veure si el SRI li és útil i disminueix els símptomes del trastorn. En aquestes situacions, normalment es descriuen tres mesos de tractament com a base per explorar l'efectivitat dels SRI en el TDC de la persona. Així i tot, es recomana que si el pacient està d'acord, s'allargui fins a quatre mesos el tractament per veure més clars els resultats.

7.2.2. Estratègies i combinacions amb els SRI

En bastants casos, s'ha plantejat afegir als SRI, antipsicòtics com una estratègia per millorar la salut del pacient, sobretot en casos on hi ha hagut ideació o intents suïcides, símptomes de depressió o al·lucinacions.

Tot i que els SRI són sovint eficaços, la majoria de pacients no responen o responen parcialment. No obstant això, no s'han realitzat estudis controlats amb placebo d'augment de SRI pel tractament del TDC.

D'acord amb les recomanacions dels Estats Units, la buspirona⁵⁴ que s'agrega als SRI pot ser ben tolerada pels pacients i, per tant, ser una opció adequada en molts casos de persones amb TDC. Alguns estudis han indicat que a l'afegir buspirona als SRI es pot millorar l'eficàcia i reduir els símptomes relacionats amb el TDC.

Només s'ha realitzat un [estudi](#) fet per Katharine A. Philips⁵⁵ sobre l'eficàcia de la combinació dels SRI amb un antipsicòtic, en aquest cas, la pimozida. Era un estudi doble-cec, completament aleatori i amb un placebo com a variable control. Es va voler utilitzar pimozida⁵⁶ 2 mg per dia, primer perquè els pacients no responien al tractament només amb SRI després de dues setmanes i després perquè és un medicament que s'utilitza en estratègies d'augment dels SRI en tractaments pel TOC i serveix per tractar els deliris somàtics⁵⁷.

Els resultats van ser que la pimozida va ser més eficaç que el placebo, tot i que l'efecte d'aquest medicament en els pacients va ser més aviat petit. Com a conclusions, es va determinar que s'havien de realitzar més estudis sobre l'augment dels SRI amb antipsicòtics.

En altres estudis i experiments clínics posteriors es va indicar que afegir altres medicaments com olanzapina o quetiapina⁵⁸ o fins i tot aripiprazole⁵⁹ als SRI, podia ser útil en situacions on els SRI, com únic medicament subministrat, donaven una resposta insuficient.

Altres farmacoteràpies han sigut suggerides per combinar-les amb els SRI, com per exemple la clomipramina⁶⁰, la venlafaxina⁶¹ i levetiracetam⁶². En la fase aguda del TDC i quan els símptomes són molt greus, es pot provar la benzodiazepina⁶³ en un període curt

⁵⁴ Ansiolític que s'utilitza per tractar el trastorn d'ansietat o el tractament durant un període curt de símptomes d'ansietat.

⁵⁵ Estudi anomenat *Placebo-Controlled Study of Pimozide Augmentation of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder*, fet per Katharine A. Philips.

⁵⁶ Medicament que s'utilitza en pacients amb esquizofrènia i trastorn d'ansietat.

⁵⁷ Creença falsa de què les funcions corporals internes o externes d'una persona són anormals.

⁵⁸ Antipsicòtics atípics que s'utilitzen per tractar els símptomes de l'esquizofrènia.

⁵⁹ Antipsicòtic atípic que s'usa per tractar els símptomes de l'esquizofrènia i el trastorn de Tourette, o també en casos especials, el trastorn autista.

⁶⁰ Antidepressiu que es fa servir per tractar a persones amb trastorn obsessiu-compulsiu.

⁶¹ Inhibidors selectius de la reabsorció de serotonina i norepinefrina que s'usa per tractar la depressió, trastorn d'ansietat generalitzada, el trastorn d'ansietat social i el trastorn de pànic.

⁶² Anticonvulsiu que s'usa per controlar les crisis convulsives d'inici parcial (convulsions que involucren només una part del cervell).

⁶³ Medicaments que disminueixen l'excitació neuronal i que tenen un efecte antiepilèptic, ansiolític, hipnòtic i relaxant muscular. S'utilitzen com a tractament de: Ansietat generalitzada.

de temps. Encara que, és important no prescriure aquests medicaments a llarg termini, a causa del desenvolupament de tolerància i dependència del pacient cap el medicament.

7.2.3. Obstacles pel tractament amb psicotròpics

Diversos estudis han revelat que el TDC no sol ser tractat amb farmacoteràpia. En un estudi fet per Phillips⁶⁴, revela que tot i que la majoria de pacients enquestats creien que el TDC era el principal problema que patien, només el 20% d'aquests pacients havien rebut un tractament centrat totalment en el TDC. Altres estudis també han mostrat que el TDC se sol tractar amb dosis inadequades i amb seleccions inapropiades de tractaments mèdics.

Ulrike Buhlmann, professor de Psicologia en la Universitat Münster, va fer un [estudi](#)⁶⁵ a partir d'una enquesta en Internet a 172 persones amb TDC, sobre les raons per les quals el TDC d'aquestes persones no havia sigut tractat amb medicació. D'aquest experiment es va extreure que la raó principal per la qual molts pacients no eren tractats amb medicaments és perquè molts d'ells esperaven molt temps abans de buscar ajuda per tractar el TDC.

Aquest estudi va determinar que un 34% dels enquestats se sentien massa avergonyits per anar al metge, altres creien que només la cirurgia plàstica o algun tractament dermatològic els ajudarien (32%), un 21% tenien la sensació que els metges no entendrien les seves preocupacions sobre la seva aparença, altres pacients tenien por als efectes secundaris de la medicació (13%) o no se sentien llestos pel tractament pel TDC (7%), i un 6% dels enquestats no van tenir accés a una atenció especialitzada per tractar el trastorn.

D'altra banda, Phillips va fer un estudi naturalista observacional on es van fer entrevistes a 151 persones diagnosticades amb TDC. Es va trobar que la raó principal per la qual els pacients no van ser tractats amb farmacoteràpia era perquè mai se'ls va oferir un tractament amb medicaments malgrat un diagnòstic adequat amb TDC.

L'obstacle més gran pel tractament amb psicotròpics és el diagnòstic insuficient del TDC, així com no oferir el tractament adequat al pacient quan se li diagnostica TDC.

⁶⁴ Estudi anomenat *Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults*, fet per Katharine A Phillips, Elizabeth R Didie, William Menard, Maria E Pagano, Christina Fay, Risa B Weisberg.

⁶⁵ Estudi anomenat *Treatment barriers for individuals with body dysmorphic disorder: an internet survey*, fet per Ulrike Buhlmann.

8. El TDC i la seva relació amb altres trastorns

El TDC és altament comòrbid, és a dir, comporta o es relaciona amb malalties addicionals, com el trastorn depressiu major, l'alcoholisme o el consum de substàncies tòxiques, el trastorn d'ansietat social i el trastorn obsessiu-compulsiu. El TDC sovint condueix a ideació suïcida i trastorns de la conducta alimentària.

Les complicacions que poden ser causades per TDC són:

- Conductes o pensaments suïcides
- Trastorns alimentaris (bulímia, anorèxia...)
- Depressió o altres trastorns en l'estat d'ànim
- Trastorn obsessiu-compulsiu
- Trastorns d'ansietat o ansietat social
- Abús de substàncies

8.1. TDC i ideació suïcida

Conductes suïcides, pensaments suïcides o intents de suïcidi són comuns d'aparèixer en persones que pateixen TDC. Tot i que s'han realitzat poques investigacions sobre el suïcidi en persones amb TDC, les dades disponibles indiquen que les persones amb TDC tenen un risc notablement més elevat de suïcidar-se. El risc de suïcidi pot arribar a ser més elevat que en les persones amb trastorn depressiu major, anorèxia nerviosa i trastorn bipolar. Evidències científiques confirmen que aproximadament un 80% d'individus pateixen conductes suïcides i un 24%-28% arriben a intentar suïcidar-se.

Els intents de suïcidi semblen ser més comuns entre joves, com demostra un [estudi](#)⁶⁶ sobre la suïcidalitat en el TDC, el qual va comparar adolescents amb adults i van veure que el percentatge d'intents de suïcidi en adolescents duplicava als d'adults: un 44% en adolescents i 24% en adults.

8.2. TDC i trastorns de la conducta alimentària

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) es caracteritzen per hàbits alimentaris i angoixa pel pes o la forma corporal. Les formes més freqüents de trastorns alimentaris són l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa, el trastorn alimentari compulsiu, etc. Afecten tant a dones com a homes.

Els TCA poden desenvolupar-se durant qualsevol etapa de la vida, tot i que normalment apareixen durant l'adolescència. Els TCA estan classificats com a malaltia mèdica, i el tractament adequat pot ser altament efectiu. Però tot i ser tractable, els símptomes i conseqüències poden ser perjudicials i mortals si no són tractats. Els TCA sovint conviuen amb altres trastorns o malalties, així com trastorns d'ansietat, depressió, abús de substàncies... i estan vinculats amb el TDC.

⁶⁶ Estudi anomenat *Suicidality in Body Dysmorphic Disorder*, fet per Katharine A. Phillips.

Respecte al TDC i el seu vincle amb els TCA, tenen en comú diverses característiques com per exemple, la insatisfacció amb la seva imatge corporal, comportaments relacionats amb l'aspecte, tendència a comparar-se i pensar de manera obsessiva.

Els individus amb TCA tendeixen a patir TDC, tenint una autoestima o percepció de la seva imatge corporal excessivament negativa. No és estrany que una persona amb un TCA s'obsessioni amb el seu aspecte físic i tingui conductes extremes (dieta o exercici en grans quantitats) o compari constantment el seu aspecte físic amb els altres.

Per tant, es pot diagnosticar a una persona amb TCA també amb TDC, i es confirma que les persones amb ambdues estan més greus en l'àmbit psicològic i requereixen un pla de tractament més agressiu.

Un [estudi](#)⁶⁷ fet per contrastar el TCA i el TDC, va comparar 45 dones amb anorèxia o bulímia nerviosa amb 51 homes i dones amb TDC i amb 50 persones sense cap diagnòstic. Els pacients amb TCA estaven principalment preocupats amb el seu pes i la forma corporal i també van presentar símptomes psicològics més generalitzats. Els subjectes amb TDC presentaven queixes físiques més diverses i tenien una autoavaluació més negativa a causa de l'aparença. No obstant això, els dos grups van mostrar símptomes de la imatge corporal igualment de greus, símptomes anormals comparats amb els 50 pacients sense cap trastorn.

En conclusió, els dos trastorns són comparables en mesures psicològiques, comparteixen alguns símptomes i molts pacients amb TCA també tenen TDC.

8.3. TDC i la depressió

El TDC es pot associar amb símptomes de depressió. La depressió és un problema addicional al TDC, és a dir, que el diagnòstic de depressió és secundari al TDC. Normalment amb els tractaments pel TDC la depressió sol millorar, tot i això, hi ha a vegades que s'han de dirigir tractaments específics per tractar-la, com per exemple, l'activació conductual o la teràpia cognitiva.

Ocasionalment, un diagnòstic de depressió recurrent podria explicar els símptomes del TDC si la preocupació pel defecte es limita a cavil·lacions⁶⁸ només durant un episodi de depressió.

El TDC no és només un símptoma de la depressió, tot i que sovint conviu amb la depressió i estan molt relacionats. És important reconèixer el TDC en pacients amb depressió, perquè la falta de diagnòstic pot provocar un empitjorament del TDC i símptomes depressius. Pot ser difícil diagnosticar TDC en pacients amb depressió perquè els símptomes tendeixen a ocultar-se a causa de la vergonya.

⁶⁷ Estudi anomenat *A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment*, fet per James C Rosen i Elena Ramirez.

⁶⁸ Reflexió profunda i minuciosa.

8.4. TDC i trastorn obsessiu-compulsiu

Els símptomes més freqüents del trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) són: obsessions de perfeccionisme, dubtes obsessius, rituals de comprovació, repetició mental... És a dir, es tracta de símptomes no notoris a simple vista, el que dificulta la detecció i tractament.

En l'actualitat hi ha una sèrie de trastorns que s'emmarquen dins de l'espectre obsessivocompulsiu, ja que tenen en comú bases biològiques, trets clínics i respostes terapèutiques, entre aquests es troba el TDC. En el TDC es pot observar que els individus manifesten comportaments obsessius i compulsius, per exemple, són envaïts per pensaments obsessius sobre la seva imatge.

Un [estudi](#)⁶⁹ realitzat sobre la comorbiditat entre el TOC i TDC va buscar tota mena d'articles i estudis; van agafar estudis d'alguns individus diagnosticats amb TDC i d'altres amb TOC, i també estudis amb pacients diagnosticats amb els dos trastorns. En total van seleccionar 133 manuscrits, i després de revisar-los tots finalment van seleccionar 53 d'ells. Els resultats van ser els següents:

- **Prevalença de la comorbiditat entre TOC i TDC:** El primer objectiu era avaluar si era probable que els pacients amb TOC o TDC tinguessin l'altre diagnòstic. Els resultats es van dividir en presència de TDC en pacients amb diagnòstic TOC i d'altra banda presència de TOC en pacients amb diagnòstic de TDC. A més a més, per a cada secció, en els resultats també es va tenir en compte si es reflectien taxes de comorbiditat actuals o de per vida. Els resultats s'il·lustren en la gràfica següent:

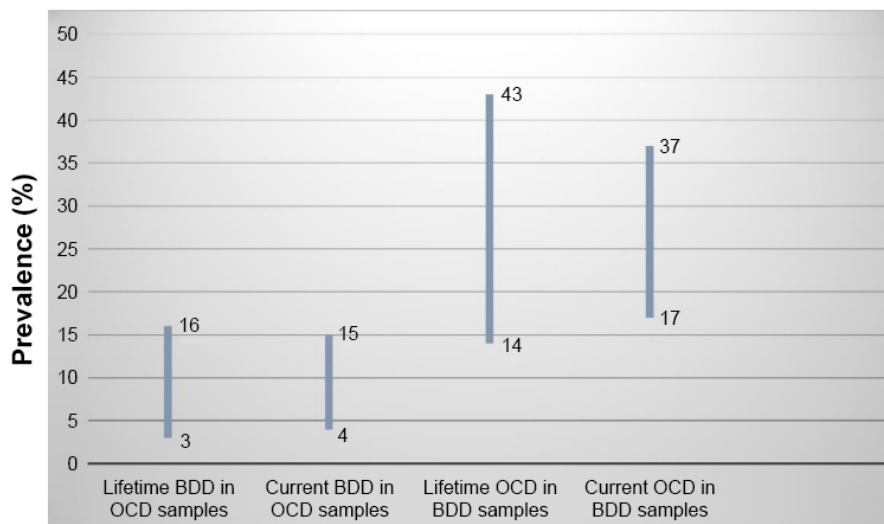


Figure 2 Percentage rates of comorbidity between OCD and BDD.

Note: Data presented as a 95% confidence interval.

Abbreviations: OCD, obsessive-compulsive disorder; BDD, body dysmorphic disorder.

70

⁶⁹ Estudi anomenat *Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical characterization*, fet per Frías, Palma C, Farriols N, González L.

⁷⁰ Percentatge de les taxes de comorbiditat entre el TOC i el TDC. Gràfic extret de l'[estudi](#) *Comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal: prevalencia,*

- **Prevalença de TDC en pacients diagnosticats amb TOC:** Aquests estudis han inclòs sobretot pacients adults de centres occidentals de TOC, i segons això, la prevalença per vida del TDC estava entre el 3% i el 16% (mitjana de 10,4%). Al contrari, l'únic estudi realitzat en un país asiàtic (Índia) que va incloure tant a nens com a adults, va indicar que el 3% d'ells tenia comorbiditat amb TDC. Aquesta diferència podria donar-se a les diferències interculturals. Un altre estudi va trobar diferències significatives en les taxes de comorbiditat entre altres països amb la prevalença més gran en pacients canadencs amb TOC (fins a un 78% també va complir amb criteris de TDC). Respecte a la prevalença actual de TDC entre pacients de TOC, els estudis són més limitats i van trobar que aquest tipus de comorbiditat es donava en el 3,8% - 15,3% de pacients amb TOC.
- **Prevalença de TOC en pacients diagnosticats amb TDC:** Les investigacions sobre la prevalença del TOC en pacients adults amb diagnòstic de TDC han sigut escasses en comparació amb les realitzades en mostres de TOC. La prevalença per vida del TOC dins de les mostres del TDC varien del 43% al 14% (mitjana de 27,5%). L'estudi que va indicar el percentatge més alt no s'ha de considerar plenament, ja que van utilitzar a dones en centres hospitalaris per tractament mèdic estètic. Respecte a la prevalença actual de TOC entre mostres de TDC, les taxes d'aquest tipus de comorbiditat van ser del 37% al 16,7% (mitjana de 25,7%). Van indicar que el 25% de persones amb TDC també tenien TOC.

Aquest estudi també tenia com a objectiu avaluar les possibles vies etiopatogèniques⁷¹ que podrien explicar la comorbiditat entre TOC i TDC. Els resultats se'n van il·lustrar en la següent gràfica:

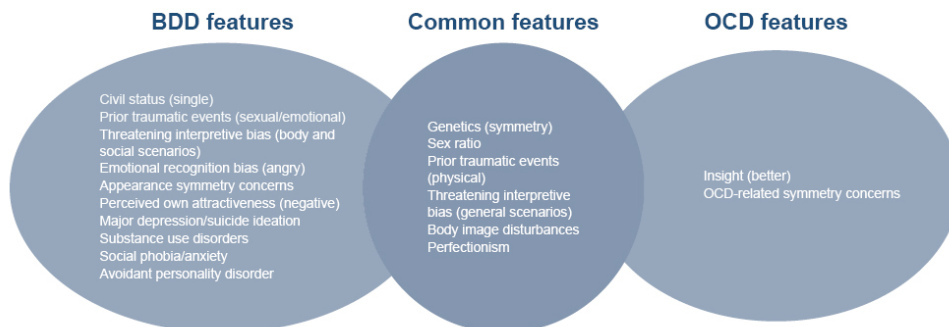


Figure 3 Divergences and similarities between patients with OCD vs BDD from comparative studies.
Abbreviations: OCD, obsessive-compulsive disorder; BDD, body dysmorphic disorder.

72

teorías explicativas y caracterización clínica fet per Álvaro Frías, Carol Palma, Núria Farriols i Laura González.

⁷¹ És l'origen o causa del desenvolupament d'una patologia.

⁷² Diferències i similituds entre els pacients amb TOC i TDC d'estudis comparatius. Gràfic extret de l'estudi Comorbilidad entre trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal: prevalencia, teorías explicativas y caracterización clínica fet per Álvaro Frías, Carol Palma, Núria Farriols i Laura González.

Encara no hi ha una evidència sòlida respecte a les possibles vies etiopatogèniques que poden explicar la comorbiditat entre TOC i TDC, s'han de fer més estudis per a aclarir el tema.

En conclusió, els resultats d'aquest estudi indiquen que les taxes de comorbiditat de TDC i TOC estan entre el 3% i el 43% i són quasi tres vegades més altes en mostres de TDC que en mostres de TOC. Però tot i les altes taxes de comorbiditat, no podem establir una raó a causa de la limitació que hi ha en haver-hi pocs estudis al respecte, per tant, aquestes taxes no poden generalitzar-se a la població general.

9. Relació del TDC amb el món de les xarxes socials i les relacions socials

En els últims anys hi ha hagut un increment de la popularitat i l'ús de les xarxes socials, l'increment ha sigut tan gran que s'han convertit en una part important de la nostra vida diària. Les xarxes socials són utilitzades majoritàriament per persones joves i adolescents, la franja d'edat amb més activitat en alguna xarxa social són les persones d'entre quinze i vint-i-set anys.



Poster de "The Social Dilemma", amb l'eslogan: "The technology that connects us also controls us".
FONT: Netflix

The Social Dilemma és una pel·lícula documental nord-americana dirigida per Jeff Orlowski i escrita per Orlowski, Davis Coombe i Vickie Curtis, la qual va ser estrenada el 26 de gener de 2020 a la plataforma *Netflix*.

Aquest documental ensenya el perillós impacte de les xarxes socials en la societat. Es realitzen entrevistes a experts de tecnologia i informàtica, com també a experts que van formar part de la creació o desenvolupament d'algunes rellevants xarxes socials. Aquests experts són els que ens adverteixen del perill de les xarxes socials.

A les entrevistes expliquen com hem perdut el control a les xarxes socials, de fet, són les xarxes socials les que ens controlen. Ens manipulen mitjançant anuncis o recomanacions les quals no ens apareixen aleatòriament, la seva funció és crear un canvi gradual del nostre comportament i percepció, és a dir, nosaltres som el producte, es ven la nostra atenció i interès als anunciants.

Al documental es parla de com la funció principal de tota xarxa social és generar-nos una addicció. S'exemplifica el funcionament de l'algoritme, un sistema programat per aprendre a reconèixer que ens agrada i quin contingut mostrar-nos perquè seguim utilitzant la xarxa social. Actualment, gairebé tots els adolescents tenen alguna xarxa social que consumeixen diàriament. De fet si no tenen cap xarxa social es poden sentir apartats de la societat. Per tant, és inevitable el fet de descarregar alguna xarxa social, però s'hauria de canviar l'ús d'aquesta, moderant la nostra activitat per a no generar una addicció.

Les xarxes socials tenen alguns efectes beneficiosos, per exemple, entretenen, permeten la comunicació entre usuaris i conèixer a gent nova, retrobar-nos amb antics amics... Però no tot és tan beneficiós ni meravellós. Les xarxes socials fan que molta gent sigui assetjada i rebí comentaris dolents, el que es coneix com a *cyberbullying*. La taxa de depressió i suïcidis en adolescents i preadolescents ha incrementat exageradament des de l'ús de les

xarxes socials. A més a més, nosaltres com a usuaris no som conscients com les empreses tracten les nostres dades personals. Les nostres dades personals haurien de ser considerades com drets fonamentals, ja que es pot arribar a saber tot de nosaltres. Tampoc som conscients que tenim una identitat digital i que tot el que fem a les xarxes socials queda guardat i registrat per sempre.

Dins de les xarxes socials s'han creat dinàmiques que són culpables de causar inseguretats en aquests joves i adolescents. Aquestes dinàmiques han provocat una obsessió pel concepte de perfecció en la nostra generació, a l'hora de presenciar imatges de celebritats i models que estan lluny de la realitat.

El terme *snapchat* *dismòrfia*, s'ha tornat molt popular. Fa unes dècades es podien veure algunes imatges editades als anuncis i mitjans de comunicació, és a dir, que els estàndards de bellesa han sigut imposats a la societat des de fa temps. Però en els últims anys, a causa de l'avanç de la tecnologia i les xarxes social, cada cop és més comú veure imatges editades retratant una realitat distorsionada i fent una idealització del cos i l'aparença física, mitjançant eines com el *photoshop* o simplement amb filtres que tenen les aplicacions.



Realitat vs Instagram. Foto sense editar, comparada amb foto editada digitalment del instagram de la celebrity Khloe Kardashian.

La constant exposició a aquestes imatges alterades pot portar a una pressió d'aconseguir aspectes físics poc realistes, el fet que pot portar a conductes característiques del TDC. Les xarxes socials s'han convertit potencialment perilloses, especialment per a adolescents, que són més propensos a sofrir d'inseguretats, depressió i fins i tot arribar al suïcidi en alguns casos. En aquestes edats, els nois i noies encara estan aprenent sobre la seva anatomia a la vegada que lluiten amb les seves hormones, pressió escolar i, en alguns casos, problemes familiars.

La qüestió és si els usuaris de les xarxes socials són conscients o no que una gran part de les imatges que veuen dia a dia estan alterades amb filtres, ja que si no ho són, pot causar un impacte negatiu en com perceben la seva imatge personal, i portar a un trastorn de la conducta alimentària o relacionat amb l'aparença física.

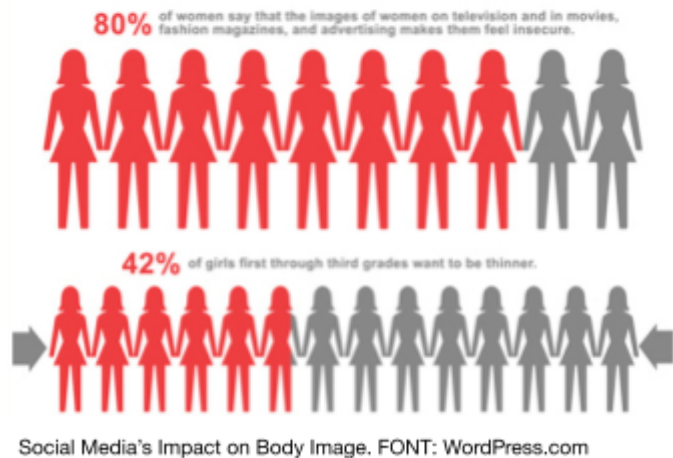
Però les xarxes socials no són l'únic problema. Hi ha una important falta de representació en tots els mitjans d'expressió, com per exemple a les revistes, les quals són conegudes per *photoshpear* les seves models i falta de diversitat en les seves portades.

El documental de 2011, *Miss Representation*, desafia la representació limitada dels mitjans de comunicació del que vol dir ser una dona poderosa. Aquesta pel·lícula explora la

insuficient representació de les dones en posicions de poder i la seva influència als Estats Units. A l'era digital, tothom es veu afectat pel fenomen de la imatge perfecta, però, el TDC és lleugerament més comú en dones que en homes. Això pot ser degut a una pressió social addicional que es fa sobre la importància de l'aspecte femení.

Durant l'adolescència s'estudia en els col·legis i instituts, i els joves tendeixen a patir problemes relacionats amb la imatge i autoestima, ja que durant aquesta edat els nois i noies es fan conscients dels estàndards de bellesa i d'allò que està acceptat o rebutjat en la societat i, amb això, de l'important paper que juguen les xarxes socials. Segons el LIM College a Nova York, quan les dones entren a la universitat, la seva autopercepció empitjora, ja que durant el primer any d'universitat s'acostuma a guanyar pes.

Body Image Statistics



9.1. Els cànons de bellesa



Canon de Policlet. El Doriforo (copia del Museo Arqueológico de Atenas).
FONT: Imagen de magvil con licencia cc via flickr

La paraula cànnon prové del grec cànnon, que vol dir "regla o vara per a mesurar". El cànnon de bellesa representa allò que la societat troba atractiu i agradable estèticament, fa referència a la idea del cos perfecte, el qual ha de seguir o tenir una sèrie de característiques. Els cànons de bellesa depenen de l'espai i temps en què es construeixen, és per això que han anat canviant durant la història.

Un dels cànons de bellesa més importants ha sigut el cànnon de bellesa grec. A l'Antiga Grècia el cànnon de bellesa es basava en l'harmonia i les matemàtiques, la simetria era símbol de bellesa i perfecció. Policlet⁷³ va crear l'ideal de bellesa anomenat "la divina proporció" on indicava que el cos havia de mesurar set vegades un cap. Més tard Lísip⁷⁴ va canviar aquesta mesura a vuit vegades el cap.

⁷³ Policlet o Policlet el Vell o Policlet de Sició va ser un dels escultors grecs més importants del món antic, conegut principalment pels seus treballs en bronze. Plini el situa vers el 431 aC.

⁷⁴ Escultor grec de l'època clàssica situat al 390 aC.

La dona ideal a l'Antiga Grècia havia de ser de membres petits, primes però amb malucs i cuixes amples, ulls grans, boca i barbata ovalats, nas afilat, cabell ondulat i pits petits. Respecte als homes, l'ideal eren cossos alts, musculats i atlètics, amb mandíbula prominent, cames llargues i molt cabell.

Actualment, el cànon de bellesa té algunes similituds amb el grec, ja que es busca el cos atlètic i prim. No obstant això, l'estàndard actual són dones primes, però amb malucs i pits grans, el que es coneix com les mesures 90-60-90. També destaca la pell bronzejada, ulls grans, nas petit, cabell llarg i llavis gruixuts. Seguidament, els homes han de ser prims i amb cossos musculats i atlètics. És a dir, el cànon actual es basa en aparentar joventut.

Per tot això, molts homes i dones fan exercici excessiu i diverses dietes, tanmateix com l'ús de procediments estètics, tot per a poder entrar dins del cànon de bellesa. Aquest fet té una relació molt estreta amb el TDC, en especial amb la dismòrfia digitalitzada. Les persones veuen els seus defectes de manera exagerada i tenen la necessitat de canviar-los per a entrar en el cànon de bellesa.

9.2. Dismòrfia digitalitzada en el cos femení

El cos femení ha sigut punt de debat i crítica durant segles. És vist com a objecte reproductiu i sexual, una mercaderia, etc, i l'aspecte femení ha sigut punt de crítica constant respecte la bellesa, el sexe i la joventut, el que ha originat la creació de teories feministes i de gènere, com la de Susan Bordo⁷⁵ en 1993. Això no obstant, a mesura que evoluciona l'era de la bellesa digitalitzada, hi ha una major necessitat de debatre com això està afectant la relació de les dones amb el seu cos.

Un [article](#)⁷⁶ examina la relació de les dones amb les representacions mediàtiques i culturals dels estàndards de bellesa femenina, indicant que mitjançant les imatges modificades digitalment es produeix una “dismòrfia digitalitzada”.

La dismòrfia digitalitzada és un espectre en el TDC, però com a una dismòrfia condicionada socialment, creada mitjançant pressions socials, construccions de bellesa i la tecnologia de la imatge. La tecnologia de la imatge ha permès l'augment de la dismòrfia digitalitzada, mitjançant la forma en què la imatge modificada digitalment s'ha implantat en la moda i publicitat i per tant, la percepció social del cos de la dona ja no es basa en el natural, és a dir, la dismòrfia digitalitzada deriva d'una pressió negativa construïda socialment per a aconseguir els estàndards de bellesa. La capacitat d'alterar digitalment la imatge d'un permet modificar la imatge corporal a la forma en què un vol ser percebut tant per la resta com per a un mateix.

⁷⁵ BORDO, S. (2004, 1 de gener). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press. ISBN: 0520240545

⁷⁶ Article de Coy-Dibley, anomenat *Digitized Dismorphia” of the female body: the re/disfigurement of the image*.

Com va dir Bryan Turner⁷⁷, vivim en una "societat somàtica", en què el cos es posiciona en el lloc on s'expressen, problematitzen i resolen els principals problemes polítics i personals.

Parlem de dismòrfia digitalitzada en dones per culpa de la forma en què les pressions socials impacten a les dones en major mesura que als homes. Les dones actualment mostren més signes d'insatisfacció corporal i preocupació per l'aparença, el que no vol dir que els homes no siguin víctimes de la dismòrfia digitalitzada, ho són, però en menor mesura. Amb l'augment d'imatges a les xarxes socials de figures masculines amb un físic tonificat que ha derivat en una forta preocupació en homes pel seu pes i imatge corporal.

En *Bodies*⁷⁸ (2009) Susie Orbach reflexiona sobre la insatisfacció amb la imatge corporal i la relació amb la dismòrfia que pateixen les dones per estar socialment condicionades, tenen el pensament constant que els seus cossos mai seran suficientment bons i necessiten treball per a ser modelats en l'ideal:

“Les nombroses indústries (dieta, alimentació, estil, cirurgia cosmètica, farmacèutica i mitjans de comunicació) que representen els cossos com alguna cosa relacionada amb el rendiment, la fabricació i l'exhibició ens fan pensar que els nostres cossos són llocs de (re) construcció i millora. Col·lectivament, ens deixen amb la sensació que les capacitats del nostre cos estan limitades només per la nostra butxaca i determinació”.

És a dir, Orbach parla de com les indústries juguen amb les inseguretats corporals de les dones, creant una mirada crítica cap als cossos femenins i els seus "defectes".

Un altre aspecte a tractar és la feminitat i la pressió social. La feminitat no és més que una façana que utilitzen les dones per als homes. Una façana del que s'espera de les dones, és per això que aquesta no pot ser totalment assolida. La feminitat és una de les formes en què la societat patriarcal ha fabricat un model de dona, que ha de seguir certs canons i estètica, la façana de la feminitat permet a les dones experimentar el desig, però no per desig propi, sinó que per desig de l'home. La pressió i expectatives que genera la feminitat ha donat lloc a modificacions físiques per assolir la imatge corporal ben vista dins d'aquesta, i no només modificacions anatòmiques, també digitals.

La majoria de cossos femenins no poden aconseguir seguir aquests models perfectes, per tant, mitjançant l'ús d'aplicacions, les dones modifiquen la seva imatge per assolir els canons de bellesa i feminitat. L'aplicació que més destaca per a digitalitzar la dismòrfia és Perfect365, la qual va guanyar el premi CES 2012 a la innovació en disseny i enginyeria. Aquesta permet assolir la bellesa desitjada a la teva cara amb maquillatge. Hi ha registrats uns 60 milions d'usuaris. No es pot saber exactament quin és el percentatge de dones dins dels usuaris a causa de les polítiques de confidencialitat i privacitat, però es pot apreciar que el màrqueting de l'aplicació ha orientat la publicitat al consum femení. A més a més, quan entrem a la pàgina web de Perfect365 les imatges d'exemples són només de dones.

⁷⁷ TURNER, B.S. (2008, 22 d'abril). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. 3rd ed. London: SAGE Publications Ltd. ISBN: 1412929865

⁷⁸ ORBACH, S. (2020, 3 de març). *Bodies*. London: Profile Books. ISBN 9781788162883.

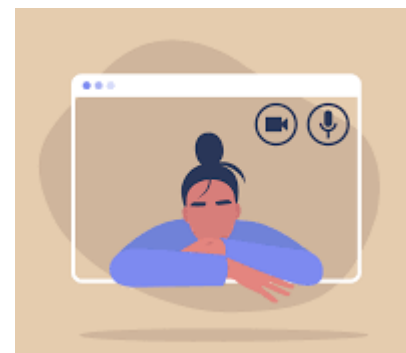
Perfect365 argumenta que aquesta aplicació expandeix la llibertat d'autoexpressió digital creativa, però realment, l'aplicació té pautes proporcionant uns tipus de feminitat estètica que s'ajusten a les normes i tendències socials. És a dir, l'aplicació ha facilitat el desenvolupament de l'estàndard de bellesa ideal i ha proporcionat aquesta tecnologia perquè la gent assoleixi l'estàndard.

En conclusió la dismòrfia digitalitzada és un obstacle per l'alliberació de la dona, proporciona una llibertat negativa en el sentit que les imatges modificades i alterades donen llibertat, al cap i a la fi no es pot escapar fàcilment de les pressions corporals. Aquesta forma de dismòrfia ha sorgit per la pressió social, i les indústries i empreses s'han aprofitat i ho han capitalitzat, creant tecnologia per a ajudar a assolir l'estàndard de bellesa.

9.3. Dismòrfia de Zoom

Un efecte col·lateral de la COVID-19 ha sigut la dismòrfia de Zoom. A causa de l'increment de la COVID-19 moltes persones van haver de treballar de manera telemàtica. Zoom és una aplicació de videoconferències de gran popularitat durant la pandèmia.

Fer tantes videoconferències ha deixat conseqüències d'estar tant temps mirant-nos a nosaltres mateixos, deixant un fenomen anomenat dismòrfia de Zoom. Fa referència a un tipus de TDC conegut com a dismòrfia facial. Mirar-nos durant un temps prolongat ha distorsionat la percepció de la nostra aparença. Les persones que la pateixen tendeixen a obsessionar-se amb el seu nas, pell, dents, orelles o altres faccions facials. Passen tant temps mirant-se en la pantalla de l'ordinador que creuen que la imatge distorsionada reflecteix la realitat.



Young female character using a video call interface working from home
FONT: iStockphoto

Alguns dels signes de la dismòrfia de Zoom són:

- Ansietat per fer videotrucades amb la càmera encesa.
- Intentar veure't perfecte abans de la trucada.
- Mirar-te constantment en la pantalla per trobar defectes.
- Pensar que tothom a la trucada t'està mirant i fixant-se en els teus defectes.

La dismòrfia de Zoom no apareix en el DSM-5 i no té un diagnòstic específic, però és un concepte important.

II. Marc pràctic

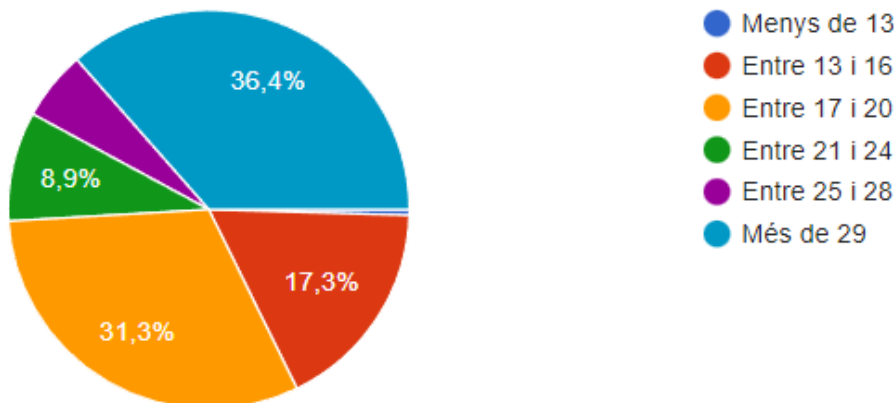
10. Estudi estadístic del TDC

Hem realitzat un qüestionari sobre el TDC, les xarxes socials i la relació amb aquestes i el TDC. La mostra ha sigut d'un total de 214 subjectes per la primera part del qüestionari, per la resta del qüestionari la mostra ha sigut de 135 subjectes (això és perquè per la segona i última part només hem volgut obtenir respostes d'adolescents). El qüestionari ha sigut dividit en tres parts per resoldre les diverses hipòtesis.

10.1. Primera part del qüestionari

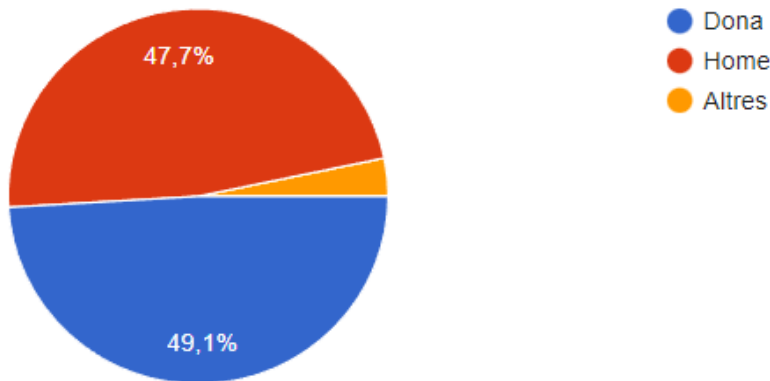
Aquesta part s'ha centrat en qüestions bàsiques sobre el TDC (prevalença, causes, complicacions...) i quin coneixement tenen sobre aquest. Abans de les preguntes hem fet una petita introducció sobre el TDC perquè els subjectes es facin una idea sobre el trastorn en cas de no conèixer-lo, hem dit: El trastorn dismòrfic corporal (TDC) és un trastorn de salut mental caracteritzat per una preocupació insistent pels defectes, carències o deformitats de l'aparença que poden ser inexistents o lleus.

a) Franja d'edat



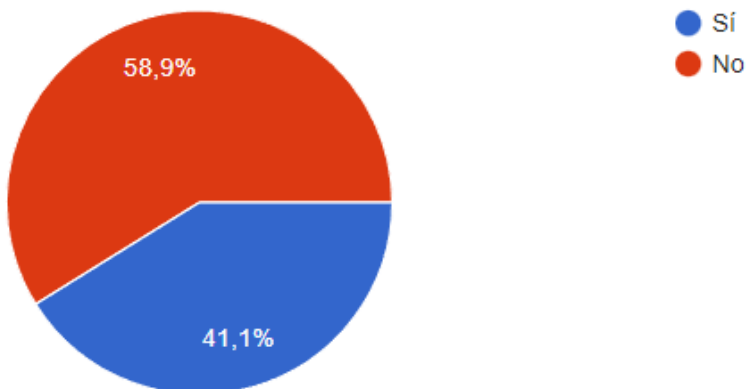
Com podem observar en el gràfic, la majoria de les persones que han resolt l'enquesta (57,5%) són joves (tretze anys fins a vint-i-quatre anys), els quals estan dividits en diferents intervals d'edat de tres anys (entre 13 i 16, entre 17 i 20, entre 21 i 24). D'altra banda, les persones més grans de vint-i-nou anys, constitueixen un gran percentatge de participants (36,4%). La franja d'edat era important en el nostre estudi, ja que estava enfocat a les persones joves.

b) Gènere



Majoritàriament han contestat dones (49,1%), però no és del tot important per fer l'estudi. Una minoria poc diferenciada han sigut homes (47,7%) i un 3,2% altres gèneres, fent referència a persones que no s'identifiquen ni amb el gènere femení ni amb el masculí.

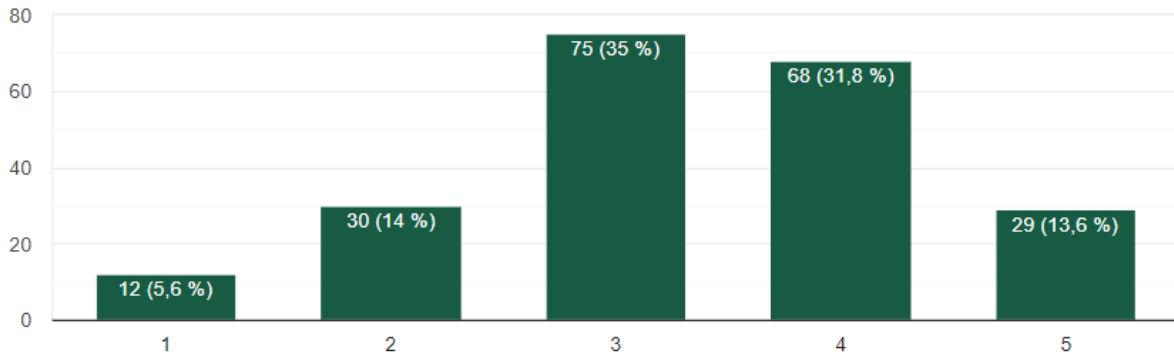
c) Coneixies el trastorn abans de la nostra introducció?



En el gràfic es pot observar que la majoria de gent no coneixia el trastorn, sent una majoria de 58,9%.

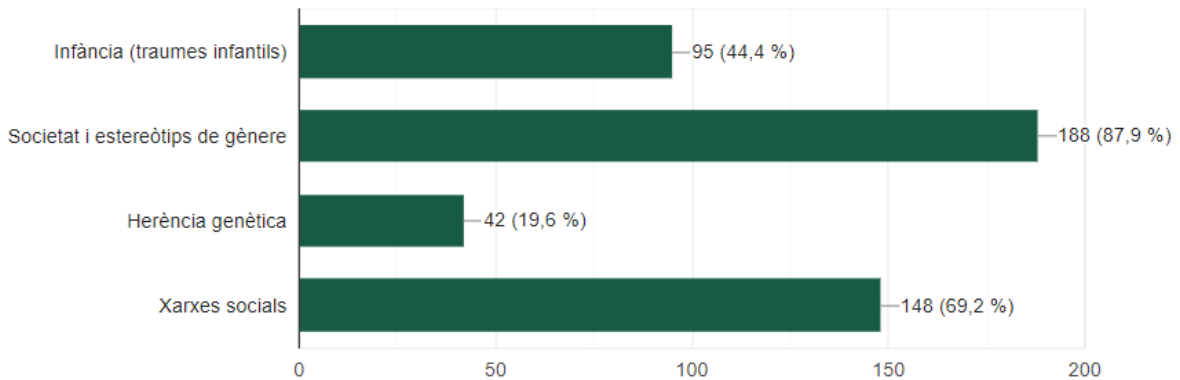
La següent pregunta que hi havia en la nostra enquesta (Si has marcat sí en l'altra pregunta, com el coneixies?) era una pregunta oberta, però majoritàriament, l'altre 41,1%, han respost que el coneixien gràcies a internet (xarxes socials), amics i coneguts que el pateixen o els hi han explicat, interès personal, xerrades, televisió i documentals, etc.

d) Com de comú creus que és el TDC?



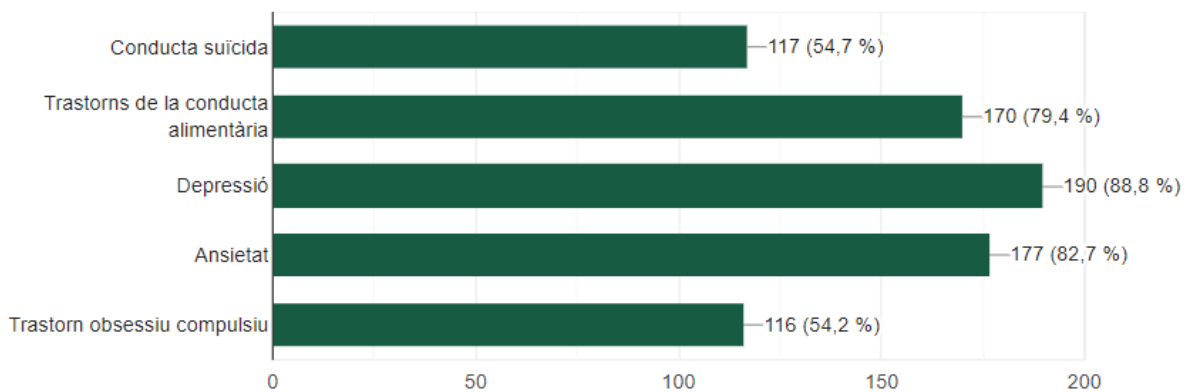
En general, les persones enquestades creuen que la prevalença del TDC és de 3 (35%) i 4 (31,8%) sobre 5.

e) Quines creus que són les causes del TDC?



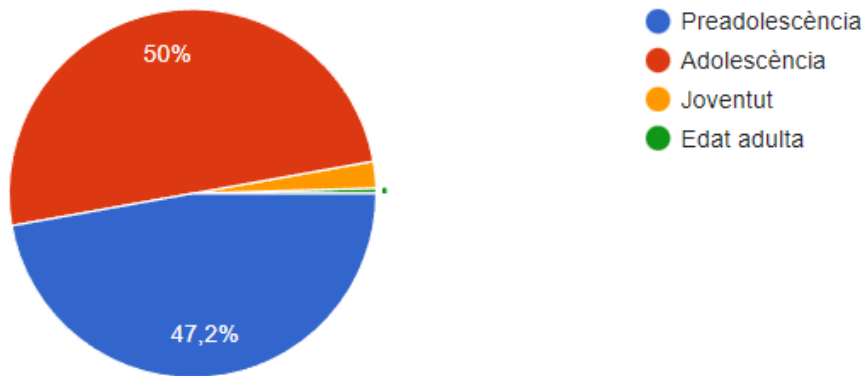
Podem observar que la gran majoria dels enquestats ha dit que les causes del TDC són la societat i els estereotips de gènere (87,9%), després les xarxes socials (69,2%) i la infància o traumes infantils (44,4%), i per últim, herència genètica (19,5%).

f) Quines complicacions creus que pot tenir el TDC?



Les respostes han sigut molt igualades, es pot veure que els participants creuen que la depressió és la principal complicació del TDC (88,8%), seguida de l'ansietat (82,7%) i trastorns de la conducta alimentària (79,4%), i per últim, conducta suïcida (54,7%) i trastorn obsessiu-compulsiu (54,2%).

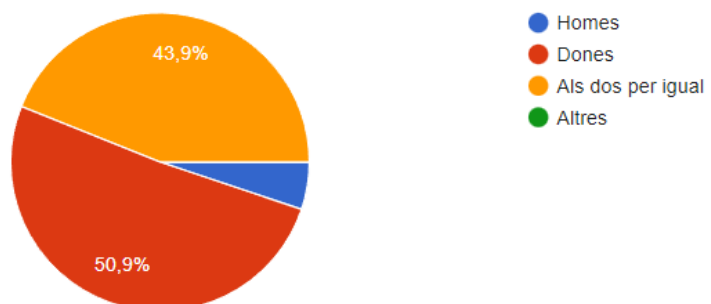
g) En quina etapa de la vida creus que comencen els primers signes de TDC?



En general, creuen que els primers signes de TDC es donen en l'adolescència (50%) i en la preadolescència (47,2%), un nombre molt escàs de persones creuen que es donen en la joventut i edat adulta.

h) En quin gènere creus que és més comú el TDC?

Majoritàriament han dit que el TDC és més comú en dones (50,9%), d'altra banda, un 43,9% han indicat que és igual de comú als dos gèneres per igual, només un 5,1% creu que afecta més als homes.



10.2. Segona part del qüestionari

Aquesta part s'ha centrat en les xarxes socials, i a partir d'aquí la mostra ha canviat a 135 subjectes, els adolescents i gent jove, és a dir, gent de 13 anys fins a 28 anys.

a) Quines xarxes socials utilitzes més?

La següent pregunta era de resposta oberta, en general les xarxes socials més utilitzades són Instagram (83,7%) i YouTube (77%), seguidament d'altres com TikTok (54,1%), Twitter (37%), Pinterest (25,9%) i Snapchat (18,5%). Tot i que també fan servir altres xarxes com Facebook (11,1%), Reddit (9,6%) i Wattpad (1,5%).

b) A quines pàgines segueixes a les xarxes socials?

Aquesta pregunta era de resposta oberta, per tant els participants han respost lliurement. La majoria dels enquestats (85,2%) segueixen a persones conegudes com amics i familiars. D'altra banda, els artistes (73,3%) i els influencers (56,3%), són les persones més seguides per la gent jove. Després d'aquests, els seguits dels participants són actors (45,9%), celebritats (37,8%), marques (32,6%) i models (24,4%).

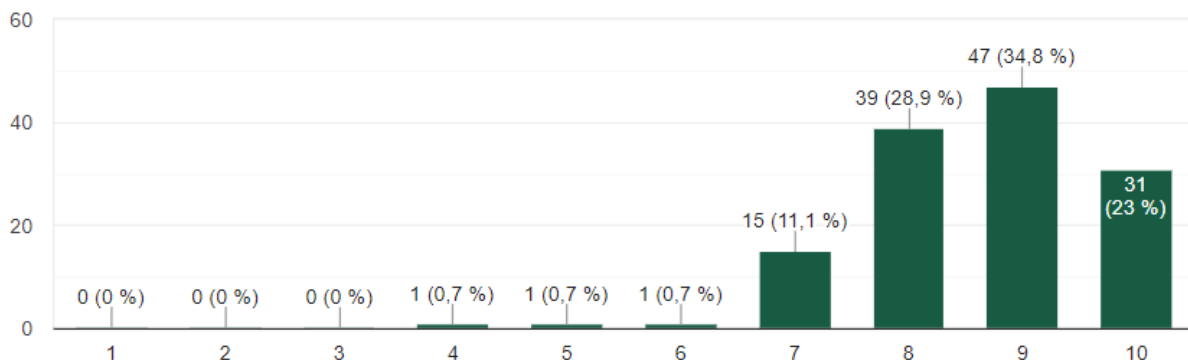
c) Quins tipus de xarxes socials i pàgines nomenades en les anteriors preguntes, creus que poden afectar més a la nostra autopercepció de la nostra imatge?

En aquesta pregunta de resposta oberta majoritàriament (60%) han indicat que la xarxa social que més afecta la nostra autopercepció és Instagram perquè es basa més en imatge amb els influencers, models i esportistes. També TikTok i Pinterest, ja que també són xarxes molt visuals.

10.3. Tercera part del qüestionari

Aquesta part va destinada a la relació entre el TDC i les xarxes socials. Hem fet una introducció pels subjectes: En els últims anys hi ha hagut un increment de la popularitat i l'ús de les xarxes socials, l'increment ha sigut tan gran que s'han convertit en una part important de la nostra vida diària. Dins de les xarxes socials s'han creat dinàmiques que són culpables de causar inseguretats en aquests joves i adolescents. Aquestes dinàmiques han provocat una obsessió pel concepte de perfecció en la nostra generació.

a) Com creus de l'1 al 10 que les xarxes socials poden afectar a la nostra autopercepció.



Com es pot observar en el gràfic, la majoria dels participants creuen que les xarxes socials afecten bastant a la percepció que una persona té de si mateixa, un 34,8% creuen que afecten un 9 de 10, i un 28,9% creuen que afecten un 8 de 10.

b) Quins cànons de bellesa creus que les xarxes socials impulsen?

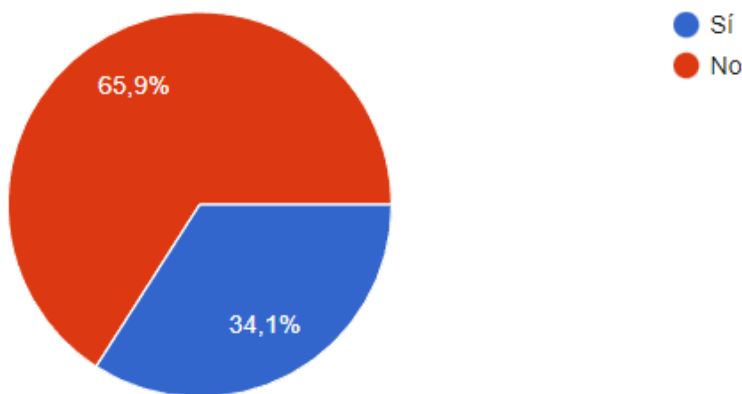
En aquesta pregunta els enquestats han respost obertament, ha sigut la pregunta on més varietat de resultats hem obtingut. De totes les diferents respostes, destaca l'estàndard

canònic de tenir la musculatura definida i ben tonificada, en el cas dels homes. D'altra banda, els enquestats creuen que les dones tenen el cànon de bellesa d'estar tonificades, però només en unes certes zones, com per exemple, en el ventre, el qual ha de ser pla i marcat amb abdominals, o el gluti gran i tonificat.

Molts participants pensen que les dones tenen l'estàndard de tenir els pits grans, a la vegada que han d'estar depilades i tenir la pell llisa sense cap mena "d'imperficcions", com marques d'acne, estries i cel·lulitis. A més a més, els participants creuen que un altre cànon de bellesa que afecta les dones és el de tenir una figura definida i amb corbes, el qual implica tenir una cintura prima.

D'altra banda, els enquestats creuen que les xarxes socials poden impulsar tenir unes certes faccions concretes, com el nas petit, llavis gruixuts, pòmuls marcats o cara simètrica.

c) Creus que les xarxes socials t'han imposat la idea que tens un defecte de la teva imatge per no seguir l'estereotip ideal?



Majoritàriament han respost que les xarxes socials sí que els han imposat la idea que tenen un defecte en la seva imatge (65,9%).

d) Si has marcat sí en l'anterior pregunta, quins?

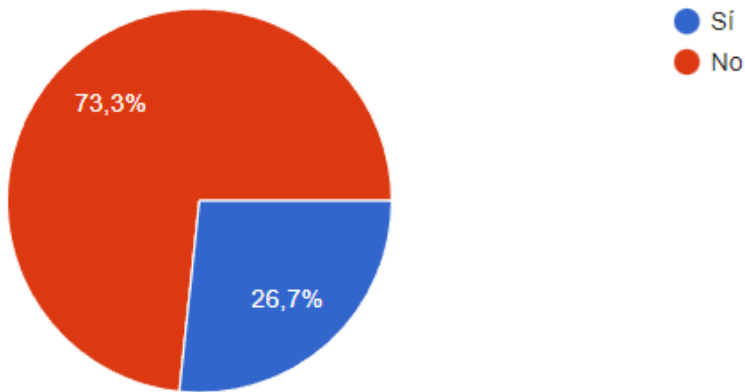
Aquesta era una pregunta de resposta oberta però, gairebé tothom ha indicat que els defectes que els han imposat les xarxes socials són no tenir el cos massa prim, nas molt gran, poc cul, no estar prou fort, tenir molt pel al cos, poc pits, no tenir l'abdomen pla...

e) T'has plantejat sotmetre't a alguna intervenció quirúrgica o tractament estètic per modificar aquest "defecte"? Quina?

En aquesta pregunta els participants podien respondre lliurement. La majoria dels enquestats (84,4%) no s'han plantejat cap mena d'intervenció quirúrgica o tractament estètic per modificar el seu cos. També hi ha persones que no s'ho han plantejat, però que creuen que el seu "defecte" es pot modificar fent esport o dieta.

D'altra banda, un 15,5% dels enquestats, es volen sotmetre a diferents tipus d'intervencions quirúrgiques sent la més comuna la rinoplàstia (61,9%), després d'aquesta la mamoplàstia d'augment o augment de pits (33,3%). També hi ha una minoria de participants que es volen fer altres tractaments estètics com una bichectomia o augment de llavis.

f) Alguna vegada has utilitzat una aplicació per modificar la teva imatge abans de penjar una foto a una xarxa social?



La gran majoria dels enquestats (73,3%) diuen que no han utilitzat una aplicació per modificar la seva imatge abans de penjar la foto a una xarxa social.

11. Conclusions

El TDC és un trastorn mental freqüent en la població, el qual s'ha fet més rellevant en els últims anys. És un trastorn que es basa en l'obsessió amb un "defecte" o imperfecció en l'aparença, la qual només és visible per la persona que pateix el trastorn. Aquestes creences tenen, en bona part, arrel en el món de les xarxes socials i de l'Internet.

El nostre estudi s'ha basat en l'investigació del coneixement que la població catalana té sobre el trastorn, i les seves opinions sobre la relació que s'estableix entre el TDC i les xarxes socials. Per tal de dur a terme el nostre estudi vam realitzar una enquesta.

L'enquesta estava dividida en tres apartats diferents, focalitzats en els dos objectius principals del nostre estudi, mencionats en el paràgraf anterior. D'una banda, el primer apartat es centrava en preguntes generals del TDC, dirigides a investigar el coneixement que els individus tenen del trastorn, com les seves complicacions o prevalença, entre d'altres. D'altra banda, l'objectiu d'estudi sobre les xarxes socials i la seva relació amb el trastorn, es va dividir en dos apartats diferents, restringits només als adolescents i joves catalans. Primerament, se'ls preguntava sobre l'ús que ells feien de les xarxes socials, fent referència a quines eren les plataformes que més utilitzen, a quin tipus de persones segueixen en aquestes, i quina aplicació creien que afectava més a la percepció que una persona té sobre la seva imatge corporal. El següent i últim apartat, tractava de les opinions i reflexions personals dels adolescents sobre la seva aparença, i les inseguretats que ells creuen que les xarxes socials els havien imposat.

Els resultats obtinguts de la primera part de l'enquesta han sigut sorprenents i poc esperat, atès que nosaltres esperàvem un desconeixement més gran per part dels participants sobre el trastorn. La majoria dels individus van demostrar conèixer el TDC, com també els seus factors principals, les seves complicacions i la seva prevalença, tant en general com en els diferents gèneres.

Un 58,9% dels enquestats no coneixien el trastorn abans de realitzar l'enquesta, tot i que, curiosament, les preguntes estaven ben contestades en la seva majoria. Els participants no van identificar el trastorn com molt freqüent, però sí que van destacar, pel que fa als factors causants del TDC, que el principal és la societat i els estereotips de gènere, les xarxes socials, i traumes infantils. També van saber establir que el desenvolupament del trastorn comença entre la preadolescència i adolescència, que les dones són més propenses a patir-ho, i que dintre de les seves complicacions entra la depressió, ansietat i trastorns alimentaris.

En la societat en què vivim, les xarxes socials són un gran impulsor dels estereotips i rols de gènere. Aquestes xarxes solen imposar cànons i models perfectes, normalment incapaços de ser assolits per la majoria de la població.

En el primer apartat de la segona part, hem pogut establir que la xarxa social més utilitzada pels adolescents catalans és Instagram, plataforma que els mateixos participants van determinar que era la que més dany podia fer a l'autopercepció d'un mateix, a causa del

seu contingut visual, i la presència dels influencers dintre de l'aplicació, els quals promouen models de vida i cànons de bellesa utòpics⁷⁹.

Per acabar, tenim l'última part de l'enquesta. Aquest apartat es podria dir que és el més subjectiu de tots tres, ja que preguntàvem per opinions i experiències personals dels joves catalans. Hem pogut concloure, que els participants pensen que les dinàmiques que s'han creat a les xarxes tenen un gran efecte en la percepció que una persona té de si mateixa. Els adolescents catalans pensen que les xarxes socials imposen cànons de bellesa poc realistes, el més destacat és, en el cas dels homes, tindre una musculatura definida i tonificada. Les dones, en canvi, tenen molts més canons i models forçats, com el fet d'estar prima, però amb abdomen i glutis tonificats, a la mateixa vegada que han de tenir una cintura estreta i uns pits grans. Molts participants pensen que l'estàndard dominant en les dones és d'estar depilades i sense cap imperfecció o marca visible a la pell.

En aquesta part, hem conclòs que una gran majoria dels joves catalans enquestats, no van pensar que les xarxes socials els havien imposat la idea de seguir l'estereotip ideal. Tanmateix, en la nostra opinió, hi han "defectes" tan normalitzats en la societat, que les persones no s'adonen que han estat condicionades a eliminar-los, com ara, el pèl corporal. El mateix passa amb la quantitat de participants que s'han plantejat sotmetre's a alguna intervenció quirúrgica o tractament estètic, la gran majoria dels adolescents catalans enquestats van negar haver-s'ho plantejat, però, hi han tractaments estètics tan generalitzats que és possible que no els hagin tingut en compte, com la depilació làser o tractaments per l'acne.

És important mencionar que els resultats obtinguts es basen en una enquesta on han participat únicament 215 individus, per tant, totes les afirmacions que hem fet no es poden generalitzar massivament per tota la població catalana. També, cal destacar, que els resultats de l'enquesta podrien haver estat de persones que, tot i no conèixer el trastorn, amb la informació donada a la introducció, van saber deduir les respostes de les preguntes relacionades amb el TDC.

Concloem, en el nostre estudi, que la població catalana té uns coneixements bàsics del TDC, que Instagram és la plataforma que exerceix més influència en la percepció de la imatge corporal, i que les xarxes socials, en general, imposen estereotips i canons difícils de seguir.

Amb tot això, encara queda molt per investigar sobre el TDC, i també sobre el que pensa i coneix la població catalana d'aquest trastorn. No obstant, igualment falta realitzar estudis més massius als individus catalans per tal de poder fer afirmacions més properes a la realitat.

⁷⁹ Concepció d'un ideal irrealitzable.

Bibliografia

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA (2016, 2 de febrer). *Dismorfofobia en pacientes con acné* [en línia]. Servando Marron Moya. [Consultat: 29 de setembre, 2021]. Disponible a Internet: <https://fundacionpielsana.es>

ADKINS, A. (2018, 9 de maig). "How Social Media Contributes to Body Dysmorphic Behavior". *The Lexington Line*. [Consultat: 2 juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.thelexingtonline.com>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2018). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. [Washington, DC / London, England]. ISBN 9788491103721.

ANXIETY & DEPRESSION ASSOCIATION OF AMERICA (2020, 18 de maig). *Symptoms & Related Disorders* [en línia]. [Silver Spring, Virginia, EUA: Anxiety and Depression Association of America]. [Consultat: 23 de maig 2021]. Disponible a Internet: <https://adaa.org>

BELLEZA IDEAL (2019, 27 d'octubre). *El canon de belleza griego y el actual* [en línia]. [Consultat: 16 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://belleza.ideal.es>

BORDO, S. (2004, 1 de gener). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press. ISBN: 0520240545

BOROUGHS, M.; KRAWCZYK, R.; KEVIN, THOMPSON, J. (2010, 1 de novembre). *Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors*. [Consultat: 27 de setembre, 2021]. Vol. 63, núm. 9: p.725-737. Disponible a Internet: <https://www.researchgate.net>

BRENNAN, D. (2021, 20 d'abril). "What Are Psychotropic Medications?". *WebMD* [en línia]. [Consultat: 2 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.webmd.com>

BUHLMANN, U. (2011). Treatment barriers for individuals with body dysmorphic disorder: an internet survey. *J Nerv Ment Dis*. [Consultat: 29 de maig, 2021]. Vol.199, núm.4: p.268-271. PMID: 21451352. Disponible a Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

CASTELLANOS, T. (2018, 4 de maig). "¿Bella o no? Así fue crecer siendo mujer con vello corporal, y cómo logré aceptarlo". *VOGUE MEXICO*. [Consultat: 3 de novembre, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.vogue.mx>

CASTLE, D.; BEILHARZ, F.; PHILLIP, K.A.; BRAKOULIAS, V.; DRUMMOND, L.M.; HOLLANDER, E.; IOANNIDIS, K.; PALLANTI, S.; CHAMBERLAIN, S.R.; VAN AMERINGEN, M.; DELL'OSSO, B.; MENCHON, J.M.; FINEBERG, N.A. (2020, 13 d'octubre). "Body dysmorphic disorder: a treatment synthesis and consensus on behalf of the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders and the Obsessive Compulsive and Related Disorders Network of the European College of Neuropsychopharmacology".

International *International Clinical Psychopharmacology*. [Consultat: 30 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <http://diposit.ub.edu>

CENTER FOR CLINICAL INTERVENTIONS (2019, 16 de desembre). "What Keeps Body Dysmorphic Disorder Going?". A: Building Body Acceptance [en línia]. [Consultat: 27 d'agost, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.cci.health.wa.gov.au>

CONROY, M.; MENARD, W.; FLEMING-IVES, K.; MODHA, P.; CERULLO, H.; PHILLIPS, K.A. (2008, 4 de febrer). "Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting". *Gen Hosp Psychiatry*. [Consultat: 28 de maig]. Vol. 30, núm.1: p.67-72. PMCID: PMC2225586. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

COY-DIBLEY, I. (2016, 5 de juliol). "Digitized Dysmorphia" of the female body: the re/disfigurement of the image". *Palgrave Communications*. [Consultat: 5 de maig, 2021]. Vol.2, núm.16040. Disponible a Internet: <https://www.nature.com>

CRERAND, C.E.; PHILLIPS, K.A.; MENARD, W.; FAY, C. (2005). "Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder". *Psychosomatics*. [Consultat: 23 de maig, 2021]. Vol. 46, núm. 6: p.549-555. Disponible a Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

DE JONGH, A.; AARTMAN, I.H.A.; PARVANEH, H.; ILLIK, M. (2009, 7 de juliol). *Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population*. Department of Social Dentistry and Behavioural Sciences, Academic Centre for Dentistry Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam, The Netherlands. [Consultat: 29 de setembre, 2021]. Vol. 37, núm. 4: 350-356. Disponible a Internet: <https://onlinelibrary.wiley.com>

DIDIE, E.R.; TORTOLANI, C.C.; POPE, C.G.; MENARD, W.; FAY, C.; PHILLIPS, K.A. (2006, 2 de novembre). "Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder". *Child abuse & neglect*. [Consultat: 7 de maig, 2021]. Vol. 30, núm. 10: p.1105-1115. PMCID: PMC1633716, PMID: 17005251. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

FLORES, M.L.; GONZÁLEZ, RAMÍREZ, C.; BERRONES, MORENO, L.E.; GUZMÁN, TORRES, J.; POLETTI, VÁZQUEZ, E.D. (2009). "Gràfic extret del document Prevalencia de trastorno dismòrfic corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes". *Dermatología CMQ*. [Consultat: 4 de juny, 2021]. Vol.8, núm.1: p.17-21. Disponible a Internet: <https://www.medigraphic.com>

FRÍAS, A.; PALMA, C.; FARRIOLS, N.; GONZÁLEZ, L. (2015, 31 de juny). "Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical characterization". *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. [Consultat: 5 de maig, 2021]. Vol.11: p.2233-2244. Disponible a Internet: <https://www.dovepress.com>

IBERDROLA (2019, 28 de març). *WHAT ARE GENDER STEREOTYPES* [en línia]. [Consultat: 2 de maig, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.iberdrola.com>

INTERNATIONAL OCD FOUNDATION (2014, 14 d'agost). *A Therapist's Guide for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder* [en línia]. Andrea Hartmann, Jennifer Greenberg, and Sabine Wilhelm. [Consultat: 14 d'agost, 2021]. Disponible a Internet: <https://bdd.iocdf.org>

INTERNATIONAL OCD FOUNDATION (2014, 14 d'agost). *Cosmetic Treatments and Body Dysmorphic Disorder* [en línia]. Megan M. Kelly, Elizabeth R. Didie, and Ashley S. Hart. [Consultat: 29 de setembre, 2021]. Disponible a Internet: <https://bdd.iocdf.org>

INTERNATIONAL OCD FOUNDATION (2014, 14 d'agost). *Diagnosing BDD* [en línia]. Katherine Phillips, MD. [Consultat: 30 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://bdd.iocdf.org>

INTERNATIONAL OCD FOUNDATION (2014, 14 d'agost). *Prevalence of BDD* [en línia]. Katharine Phillips, MD. [Consultat: 17 de maig, 2021]. Disponible a Internet: <https://bdd.iocdf.org>

JOHNS HOPKINS (2016, 30 de juny). *Body Dysmorphic Disorder* [en línia]. [Consultat: 25 d'agost, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.hopkinsmedicine.org>

KATHERINE PHILLIPS MD (2019, 6 de juny). *Katherine Philip MD* [en línia]. [New York: 315 East 6nd Street]. [Consultat: 30 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.katharinephillipsmd.com>

MAYO CLINIC (2019, 29 d'octubre). *Body dysmorphic disorder* [en línia]. [S.I.]: Mayo Clinic Staff. [Consultat: 20 de maig, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.mayoclinic.org>

MENTAL HEALTH AMERICA (2016, 11 d'agost). *Body Dysmorphic Disorder (BDD)* [en línia]. [500 Montgomery Street, Suite 820, Alexandria VA 22314, Virginia, EUA]. [Consultat: 27 d'agost, 2021]. Disponible a Internet: <https://mhanational.org>

MONZAI, B.; RIJSDIJK, F.; IERVOLINO, A.C.; ANSON, M.; CHERKAS, L.; MATAIX-COLS, D. (2012, 20 de març). "Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample". *Neuropsychiatric Genetics*. [Consultat: 5 de maig, 2021] Vol. 159, núm. 4: p.376-382. Disponible a Internet: <https://onlinelibrary.wiley.com>

NEWPORT ACADEMY (2020, 8 d'octubre). *Is There Really Such a Thing as Snapchat Dysmorphia?* [en línia]. [Consultat: 3 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.newportacademy.com>

ORBACH, S. (2020, 3 de març). *Bodies*. London: Profile Books. ISBN 9781788162883.

ORLOWSKI, J. (2020, 26 de gener). *The Social Dilemma* [enregistrament vídeo]. [Estats Units]: Netflix. VHS.

PHILLIPS, K.A.; GRANT, J.; SINISCALCHI, J.; ALBERTINI, R.S. (2001). "Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder". *Psychomatics*. [Consultat: 2 de juny, 2021]. Vol. 42, núm. 6: p.504-510. PMID: 11815686. Disponible a Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

PHILLIPS, K.A.; MENARD, W.; FAY, C. (2006, 5 d'octubre). "Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder". *Comprehensive psychiatry*. [Consultat: 5 de maig] Vol. 47, núm. 2: p.77-87. PMCID: PMC159223, PMID: 16490564. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

PHILLIPS, K.A.; HOLLANDER, E. (2008, 5 de març). "Treating Body Dysmorphic Disorder with Medication: Evidence, Misconceptions, and a Suggested Approach". *Body Image*. [Consultat: 2 de juny 2021]. Vol. 5, núm. 1: p.13-27. PMCID: PMC270593, PMID: 18325859. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

PHILLIPS, K.A. (1999). "Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies". *Psychiatr Q*. [Consultat: 3 de maig 2021]. Vol.70, núm.4: 313-331. PMID: 10587987. Disponible a Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

PHILLIPS, K.A. (2005). "Placebo-Controlled Study of Pimozide Augmentation of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder". *Am J Psychiatry*. [Consultat: 29 de maig, 2021]. Vol.162, núm.2: p.377-379. PMCID: PMC1622893, PMID: 15677604. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

PHILLIPS, K.A. (2008, 30 d'abril). "Suicidality in Body Dysmorphic Disorder". *Prim psychiatry*. [Consultat: 3 de maig 2021]. Vol.14, núm.12: p.58-66. PMCID: PMC2361388, PMID: 18449358. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

PRAZERES, A.M.; NASCIMENTO, A.L.; FONTENELLE, L.F. (2013, 28 de febrer). "Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a review of its efficacy". *Neuropsychiatric disease and treatment*. [Consultat: 29 de juliol, 2021]. Vol. 9: p.307-316. PMCID: PMC3589080, PMID: 23467711. Disponible a Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

ROSEN, J.C.; RAMIREZ, E. (1998). "A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment". *Journal of Psychosomatic Research*. [Consultat: 5 de maig, 2021]. Vol.44, núm.3-4: p.441-449. Disponible a Internet: <https://www.sciencedirect.com>

SARWER, D.B. (2002, 1 de novembre). *Awareness and Identification of Body Dysmorphic Disorder by Aesthetic Surgeons: Results of a Survey of American Society for Aesthetic*

Plastic Surgery Members. OXFORD ACADEMIC: Aesthetic Surgery Journal. [Consultat: 2 de juny, 2021]. Vol. 22, núm. 6: p.531-535. Disponible a Internet: <https://academic.oup.com>

SAVELLE-ROCKLIN, N. (2021, 15 de juny). "What Is "Zoom Dysmorphia" and Why Does It Hurt So Much?". *Psychology Today* [en línia]. [Consultat: 21 de setembre, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.psychologytoday.com>

SCIENCE OF PEOPLE (2016, 1 de maig). *Beauty Standards: See How Body Types Change Through History* [en línia]. [Consultat: 16 de juny, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.scienceofpeople.com>

SJOGREN, M. (2019, 25 de novembre). "An update on psychopharmacological treatment of Body Dysmorphic Disorder (BDD)". *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*. [Consultat: 29 de maig, 2021]. Vol.10, núm.6. Disponible a Internet: <https://medcraveonline.com>

THE RECOVERY VILLAGE (2020, 18 de novembre). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* [en línia]. Camille Renzoni and Candace Crowley. [633 Umatilla Blvd. Umatilla, FL 32784, EUA] [Consultat: 14 d'agost, 2021]. Disponible a Internet: <https://www.therecoveryvillage.com>

TURNER, B.S. (2008, 22 d'abril). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. 3^{ed} ed. London: SAGE Publications Ltd. ISBN: 1412929865