



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

**TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL  
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL**

**GENERAL DE MÉXICO**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DRA. MIRIAM NOHEMÍ GARCÍA ÁLVAREZ

TUTOR DE TESIS:

DR. JUAN ANTONIO DOMINGUEZ ZAMBRANO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JOSÉ FRANCISCO GONZALEZ MARTÍNEZ

Director de Enseñanza Médica e Investigación

Hospital General de México

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA

Profesor Titular del Curso de Especialización

Cirugía Plástica y Reconstructiva

Hospital General de México

UNAM

DRA . SILVIA ESPINOSA MACEDA

Jefe de Servicio

Cirugía Plástica y Reconstructiva

Hospital General de México

**DR. JUAN ANTONIO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO**

**Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

**Tutor de Tesis**

**Hospital General de México**

**DRA. MIRIAM NOHEMI GARCÍA ÁLVAREZ**

**Autor de Tesis**

**Hospital General de México**

*“No existe la excelencia en la belleza que no tenga alguna extrañeza en sus proporciones.”—Francis Bacon*

## II. DEDICATORIA

A Dios por permitirme tener ésta preciosa oportunidad .

A mis padres que con todo su amor y comprensión han sacrificado tiempo, esfuerzo, han compartido penas , glorias, altos y bajos por ver culminado un sueño que he tenido desde la infancia y convertirlo así en parte de sus sueños. Agradezco infinitamente su ejemplo de perseverancia y estudio, de amor al trabajo y la dedicación, agradezco también la manera de entender y apoyarme en todo momento, en todas y cada una de las decisiones que han marcado mi formación personal y profesional únicamente velando por mi felicidad. Dejando atrás muchas veces sus ganas de verme y tenerme cerca, a veces anteponiendo a sus deseos personales y necesidades las mías, para que yo culmine esta etapa de mi vida.

A mi hermana, mi mejor amiga y apoyo incondicional. Siempre pendiente de mi, ayudándome en este camino con su pronto consejo, su sabiduría, y también sus llamadas de atención.

A mi tutor y maestro el Dr. Domínguez por nunca haber dejado de creer en mi. Por ser en su momento verdugo, guía y amigo. Gracias.

A Oscar por estar allí por ayudarme a mantenerme firme en los momentos mas difíciles, por compartir quizá los momentos mas decisivos y ciertamente difíciles de mi vida profesional.

### III. ÍNDICE

	Página
I. PORTADA	1
II. DEDICATORIA	5
III. ÍNDICE	6
IV. RESUMEN	7
V. INTRODUCCIÓN	8
VI. MARCO TEÓRICO	11
VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
VIII. JUSTIFICACIÓN	29
IX. HIPÓTESIS	30
X. OBJETIVOS	31
XI. MATERIAL Y MÉTODOS	32
XII. RESULTADOS	37
XIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	48
X. BIBLIOGRAFÍA	52
XI. ANEXOS	55

#### **IV. RESÚMEN**

La insatisfacción con la imagen corporal motiva a los pacientes a realizarse procedimientos quirúrgicos, ésta insatisfacción es un faro rojo que apunta hacia un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), trastorno que se encuentra muchas veces presente en pacientes que solicitan manejo quirúrgico.

El (TDC) es una patología psiquiátrica sub diagnosticada pero relativamente común y usualmente severa. El TDC consiste en la preocupación exagerada respecto a un defecto físico menor o hasta inexistente, pero al extremo de que el paciente afectado sufre una alteración clínica profunda y pérdida importante de su funcionalidad.

Estudios previos indican que la prevalencia de TDC es de aproximadamente 1%. En otros reportes la prevalencia en población general es de 0.7% a 2.3%. Ciertos grupos tiene índices mas altos , como aquellos que acuden a servicios de cirugía plástica en donde la prevalencia es de 6%-7% al 15%. Sin embargo, los estudios mas recientes sugieren que este desorden es mas frecuente en los pacientes que solicitan la cirugía estética con índices que se describen hasta el 54% de los casos.<sup>10</sup>. En nuestra población que asiste al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva la prevalencia encontrada fué de 49.0% lo cual corresponde a los reportes en otras poblaciones indicando la existencia de dicho trastorno en nuestra población.



## V. INTRODUCCIÓN

Los temores irreales de fealdad o deformidad personal han sido parte de la conciencia humana, particularmente desde la disponibilidad de superficies reflexivas.<sup>1</sup> El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una patología psiquiátrica sub diagnosticada pero relativamente común y usualmente severa.<sup>2</sup> El TDC consiste en la preocupación exagerada respecto a un defecto físico menor o hasta inexistente, pero al extremo de que el paciente afectado sufre una alteración clínica profunda y pérdida importante de su funcionalidad.<sup>3</sup> La insatisfacción corporal es un rasgo común en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, sin embargo es conveniente definir hasta que punto esta insatisfacción se vuelve patológica.

Estos pacientes acuden regularmente solicitando un manejo quirúrgico y dermatológico, pero nunca recurren al apoyo psicológico o psiquiátrico, con resultados posteriores pobres<sup>4</sup>. Existen reportes de la presencia de este trastorno en la práctica de la cirugía plástica, sin embargo no existe una investigación sistemática de la misma en nuestra población. En general en la literatura quirúrgica estos pacientes regularmente se registran como pacientes insaciables de procedimientos quirúrgicos, pacientes con deformidad mínima, psicológicamente inestables y adictos a las cirugías. Es poco claro cuantos de estos pacientes son portadores en realidad de un TDC.<sup>4</sup>

Partiendo de la base que los procedimientos de cirugía plástica son solicitados usualmente por pacientes que desean una corrección de aspectos físicos causados por la edad, estándares belleza de acuerdo a raza y género o defectos congénitos, podríamos entender que el objetivo de esta cirugía es en cierta forma favorecer un estado de satisfacción postoperatoria al ver sus deseos y expectativas cumplidas.<sup>5</sup> Respecto de este tema, existen múltiples interrogantes como:

1. Conocer si el procedimiento planeado va a lograr satisfacer plenamente el deseo del paciente.
2. Saber si un solo procedimiento va a ser el solicitado, o es el inicio de una serie de procedimientos sin fin.
3. Saber si los procedimientos quirúrgicos son realmente la solución para lograr la satisfacción del paciente.

Es bien sabido que existen múltiples variables que involucran la interpretación personal de los deseos del paciente y lo que significa la belleza o perfección física para cada uno. Es de suma importancia conocer esta percepción personal y determinar si la cirugía ofrecerá una solución real o tal vez debería ser un tratamiento psicológico o psiquiátrico su mejor opción.

En 1931 Josef<sup>5,6</sup> dedicó un capítulo a los problemas de los pacientes de cirugía estética con respecto a la satisfacción, clasificando a los pacientes en cuatro grupos:

1. Hipoestéticos: los cuales toleran deformidades severas e incluso se muestran ampliamente agradecidos con cualquier mejoría por mínima que esta sea.
2. Normoestéticos: que interpretan su deformidad en una forma realista y aceptan cualquier incidente como pequeñas imperfecciones en el entendido de la mejoría global.
3. Hiperestéticos y para-estéticos: que son infelices incluso con deformidades menores, el concepto de sí mismos es deformado, sin embargo ante los ojos de observador tienen un cuerpo normal.

Estos últimos son los que se han catalogado actualmente como desordenes dismórficos corporales y que no pueden ser ayudados por la cirugía plástica, requiriendo un tratamiento psiquiátrico.<sup>7</sup>

A consecuencia del número creciente de individuos que solicitan una cirugía estética, la mayoría de los casos con trastorno dismórfico corporal, lo diagnostican los cirujanos plásticos en mayor proporción que los psiquiatras, debido a esto, es importante identificarlos y determinar si se beneficiarán de una cirugía estética.

## VI.MARCO TEÓRICO

Durante la última década, la cirugía estética ha ido en aumento<sup>1,10,11,12,14</sup>. Tan solo en Estados Unidos mas de 10 millones de procedimientos cosméticos quirúrgicos y no quirúrgicos se realizan por año. Se estima que en los últimos años los procedimientos quirúrgicos realizados se incrementaron en un 80%.<sup>6</sup>

Un cambio importante a considerar es el estereotipo de paciente que acude solicitando un procedimiento quirúrgico estético, anteriormente era considerado para una mujer añosa con intención de recuperar su juventud, pero en nuestros días esto se ha modificado. Generalmente los pacientes que lo solicitan no solo son mujeres de edad avanzada, sino personas jóvenes que recurren a los procedimientos en búsqueda de un ideal de belleza, 45% de todos los pacientes se encuentran entre los 35 y 50 años de edad y 27% son menores a 34 años.<sup>10</sup>

Los factores que explican el incremento en las demanda de la cirugía estética incluyen el deseo de parecer mas joven y con mayor belleza (lo que repercute en la aceptación social y en numerosas ocasiones hasta en oportunidades de trabajo), el incremento de la aceptación pública de la cirugía estética, la accesibilidad de la misma, la seguridad de los procedimientos, la mayor cantidad de médicos especialistas y los procedimientos de mínima invasión con un menor tiempo de recuperación<sup>1,10,11,12,13,14</sup>.

Constantemente las personas se encuentran rodeadas de historias de cirugías estéticas que aparecen en televisión, programas de noticias, publicaciones de salud y revistas de belleza. Los consumidores están bombardeados de imágenes de belleza como nunca antes se había visto. Existe una delicada línea divisoria entre mejorar el aspecto estético y la neurosis de querer cambiar completamente su aspecto físico.<sup>13</sup>

La insatisfacción con la imagen corporal motiva a los pacientes a realizarse procedimientos quirúrgicos, los cuales muchas veces repercuten en una satisfacción con la imagen corporal de manera postoperatoria, sin embargo esta relación positiva entre procedimiento y satisfacción no se presenta en pacientes con insatisfacción extrema de su imagen corporal. Esta insatisfacción es un faro rojo que apunta hacia un TDC, trastorno que se encuentra muchas veces presente en pacientes que solicitan manejo quirúrgico.

### **Antecedentes históricos del TDC**

En este punto comenzaremos hablando sobre el trastorno dismorfofóbico como tal, descrito por vez primera en 1886 por Morsellini.<sup>2,15</sup> término adoptado en países Europeos definiéndose como “l’obsession de la honte du corps”<sup>16</sup> ( la vergüenza obsesiva del aspecto corporal). El interés en este rubro comenzó con el trabajo de Edgerton y colaboradores a finales de 1950 y principios de 1960. Muchos de estos estudios se relacionaron a las bases psicodinámicas de las

entrevistas antes y después de los procedimientos quirúrgicos, estas entrevistas se diseñaron para identificar los conflictos subyacentes que reflejaban alguna psicopatología. Maltz en 1960, crea el concepto de no tratar únicamente el aspecto físico del paciente sino también entender psicológicamente lo que necesita el paciente, mencionaba que “ cuando tu cambias la cara de un hombre, cambias al hombre como persona, su comportamiento y algunas veces incluso su talento y habilidades básicas”, fué el primero en describir en ciertos pacientes la discrepancia entre el resultado objetivo de la técnica quirúrgica y la insatisfacción del paciente nombrándola dismorfopatía.<sup>12</sup> Éste término ha caído en desuso, probablemente debido al ICD-10 ( World Health Organization, 1992) donde se agrupa la condición bajo el término de desórdenes hipocondriacos.<sup>2,15,3</sup> En la literatura médica se ha referido este desorden por cerca de 100 años, pero no es sino hasta hace pocos años que el TDC se ha clasificado formalmente como una enfermedad psiquiátrica.<sup>17</sup>

Hasta este punto este tipo de pacientes se conocían como pacientes insaciables de cirugía plástica, pacientes turbados psicológicamente o adictos a policirugías.<sup>2</sup>

El reconocimiento del desorden dismórfico corporal como un desorden psiquiátrico formal es relativamente nuevo. De hecho no fue incluido en el DSM-III ( *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*) publicado en 1980.<sup>5</sup>

Recientemente el problema fue incluido como un diagnóstico separado en el DSM-IV<sup>9</sup>. El desorden dismórfico corporal se caracteriza por una preocupación con un mínimo o inexistente defecto de apariencia física que puede causar un estrés significativo y/o interferencia con la vida social y laboral del paciente<sup>2</sup>.

Imagen 1.



**Imagen 1:** Identificación del paciente con TDC. (Imagen reproducida de Hodgkinson D., Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic Surgery,2005<sup>17</sup>)

## **Etiología**

La causa del TDC se desconoce. Se define como multifactorial (biológica, psicológica, sociocultural).<sup>17,13</sup>

Se ha sugerido que una disfunción puntual en los circuitos fronto estriado y temporo parieto occipital, los cuales procesan las imágenes faciales y la información emocional juegan un papel importante en la etiología de esta alteración, sugiriendo el origen en alteraciones genéticas, sin embargo la base científica a este respecto es limitada.<sup>13</sup>

Se ha descrito incluso el papel de la serotonina y sus receptores, esto debido a la evidencia de la respuesta terapéutica positiva con antidepresivos serotoninérgicos. Y la exacerbación de los síntomas con la depleción de triptófano y abuso de antagonistas de la serotonina<sup>13,17,14</sup>.

Los factores psicosociales también juegan un papel importante, por ejemplo aquellos determinados por la presión en el ambiente escolar, los estándares de belleza impuestos por los medios de comunicación, y los beneficios aparentes de tener un cuerpo perfecto que se fomenta por la publicidad. Lo que explica la mejoría de los síntomas mediante terapia conductual.<sup>17</sup>

## **Epidemiología**

Estudios previos indican que la prevalencia de TDC es de aproximadamente 1% en la población general en Estados Unidos. Faravelli, en un reporte de Florencia Italia muestra una prevalencia de 0.7%. En otros reportes la prevalencia en población general es de 0.7% a 2.3%. Ciertos grupos tiene índices mas altos, como aquellos que acuden a servicios de cirugía plástica en donde la prevalencia es de 6%-7% al 15%.<sup>14,18,13,7</sup> Sin embargo, los estudios mas recientes sugieren



que este desorden es mas frecuente en los pacientes que solicitan la cirugía estética con índices que van desde el 6 al 15%<sup>7</sup>. Incluso algunos reportes indican que estos pacientes llegan a representar el 54% de los casos.<sup>10</sup>

Se reporta por Buhlman y colaboradores que hasta 20% de los pacientes afectados por TDC tienen al menos un familiar afectado por el mismo desorden.

La incidencia de TDC se presenta en una distribución bimodal. El desorden tiende a manifestarse con un pico en la adolescencia y en la edad adulta temprana con un segundo pico después de la menopausia.<sup>14</sup>

Phillips y colaboradores, describen una media de edad para la presentación del TDC de 16.4 años. Cuando se incluyeron las formas subclínicas la edad de presentación es 12.9 años. En algunos casos se manifiesta durante la niñez. Aunque en la mayoría de los pacientes la edad de presentación es 33.7 años.<sup>14</sup>

Existe una diferencia demostrada en las partes del cuerpo en que cada género centran sus quejas. Phillips, Diaz y Perugi, encontraron que los hombres se preocupan mas por sus genitales, masa muscular y cabello, las mujeres se preocupan por sus mamas, muslos y piernas. Esto muy probablemente influenciado por la moda y los medios de comunicación con sus estándares de belleza.<sup>14</sup>. aunque en términos generales la preocupación de estos pacientes el foco de preocupación es con la nariz, piel, ojos, parpados, boca, labios, y mentón, independientemente del género. Sin embargo virtualmente cualquier parte del cuerpo se encuentra involucrada e incluso es frecuente que mas de una parte del cuerpo constituyan la preocupación, algunas veces el problema central se torna

muy vago, hasta el punto de que el problema no va mas allá de que el paciente se “siente feo”<sup>5</sup>.

En contraste la presencia de la patología en relación hombre y mujer es de 1:1 o 3:2 sin mucha diferencia, en contraste de otras patologías como los desórdenes alimenticios, que se considera un desorden primordialmente del género femenino.<sup>14,19</sup>

El objetivo de la cirugía estética es, en todo caso tener un paciente feliz en el postoperatorio, cuyos deseos fueron cumplidos .

Sin embargo existen como se conoce múltiples variables que involucran el juicio e interpretación de los deseos del paciente así como su sentimiento de mejoría, normalización o disminución del los problemas que originalmente los llevan a buscar un procedimiento quirúrgico.<sup>28</sup>

Sarwer, Wadden y Whitaker describieron un modelo para entender los motivos psicosociales de los pacientes para solicitar un procedimiento de cirugía estética. Éstos autores entre otros acertadamente argumentan que la cirugía estética en esencia es una cirugía para la imagen corporal<sup>1</sup>. De acuerdo con Rosen y colaboradores Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo<sup>20</sup>.

Los pacientes que recurren a un procedimiento de cirugía estética lo hacen motivados por una inconformidad con alguna característica física lo que traduce en realidad, un deseo de cambiar su forma de pensar.

En realidad la mayoría de estos pacientes no recurren a la cirugía para mejorar el aspecto físico sino para remediar una disforia. La disforia a su vez se refiere sólo a un desajuste emocional.

La disforia, en el contexto de un trastorno de las emociones es un indicador de riesgo elevado de suicidio<sup>3</sup> En muchas ocasiones el procedimiento estético no compensa o corrige este sentimiento por lo que se vuelve un procedimiento quirúrgico frustrante e infructífero<sup>1</sup>. Tal como lo reporta Lipworth y colaboradores<sup>21</sup>

Ya se ha comentado que mas allá de la preocupación por la apariencia, el trastorno dismórfico corporal causa disminución de la función psico-social. La mayoría de los pacientes reportaron interferencia con su desempeño académico.

La calidad de vida para la mayoría es pobre y algunos de ellos tienen tendencia al suicidio.<sup>29</sup> El riesgo suicida de estos pacientes es notable: la tasa de suicidios es de 3:1 000 pacientes por año , lo que es 45 veces más frecuente que en la población general.<sup>3</sup>

El porcentaje anual de ideación suicida en el paciente con trastorno dismórfico corporal es de 57.8%, la media anual de intento suicida es de 2.6%. Lo que representa respectivamente 10-25 y 3 a 12 veces mas lata que la población general.<sup>22</sup> Existen reportes en donde se describe que hasta un 17%<sup>23</sup> y algunos que 45-70%<sup>17</sup> de los individuos con trastorno dismórfico corporal reportan historia

de ideación suicida, que se atribuye en su totalidad al trastorno en si, y un 22% - 24% han intentado llevar a cabo dicho suicidio. A pesar de que existe evidencia de que es un trastorno severo la investigación al respecto es limitada.<sup>23</sup>

Phillips y col. Reportan que durante su estudio dos de sus pacientes con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal estando bajo tratamiento psiquiátrico cometieron suicidio relacionado con su padecimiento ambos tenían diagnóstico de trastorno dismórfico corporal severo basados en el puntaje logrado con el cuestionario dirigido del DSM-IV para este trastorno<sup>24</sup>, se describe un porcentaje de mortalidad para pacientes con este trastorno de 45%, porcentaje marcadamente alto comparado con otras causas de suicidio.<sup>24,8</sup>

Aunque el incremento en la insatisfacción con la imagen corporal es común en pacientes que solicitan cirugía estética, algunos se presentan con insatisfacción extrema en términos de TDC. En estudios retrospectivos los pacientes con este tipo de trastornos en los que se realizaron procedimientos quirúrgicos estéticos mas de 90% no experimentaron cambio o refieren haber empeorado su imagen corporal y la sintomatología del TDC.<sup>22</sup> Se ha reportado un índice de satisfacción postoperatoria en estos pacientes de tan solo 2.3% .<sup>25</sup>

La mayoría de los reportes clínicos y retrospectivos indican que los pacientes con trastorno dismórfico muestran un grado muy bajo de satisfacción y deterioro psicológico importante en cuanto a los síntomas de su trastorno e incluso se pueden volver violentos contra si mismo o contra su cirujano<sup>7,3</sup>

Recientes estudios sobre TDC han graficado el severo desajuste social que esta

patología acarrea: hasta un tercio de los afectados se recluye en casa, sin estudiar ni trabajar o, en caso de hacerlo, es muy por debajo de su potencial.<sup>3</sup>

La insatisfacción en la Imagen corporal en particular con pacientes que solicitan mamoplastía de aumento es común particularmente combinado con desordenes del ánimo y alimenticios. Para la mayoría de las mujeres con desordenes dismórficos, la cirugía cosmética no parece ser efectivo para mejorar su sintomatología y el rango de suicidio en estos pacientes es substancialmente mas alto que para el resto de la población<sup>21,14</sup>

El primer estudio en identificar la relación entre implantes de mama y suicidio se diseñó para investigar las causas de mortalidad entre mujeres que solicitaron cirugía para aumento de mamas. Brinton y col., tentativamente sugirieron que existe un mayor número de suicidios en pacientes postoperada de implantes mamarios, lo cual puede atribuirse a desórdenes del ánimo, baja autoestima o dificultades maritales, no detectados de manera preoperatoria, desafortunadamente este estudio no representa un trabajo donde todas estas variables hayan sido reportadas.<sup>22</sup>

Otro rubro que muestra un número mayor de reportes de insatisfacción con imagen corporal es en pacientes que solicitan rinoplastia estética. Ghadakzadeh y col., reportar un alto índice de TDC en este tipo de pacientes de hasta un 12.2%.<sup>11</sup>

La investigación del perfil psicosocial del paciente candidato para cirugía cosmética deberá ser por tanto tan preciso como la cirugía misma<sup>1,30</sup>.

Estos pacientes requieren una minuciosa investigación psicométrica acerca de su imagen corporal, no sólo de una evaluación de imagen corporal como tal sino una serie de medidas multidimensionales que nos permitan obtener una clara idea de los hallazgos físicos que “inquietan” al paciente en cuestión<sup>1,30</sup>.

### **Síntomas Clínicos del TDC**

Estos pacientes generalmente muestran una preocupación exagerada respecto a sus defectos físicos imaginarios o mínimos con una marcada desproporción emocional.<sup>14</sup>

En reportes previos la forma establecer el escrutinio y diagnóstico adecuados del TDC se basa en lo estipulado en el DSM-IV ( *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*)<sup>26,7,23,11,12</sup>. Los criterios diagnósticos para el desorden dismórfico corporal incluyen los siguientes:

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Dismórfico Corporal (DSM-IV)<sup>26,7</sup>**

1. Preocupación por un defecto imaginario o mínimo, o si este defecto es evidente pero en grado mínimo la persona lo percibe como extremadamente notorio.
2. Estrés importante o disminución de la función social, ocupaciones u otras áreas resultado de la preocupación por su apariencia
3. La preocupación no está dada por la presencia de otro desorden psiquiátrico.

El desorden dismórfico corporal se clasifica como un desorden somatoforme. Esta clasificación es controversial, debido a que muchos expertos lo consideran un desorden del espectro de las alteraciones obsesivas compulsivas.

En el campo de la cirugía estética puede ser difícil de establecer por varias razones. Primero, muchas de las personas que recurren a una cirugía de este tipo están interesadas en corregir defectos mínimos de su apariencia o en mejorar rasgos normales. Además los cirujanos plásticos están entrenados para identificar y reparar defectos desde los menores hasta los defectos mayores. Además esta la subjetividad en el objetivo de lo “corregible” a algo “normal”.<sup>5</sup>

Por lo anterior es fácil suponer que el primer criterio diagnóstico es fácilmente aplicable a la mayoría de los pacientes, sin embargo el segundo criterio puede resultar difícil de aplicar a la población que acude a un servicio de cirugía plástica. Como ya se ha mencionado la insatisfacción con la imagen corporal está presente en las personas que solicitan un procedimiento quirúrgico estético. Sin embargo se ha propuesto que el grado de estrés y disfuncionamiento social y laboral pueden ser indicadores más exactos del trastorno dismórfico corporal. Por ejemplo, un individuo que ha dejado de asistir a sus compromisos escolares o ha perdido el empleo debido a que él considera su apariencia física como inapropiada se considera como trastorno dismórfico corporal, en cambio aquellas personas que reportan un desagrado personal por algún aspecto físico específico pero sin repercusión funcional por su apariencia no presenta dicho trastorno<sup>5</sup>.

El trastorno dismórfico corporal también se caracteriza por realizar comportamientos rituales compulsivos que les consume mucho tiempo. Muchos de estos comportamientos son un esfuerzo por mantener controlado, mejorar o camuflagear el área de preocupación<sup>5</sup>. Por ejemplo estas personas pueden gastar horas lavando o estilizando su cabello varias veces, otras rechazan usar ropa que deje al descubierto sus "defectos". El preguntar a otros sobre su imagen de manera repetida es algo común. Tocar y manejar la piel compulsivamente y en exceso hasta dañarla (*skin picking*) y utilizar continuamente camas de bronceado son otras conductas relacionadas, estas personas malinterpretan esto al grado de



creer que mejoran su estrés con respecto a su apariencia, de hecho la mayoría de estas conductas dañan la piel y el cuerpo a largo plazo<sup>5</sup>

Se ha mencionado que estos pacientes pueden incluso manifestarse como enojados u hostiles. Existen reportes de casos donde se sugiere que al menos algunos de estos pacientes con trastornos dismórficos corporales tiene altos niveles de enojo que culminan en violencia en contra de los médicos que les proporcionan tratamiento (cirugía) con la cual el paciente queda insatisfecho<sup>4,27</sup>. Ghadakzadeh y colaboradores, mencionan al menos cuatro casos reportados de homicidio de cirujanos plásticos a manos de pacientes con TDC<sup>11</sup>.

Además de los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDC, se sugieren los siguientes puntos claves para sospechar de trastorno dismórfico corporal :

## Indicadores potenciales de desorden dismórfico corporal en paciente que solicitan procedimiento quirúrgico estético <sup>5</sup>

- Quejas vagas o inespecíficas acerca de su apariencia ( "Solo soy fea(o)")
- Estrés y ansiedad marcada con respecto a su apariencia imaginaria o mínimos defectos
- Uso excesivo de maquillaje u otros productos. Rituales elaborados de acicalamiento; camuflaje de defectos con ropa, sombreros o posturas corporales
- Evitan actividades sociales, poca habilidad para el trabajo, las actividades escolares, muestran miedo de abandonar sus casas .
- Solicitan procedimientos quirúrgicos de manera inusual o excesiva
- Creen que la cirugía por si sola resolverá todos sus problemas y mejorará de manera dramática su vida diaria.
- Muestran "modelos" de revistas o fotografías de celebridades para indicar lo que desean como resultado.
- Historia de múltiples y/o repetidos procedimientos para mejorar su apariencia con uno o varios equipos quirúrgicos.
- Insatisfacción con los resultados de cirugías previas.
- Historia de síntomas de depresión, ansiedad, intentos de suicidio u otro desorden psiquiátrico.
- Historia de tratamiento psiquiátrico o psicológico incluyendo hospitalizaciones.
- Se rehúsan a consultar o tener contacto con un profesional de salud mental.
- Solicitan citas en situaciones, días y horarios inusuales, llamadas telefónicas en exceso, se rehúsan a realizarse los estudios preoperatorios estándar.

## Curso clínico del TDC

El desorden dismórfico corporal de manera típica se caracteriza por una progresión continua mas que un curso episódico. Es decir que estamos frente a un trastornos de curso crónico<sup>14</sup>. Sin embargo los síntomas y número de regresiones del mismo y su severidad pueden variar a lo largo de su curso. El estudio de la historia natural de este desorden muestra que desafortunadamente la remisión completa es rara aún con el tratamiento adecuado.<sup>5,23</sup> se ha reportado que de estos pacientes únicamente un 9% han experimentado remisión completa en seguimientos a un año solo un 21% mostraron una remisión parcial en un lapso de 12 meses. Sin embargo de éstos 15% volvieron a presentar trastorno dismórfico corporal.<sup>23</sup>

Veale y colaboradores indican que suponiendo que el paciente estuviera conforme con el resultado de una cirugía presentan un fenómeno de migración hacia otra parte del cuerpo que los lleva a solicitar otra cirugía, situación que se perpetúa, favoreciendo una retroalimentación y aumento el estrés y las alteraciones en su vida social y laboral porque las manifestaciones del trastorno permanecen intactas y se tornan crónicos. Lo cual contrasta enormemente con los individuos sin este trastorno en los que los cambios psicológicos son favorables y positivos.<sup>15</sup>

Phillips y colaboradores hacen un estudio interesante en pacientes la mayor parte adultos aunque también estudiaron niños y adolescentes con alteraciones físicas mínimas o inexistentes que recibieron manejo a base de procedimientos

quirúrgicos sin consultar manejo psicológico y psiquiátrico. Muestran que aproximadamente 23% de los pacientes que recibieron manejo quirúrgico, en otras series como la de Hollander y colaboradores esta cifra se reporta de hasta 40%. Existen reportes de que 60 a 72% de las personas con TDC acudieron a la cirugía plástica como recurso para buscar solución a su problema. En este estudio el manejo quirúrgico no significó cambio en los síntomas o severidad del TDC, debido a que no obtuvieron registros de satisfacción con el tratamiento quirúrgico, mencionan que la mayoría de estos paciente 81% se muestran insatisfechos con los resultados quirúrgicos. Por tanto todo tratamiento no psicológico-psiquiátrico rara o nula vez disminuirán los síntomas de TDC. Lo que los hace pacientes de difícil trato. Generalmente se muestran insatisfechos con el tratamiento, solicitan consultas largas, buscan a numerosos médicos a la vez, presionan al médico a que se les otorgue mas de un tratamientos sin sentido y poco efectivos o toman acciones legales en contra de sus médicos. Aunque no hay mejoría en realidad son poco los que posterior al manejo quirúrgico empeoran su sintomatología, pero si existen dichos casos, y cuando estos se presentan la evolución es tórpida. Se reporta el caso de un hombre con múltiples cirugías para corregir pabellón auricular el cual mostraba ideación psicótica suicida y violenta cada vez que se le retiraban las vendas de manera postoperatoria requiriendo de hospitalizaciones psiquiátricas repetidas. Algunos de estos pacientes tratan de amenazar a sus médicos algunos expresan sus deseos de lastimar a su cirujano.<sup>4,27</sup>

## VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El subdiagnóstico del TDC es usual debido a: deficiencias en sistemas diagnósticos, la comorbilidad asociada, la búsqueda de tratamiento no psiquiátrico y sobre todo por renuencia de los pacientes a revelar su problema .<sup>3</sup>

Se ha recomendado preguntas de tamizaje para facilitar su detección, ante la sospecha del trastorno (tabla 1).<sup>3</sup> El tamizaje reviste importancia, porque la mayoría de pacientes con TDC recurren en diversos momentos al tratamiento de cirugía plástica, aunque los resultados de estos tratamientos son más bien pobres respecto a las expectativas del paciente y revisten alta probabilidad de efecto nocivo. Se estima que hasta 15%-45% de pacientes que acude al cirujano plástico, sufrirían de TDC.<sup>3,10</sup>

Se ha estipulado que, para diagnosticar TDC, los pacientes usualmente debieran ser interrogados directa y explícitamente acerca de los síntomas del padecimiento.<sup>3</sup>

## VIII. JUSTIFICACIÓN

Aunque la evaluación psicológica de los pacientes no es un estándar en la práctica clínica, es muy importante para al cirujano plástico diagnosticar el TDC durante la consulta clínica, no solo por razones médico legales sino también para referir a los pacientes para un tratamiento apropiado.<sup>14</sup>

La consulta deberá comenzar preguntando sobre los motivos para solicitar un procedimiento quirúrgico, sus expectativas personales, por que están insatisfechos con su aspecto o que es lo que les preocupa de su apariencia, deberá sumarse a este escrutinio los criterios diagnósticos para TDC del DSM-IV y en dado el caso, la apropiada valoración por un psicólogo y psiquiatra.<sup>14</sup>

Estos pacientes muestran en general mejoría únicamente con manejo psiquiátrico y terapia psicológica. Sin embargo estos pacientes generalmente a quien acuden solicitando solución a sus problemas es al cirujano y no al psiquiatra o psicólogo es sumamente importante que el médico cirujano identifique a este tipo de pacientes de manera oportuna y antes de brindar cualquier manejo quirúrgico<sup>31</sup> considerando el TDC como una contraindicación para el manejo quirúrgico para así evitar repercusiones graves como el suicidio, acciones legales en contra del médico tratante ya sea por insatisfacción o recientemente estipulado como omisión de diagnóstico de TDC<sup>27,31</sup> que les ocasiona conflictos posteriores y diferentes grados de agresión al personal médico.<sup>11,</sup>

## **IX. HIPÓTESIS**

Existe el TDC en los pacientes del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva que afectan de forma desfavorable la satisfacción del paciente.

El hecho de medir de manera fidedigna y confiable estos trastornos repercutirá de manera en una mejor selección de los pacientes y de su tratamiento con lo cual habrá mayor satisfacción de los pacientes y disminución de demandas jurídicas y agresión al personal médico.

Se podrá instaurar el escrutinio de esta medición en la historia clínica de rutina en el expediente del paciente en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva.

## **X. OBJETIVOS**

1. Buscar la presencia del TDC (Trastorno Dismórfico Corporal) en pacientes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México. Utilizando un cuestionario semiestructurado basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDC.
2. Cuantificar el TDC en pacientes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.
3. Determinar que variables sociodemográficas en esta población predisponen a la presencia y diagnóstico del TDC en pacientes del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.
4. Lograr un diagnóstico y tratamiento adecuado para cada paciente.



## **XI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo y diseño del estudio.**

Observacional, descriptivo, transversal.

### **Población y tamaño de la muestra.**

El trabajo se realizó en una muestra probabilística de tipo estratificada de 102 pacientes que acudieron al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México de Marzo 2013 a Junio del 2013.

### **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Se incluyeron:

1. Todos aquellos pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México solicitando procedimiento quirúrgico estético y/o reconstructivo.
2. Pacientes que leyeron entendieron aceptaron y firmaron carta de consentimiento bajo información para participar en el estudio, todo bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki.<sup>33</sup>

Se excluyeron:

1. Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento bajo información y se negaron a participar en el estudio.
2. Pacientes con patología psiquiátrica diferente al TDC, por ejemplo demencia, que pudiera interferir con la obtención de una entrevista válida.

Se eliminaron:

1. Pacientes que contestaron de manera incompleta los cuestionarios proporcionados.

### **Definición de variables a evaluar y forma de medirlas**

1. Variables Dependientes:

- Puntuaciones altas en la sumatoria del cuestionario semiestructurado para diagnóstico de TDC de acuerdo a criterios del DSM-IV.

2. Variables Independientes:

- Variables sociodemográficas
- Tipo de cirugía solicitada por el paciente :
  - a) estética
  - b) reconstructiva

En nuestro estudio se analizaron por tanto variables nominales del tipo dicotómico (presente-ausente), ordinales expresando variables policotómicas (leve, moderado, severo).

### **Procedimiento**

La información que aquí se analiza fué recogida mediante un cuestionario para datos socio-demográficos (Anexo 1) y otro diseñado como instrumento semiestructurado de la forma para trastorno dismórfico Corporal del DSM-IV<sup>23,7,11</sup> (Anexo 2).

Los cuestionarios se aplicaron por personal del departamento de psicología del mismo hospital. Todos los pacientes llenaron y firmaron un consentimiento

informado (se agregó la firma de los padres para aquellos pacientes menores de edad).

Los 102 sujetos fueron evaluados de acuerdo a las respuestas que ellos mismo anotaban en los cuestionarios aplicados y asesorados por los entrevistadores calificados.

### **Instrumento**

El cuestionario 1 incluye únicamente aspectos socio demográficos. ( Anexo 1)

El diseño del cuestionario 2 partió de una base teórica. Para realizar la integración del constructo de TDC se definieron dos indicadores basados en los criterios del DSM-IV para el TDC: Disfunción social y distorsión de la imagen corporal. Las preguntas se refieren a la medición de la presencia y gravedad del TDC con opciones de respuesta del tipo dicotómicas y semiestructuradas basados en preguntas de tamizaje para el TDC modificado de Veale publicado en el 2010<sup>3</sup>. (Anexo2).

Primero se piloteó el cuestionario de TDC aplicándose a 20 pacientes de manera intencional a pacientes que acuden a consulta externa del servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México a partir de la cual se hicieron algunos ajustes en las instrucciones y en el orden de los reactivos. Una vez modificada la escala se llevó a cabo una validación de contenido a través del método de jueces en la que participaron cuatro expertos profesionales en el área clínica de la salud mental para determinar los reactivos en las dimensiones propuestas, los reactivos número 8 y 11 se desglosaron por el grupo de expertos

para facilitar la respuesta. El cuestionario quedó compuesto de 14 reactivos de los cuales las preguntas número 1, 2, 11, 12 y 14 relacionadas con la distorsión de la imagen corporal y las preguntas número 3, 4, 6, 8 miden la disfunción social. Finalmente las preguntas 5, 7, 9 y 10 son preguntas complementarias de acuerdo a lo publicado por De Veale.<sup>32</sup>

Se asignó una puntuación arbitraria por jueces con respecto a la base teórica del TDC, para considerar que a mayor presencia de criterios mayor probabilidad de trastorno, por lo tanto para las variables dicotómicas se asignó mayor puntaje en caso de contestar SI (2 puntos) y menor valor en caso de contestar NO (1 punto), excepto en el último de los reactivos donde contestar NO(2 puntos) se asignó con valor mayor a SI (1 punto).

Los resultados indican que 13 de los 14 reactivos guardan una correlación positiva con el diagnóstico de TDC y solo 1 de ellos ( el reactivo número 14) guarda una correlación negativa o inversa. Es decir que los 14 reactivos mencionados permiten clasificar a un paciente con TDC.

A mayor puntaje en el cuestionario corresponde una mayor cantidad de anomalías en la conducta con respecto al TDC. Puntuaciones de 0 a 9 indican una probabilidad baja, puntuación de 10 a 13 una probabilidad media y puntajes mayores de 13 indica que una persona se encuentra en el grupo de riesgo alto (con una calificación máxima de 14).

## **Análisis de datos**

Para conocer las características psicométricas de la escala. Se consideraron como válidos los valores de correlación ítem-total iguales o mayores a 0.50 y factores con un mínimo de catorce preguntas. Posteriormente, con el objetivo de conocer la validez predictiva de la escala, se realizó un análisis discriminante por el medio de inclusión por pasos con la muestra total y dos submuestras tomadas al azar.

Se obtuvo estadística descriptiva para obtener frecuencias, media , mediana y moda utilizando sistema SPSS versión 12.0

Para la comparación de medias entre las variables de imagen corporal. Para la comparación entre grupos de variables paramétricas se utilizó la T-Student. Para la comparación entre mas de dos grupos se utilizó la prueba de ANOVA.

Se utilizó prueba de Wilcoxon para variables no paramétricas, para comparar pruebas estadísticas debido a que la muestra fue pequeña y con mucha variabilidad.

## XII. RESULTADOS

### Características de los pacientes

Ciento dos pacientes que solicitaron procedimientos estéticos o reconstructivos fueron vistos en la consulta de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General de México, los 102 pacientes cumplieron con los criterios de selección.

La media de la edad en nuestros pacientes fue de 35.8 años con una desviación estándar de 15.41, con un mínimo de 7 años y un máximo de 66 años, con una mediana de 35 años y una moda de 25 años, con un promedio de 59 años.

En cuanto al género 79.4% de nuestros pacientes son del género femenino.

Figura 1.

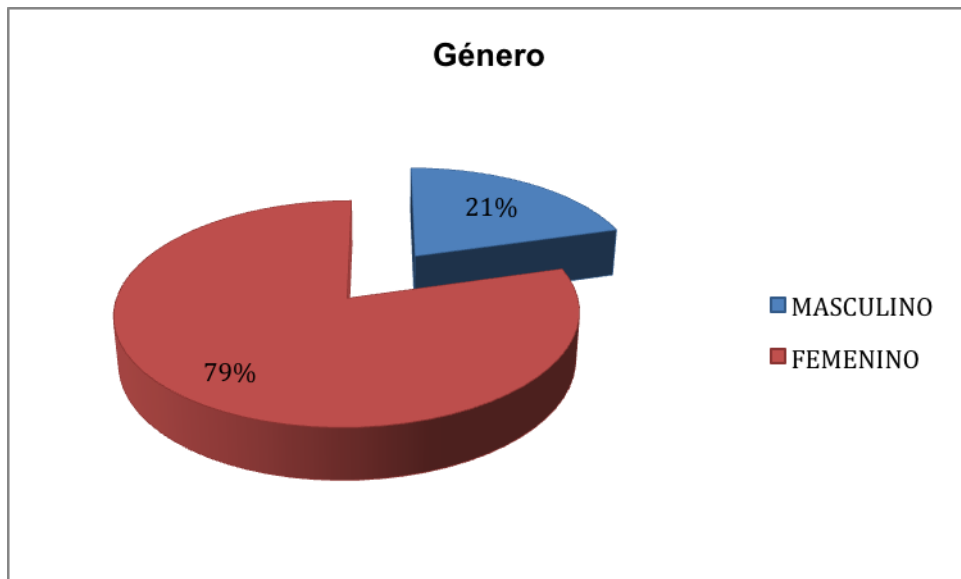


Figura 1. Porcentajes por género en nuestro estudio.

Con respecto a la ocupación de los pacientes la mayoría reportan dedicarse al hogar con un 30%. Figura 2.

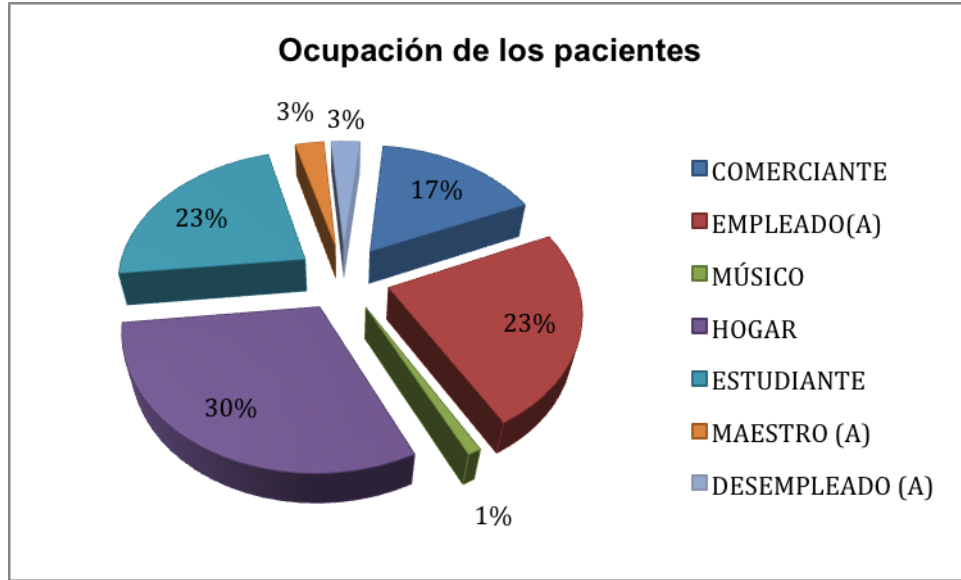


Figura 2. Porcentajes de ocupación reportada de los pacientes

El estado civil se reporta en nuestra población en un 50% como soltero (a) tal como se muestra en la Figura 3.

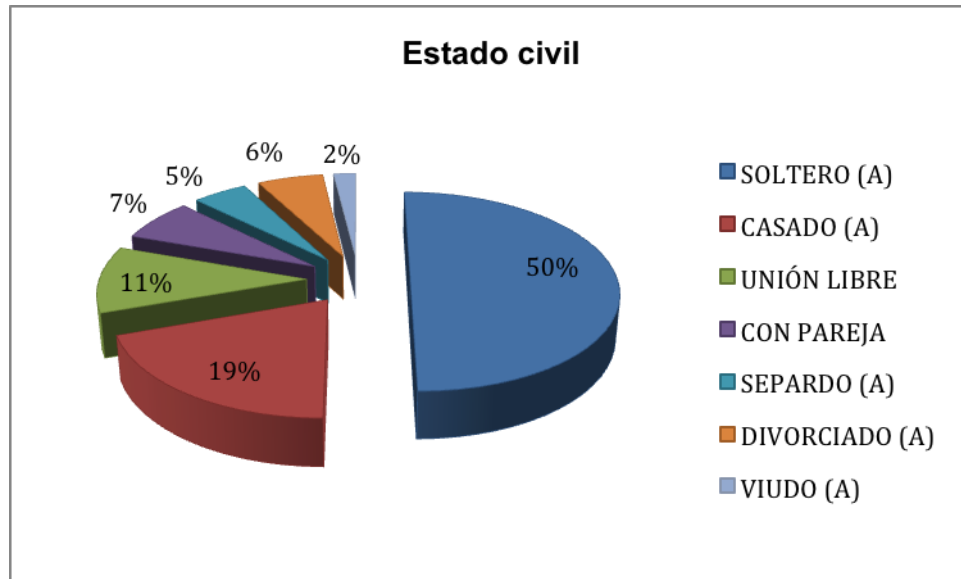


Figura 3. Porcentajes de estado civil reportado por los pacientes del estudio.

En lo que respecta a escolaridad encontramos que el mayor porcentaje se reporta en el rubro de licenciatura (nivel medio superior) con un 29.4%, como lo muestra la Figura 4.

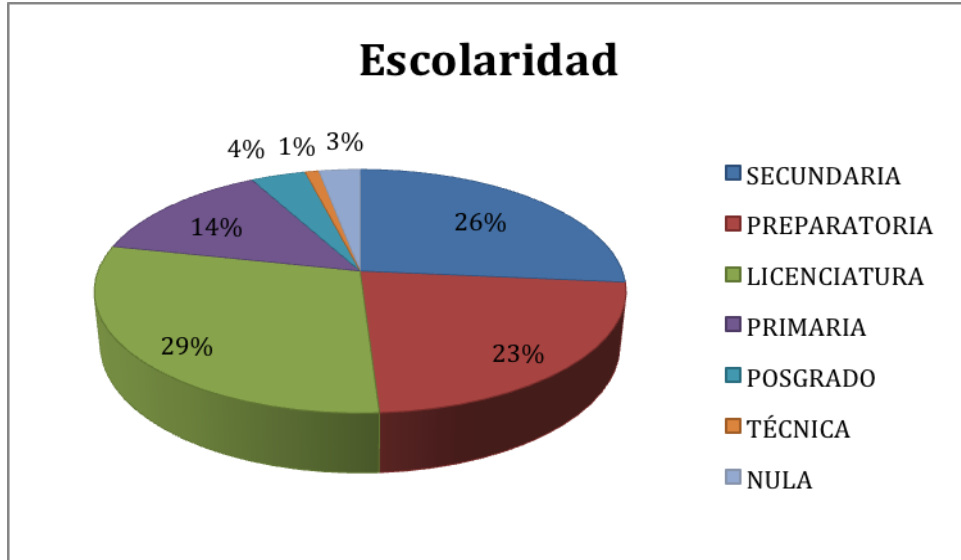


Figura 4. Porcentajes de acuerdo a la escolaridad reportado por los pacientes del estudio.

Se hizo un análisis para obtener porcentajes de acuerdo al tipo de cirugías solicitadas encontrando mayor porcentaje para procedimientos estéticos. Figura 5.

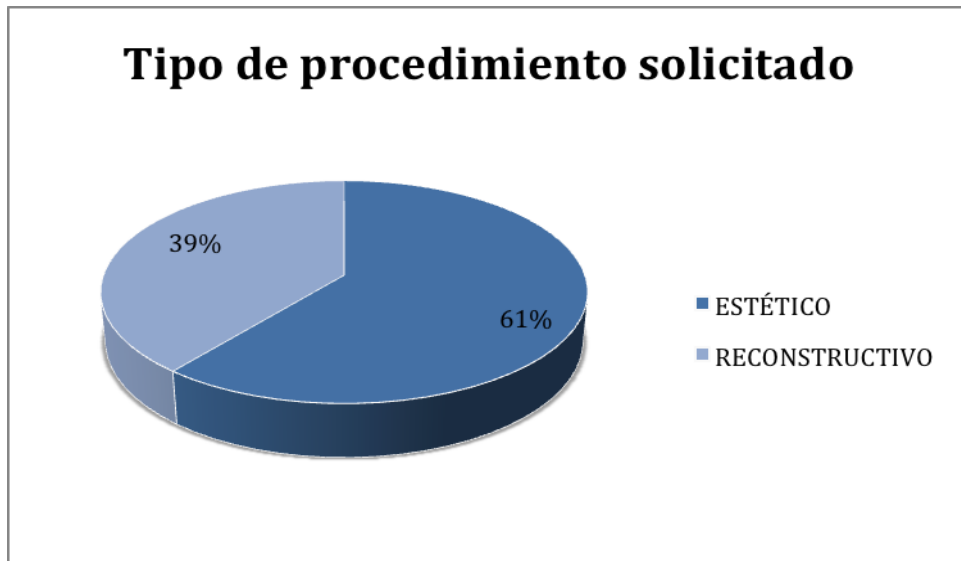


Figura 5. Tipo de procedimiento solicitados por los pacientes de nuestro estudio.



## Prevalencia y severidad del TDC

Los pacientes fueron categorizados en tres grupos de acuerdo a su puntuación obtenidos en el cuestionario basado los criterios del DSM-IV para trastorno dismórfico corporal basados en los 14 reactivos dando distinto peso estadístico a cada pregunta. De acuerdo a lo anterior se categorizaron como puntuación baja (0-9) puntuación media (10-13), puntuación alta (>13). A continuación se enumeran en la Tabla 1 la sumatoria del cuestionario para TDC, categorizados de

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50 (Mediana)	75
Suma del cuestionario 2	102	11.2549	2.60877	7.00	17.00	9.0000	11.0000	13.0000

acuerdo a la calificación máxima y mínima obtenidas.

**Tabla 1. Análisis descriptivo del puntaje obtenido en el cuestionario 2 para diagnóstico de TDC**

Es importante recalcar que en nuestra población de estudio el 49.0% de los pacientes presentaron puntuaciones > 11 en el cuestionario 2 relacionados con el diagnóstico de TDC de acuerdo a los criterios del DSM-IV, además encontramos una mayor proporción de puntajes que califican para el trastorno en los pacientes que solicitaron procedimientos de tipo estético, representando 86.0% de éste grupo (Tabla 2). Se muestran también la tabla de análisis de correlación utilizando Chi-Square que muestra esta correlación entre pacientes con puntajes altos y procedimientos estéticos (Tabla 3), con un intervalo de confianza de 4.126.

		suma > 11		Total	
		Positivo	Negativo		
Tipo de procedimiento	estetico	Suma	43	18	61
		% Tipo de procedimiento	70.5%	29.5%	100.0%
	reconstructivo	% suma > 11	86.0%	34.6%	59.8%
		% Total	42.2%	17.6%	59.8%
Total	Suma	7	34	41	
		% Tipo de procedimiento	17.1%	82.9%	100.0%
	% suma > 11	14.0%	65.4%	40.2%	
		% Total	6.9%	33.3%	40.2%
Total	Suma	50	52	102	
		% Tipo de procedimiento	49.0%	51.0%	100.0%
	% suma > 11	100.0%	100.0%	100.0%	
		% Total	49.0%	51.0%	100.0%

**Tabla 2. Se muestra el porcentaje total de pacientes con resultados positivos para diagnóstico de TDC de acuerdo a suma de cuestionario 2. Y se muestran los valores y porcentajes de acuerdo al tipo de procedimiento solicitado**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27.998(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	25.901	1	.000		
Likelihood Ratio	29.875	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	27.723	1	.000		
N of Valid Cases	102				

**Tabla 3. Se muestra la correlación entre puntajes altos y tipo de procedimiento solicitado.**

### Prevalencia del TDC en relación a las características de los pacientes.

Encontramos como resultado de nuestro estudio factores sociodemográficos que podrían llegar a considerarse como factores de riesgo para presentar puntajes altos en el cuestionario número 2 y por tanto mayor probabilidad diagnóstica de TDC. Entre éstos encontramos, la escolaridad y el estado civil del paciente. La Tabla 4, indica la influencia de los factores demográficos estudiados en la severidad de los pacientes con TDC.

	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
	B	Error estándar	Beta			
	17.537	1.357			12.924	.000
Edad cronológica del paciente	-.015	.017	-.087		-.913	.364
Ocupación	-.335	.158	-.188		-2.126	.036
Escolaridad	.098	.166	.053		.593	.555
Sexo	-.811	.553	-.127		-1.465	.146
estado civil del paciente	.053	.156	.034		.341	.734
Tipo de procedimiento	-2.683	.451	-.506		-5.949	.000

**Tabla 4. Relación de factores sociodemográficos y TDC. a Variable dependiente: Suma del cuestionario 2**

En cuanto a la correlación de puntajes altos en el cuestionario no. 2 para el diagnóstico de TDC y aspectos sociodemográficos de forma mas específica, encontramos que los puntajes mas altos se distribuyeron en pacientes cuya

ocupación es ser estudiantes, con escolaridad media superior, generalmente mujeres, solteras, como se muestra en la Tabla 5.

		Suma del cuestionario 2			
		baja	media	alta	
Ocupación	estudiante	0	4	7	12
	hogar	0	13	7	11
	comerciante	0	4	9	4
	empleado	0	10	7	7
	msico	0	1	0	0
	maestro	0	1	1	1
	desempleado	0	1	1	1
Escolaridad	secundaria	0	10	9	8
	preparatoria	0	10	3	10
	licenciatura	0	7	13	10
	primaria	0	5	3	6
	posgrado	0	1	2	1
	técnico	0	0	0	1
	nula	0	1	2	0
Sexo	hombre	0	5	8	8
	mujer	0	29	24	28
estado civil del paciente	soltero	0	18	14	19
	casado	0	5	8	7
	unión libre	0	6	2	3
	con pareja	0	1	2	4
	separado	0	1	2	2
	divorciado	0	3	3	0
	viudo	0	0	1	1

**Tabla 5. Hallazgos demográficos en relación a la severidad del TDC**

## Preocupación por los defectos percibidos

En nuestros pacientes encontramos esta correlación positiva entre los pacientes con puntuaciones altas en el cuestionario 2 , el tipo de procedimiento estético y la solicitud para un procedimiento quirúrgico en cabeza y cuello. Tabla 6.

	Tipo de procedimiento					
	Estético			Reconstructivo		
	suma			suma		
	baja	media	alta	baja	media	alta
Que partes de mi cuerpo es la que me parece fea						
EXTREMIDADES	1	3	3	1	4	0
TRONCO	0	9	9	0	3	1
CABEZA Y CUELLO	0	4	21	0	3	2

Tabla 6. Qué parte de su cuerpo le parece fea, su correlación con tipo de procedimiento y puntaje alto para TDC.

Encontrando un 63.9% de pacientes con puntaje alto en el cuestionario para TDC que se relacionan a solicitud de tratamiento quirúrgico en zona de cabeza y cuello.

Tabla 7.

		suma			Total	
		baja	media	alta		
Que partes de mi cuerpo es la que me parece fea	EXTREMIDADES	suma	2	7	3	12
		% que partes de mi cuerpo es la que me parece fea	16.7%	58.3%	25.0%	100.0%
		% suma de cuestionario 2	100.0%	26.9%	8.3%	18.8%
		% Total	3.1%	10.9%	4.7%	18.8%
	TRONCO	suma	0	12	10	22
		% que partes de mi cuerpo es la que me parece fea	.0%	54.5%	45.5%	100.0%
		% suma de cuestionario 2	.0%	46.2%	27.8%	34.4%
		% Total	.0%	18.8%	15.6%	34.4%
	CABEZA Y CUELLO	suma	0	7	23	30
		% que partes de mi cuerpo es la que me parece fea	.0%	23.3%	76.7%	100.0%
		% suma del cuestionario 2	.0%	26.9%	63.9%	46.9%
		% Total	.0%	10.9%	35.9%	46.9%

Tabla 7. Que partes de mi cuerpo es la que me parece fea \* suma de cuestionario 2.

### Pensamientos obsesivos

Las personas con TDC típicamente experimentan pensamientos incontrolables acerca de su apariencia. En nuestra investigación este porcentaje es de 80.4%, basados en las respuestas a la pregunta número 9. Tabla 8.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	82	80.4	80.4
NO	20	19.6	19.6
Total	102	100.0	100.0

**Tabla 8. Porcentaje de población que muestran pensamientos obsesivos, basados en la pregunta : paso mucho tiempo viéndome en el espejo. Del cuestionario 2.**

En cuanto a la correlación entre los pensamientos obsesivos y el tipo de procedimiento quirúrgico encontramos una correlación que muestran mayor número de estos pacientes que solicitan procedimiento estético tal como se muestra en la Tabla 9.

	Tipo de procedimiento		Total
	estético	reconstructivo	
paso mucho tiempo viéndome en el espejo SI	43	39	82
NO	18	2	20
Total	61	41	102

**Tabla 9. Número de pacientes de acuerdo a tipo de procedimiento solicitado en relación a los pensamientos obsesivos basados en la pregunta: Paso mucho tiempo viéndome en el espejo . Del cuestionario 2.**

## Estrés y disminución de la función

El TDC se correlaciona fuertemente con la disfunción social del 78% y/o laboral del 85.3% tal como se muestra en nuestros resultados ilustrados en la Tabla 10 y Tabla 11:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	80	78.4	78.4
NO	22	21.6	21.6
Total	102	100.0	100.0

**Tabla 10. Disfunción social. De acuerdo a pregunta :Interfieren mis defectos con mi vida social. Cuestionario 2.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	87	85.3	85.3
NO	15	14.7	14.7
Total	102	100.0	100.0

**Tabla 11. Disfunción en el ámbito laboral. Respecto a la pregunta: Mis defectos interfieren con mis actividades escolares trabajo o tareas diarias. Cuestionario 2.**



### **XIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Este tipo de pacientes, frecuentemente desconocen el origen psiquiátrico de sus problemas y la mayoría busca tratamiento estéticos porque están convencidos de que lo que necesitan es mas un manejo quirúrgico que una atención psiquiátrica. La mayoría de los estudios reportan índices de TDC entre 0.7 y 3 % en la población abierta y 2.5 a 5.3% en estudiantes universitarios<sup>10</sup>. La prevalencia del desorden en población que solicita procedimientos quirúrgicos estéticos permanece poco esclarecido. Inicialmente se pensaba que en este caso la prevalencia era aproximadamente del 2% , un índice similar al de la población general. Sin embargo, los estudios mas recientes sugieren que este desorden es mas frecuente en los pacientes que solicitan la cirugía estética con índices que van desde el 6 al 15%<sup>7</sup>. Incluso algunos reportes indican que estos pacientes llegan a representar el 54% de los casos.<sup>10</sup> En nuestra población encontramos una **prevalencia de 49.0%** lo cual se correlaciona con estos estudios. Y corrobora la importancia en nuestra población del diagnóstico y tratamiento adecuado para nuestros pacientes.

Dada la mayor aceptación de los procedimientos estético-quirúrgicos la frecuencia con que las personas con TDC solicitan dichos tratamientos también va en aumento, y por tanto la posibilidad de que cualquiera de nosotros como cirujanos nos enfrentemos ante un paciente con dicho trastornos va en aumento.

Los individuos de manera errónea creen que la intervención quirúrgica “curará” la forma en que ellos perciben sus problemas de apariencia física, y existe cada vez mas evidencia de que en estos pacientes mejoran muy poco y en algunos casos pueden incluso empeorar el cuadro. Tratando de cuidar la integridad de los pacientes con trastorno dismórfico corporal es importante que todos los pacientes que acuden a un servicio de cirugía plástica sean estudiados ante la posible presencia de dicho trastorno pero aún mas importante es detectar el trastorno en nuestros pacientes antes de cualquier procedimiento quirúrgico. Dado que no es parte del lo que comúnmente se busca en una consulta preoperatoria y que los síntomas pueden ser mínimos, no es extraño que muchos pacientes pasen desapercibidos y el médico se percata de su presencia después de que se ha realizado el procedimiento quirúrgico.

Estamos convencidos que instaurar un método adecuado de búsqueda específica para este problema de manera preoperatoria puede ayudar a identificar de manera ágil , reproducible y confiable aquellos pacientes con este tipo de desórdenes y otorgarles un tratamiento apropiado (farmacoterapia o terapia conductual) Al hacer la detección apropiada ayudaremos a identificar de una mejor manera a estos pacientes para brindarles un tratamiento adecuado y contribuiremos a salvaguardar al cirujano de tratar paciente que pueden volverse litigantes o violentos<sup>5</sup>

En conclusión, este trabajo constata que el TDC es un trastorno real, cuya prevalencia se corrobora en nuestro servicio y es de 56.3% . Actualmente en el Hospital General de México no contamos con alguna herramienta para detectar

este trastorno de manera valida, confiable y reproducible por lo que el siguiente paso en este estudio será dar estas características al cuestionario 2 utilizado en nuestro estudio con la intención de establecerlo como herramienta diagnóstica en el expediente clínico de la consulta de cirugía plástica y reconstructiva.

Es de vital importancia informar a los pacientes sobre su diagnóstico de TDC. Explicarle que aparentemente en lugar de tratarse de un problema quirúrgico, tienen un problema de imagen corporal llamado TDC que los hace estar excesivamente preocupados de su apariencia física . Esto se demuestra por las repercusiones en el aspecto laboral y social de su vida. Debe informárseles que este desorden afecta a muchas personas y que algunas de ellas responden favorablemente al manejo médico (psiquiátrico). Debe recomendárseles leer acerca de dicho trastorno para que estén mas enterados sobre su condición.

Pese a los resultados comparables a otros estudios , es necesario llevar esta investigación un paso mas adelante, se deberá llevar el instrumento utilizado a una población diferente a los pacientes de cirugía plástica y reconstructiva encuestados para este estudio y así medir la reproducibilidad y factibilidad del mismo.

Aunque la mayoría de las personas con TDC no solicitan tratamiento hasta los treinta años en promedio, la media de edad en que comienzan a presentarse los síntomas de la patología es durante la adolescencia. Lo cual se demuestra con los datos mostrados anteriormente,

Existen reportes de que el TDC afecta a hombres y mujeres por igual, algunos otros estudios mencionan mayor prevalencia en mujeres y otros mas se inclinan por la mayor prevalencia en el género masculino . En nuestra población aunque aparentemente existe cierta tendencia hacia la presentación en sexo femenino encontremos que en realidad dado el número de pacientes masculinos el porcentaje real podría equipararse. Sin embargo hace falta un nuevo estudio a futuro donde se incluyan un mayor número de pacientes para descartar realmente una alta prevalencia de este trastorno también en la población del género masculino.

estos pensamientos se traducen en miedo de que sus defectos sean vistos por los demás. Pueden gastar horas examinando sus defectos en un espejo o en otras superficies reflejantes, otras evitan los espejos o situaciones o el uso de ropas que dejen expuestos sus defectos. En los casos severos pueden tener dificultad para verse mas allá de sus defectos resultando en arriba del 77% de la población tiene alucinaciones sobre su apariencia real que interfieren con su vida diaria.

#### XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Sarwer D, Wadden T, Whitaker L, An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. Discussion. *Plast and Rec Surg*. 2001;109: 370-1.
2. Jakubietz M, Jakubietz R, Kloss D, Gruenert J, Body dysmorphic disorder: Diagnosis and approach. *Plast and Rec Surg*. 2007; 119: 1924- 30.
3. Cruzado L, Vásquez E, Huavil J, Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso, *An Fac med*. 2010;71:51-3.
4. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS, Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder, *Psychosomatics* 2001;42:504–10.
5. Crerand C, Franklin M, Sarwer D, MOC-PSSM CME Article: Patient Safety: BodyDysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery, *Plast and Rec Surg*, 2008;122;1-15.
6. Sherry SB, Lee-Baggley DL, Hewitt PL, Flett GL, Perfectionism as a contraindication for cosmetic surgery: a reply to Clodius (2007), *Eur J Plast Surg* 2007;29:357–59.
7. Picavet V, Prokopakis E, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings P, High Prevalence of Body Dysmorphic Disorder Symptoms in Patients Seeking Rhinoplasty., *Plast and Rec Surg* 2011; 128:509-17.
8. Azevedo Brito MJ de, Nahas FX, Masako Ferreira L, Should Plastic Surgeons Operate on Patients Diagnosed with Body Dysmorphic Disorder?, *Plast and Rec Surg* 2012;129: 406-7.
9. American Psychiatric Association. Manual estadístico de diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, texto revisado. 4 ed. Barcelona: Masson; 2002.
10. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et.al. Female College Students and Cosmetic Surgery: An Investigation of Experiences, Attitudes, and Body Image, *Plast and Rec Surg* 2005;115;931-38.

11. Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M, Body Image Concern Inventory (BICI) for Identifying Patients with BDD Seeking Rhinoplasty: Using a Persian (Farsi) Version, *Aesth Plast Surg* 2011;35:989–94.
12. Morselli P, Maltz M, Psychocybernetic Plastic Surgeon, and Personal Reflections on Dismorphopathology, *Aesth Plast Surg* 2008; 32:485–95
- 13 Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V, Psychopathologic Aspects of Body Dysmorphic Disorder: A Literature Review, *Aesth Plast Surg* 2008;32:473–84.
14. Buhlmann U, Winter A, Perceived Ugliness: An Update on Treatment-Relevant Aspects of Body Dysmorphic Disorder, *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:283–88.
- 15 *Veale D, Cognitive –behavioural therapy for body dysmorphic disorder, Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:125–32.
16. Crerand C, Franklin M, Sarwer D, Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery, *Plast and Rec Surg* 2006;118: 167-80.
17. Hodgkinson DJ, Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic Surgery, *Aesth. Plast. Surg* 2005;29:503-9.
18. Frederik D, Lever J, Peplau L, Interest in Cosmetic Surgery and Body Image: Views of Men and Women across the Lifespan, *Plast and Rec Surg* 2007;120:1407-15.
19. Taqui A, Shaikh M, Gowani S, Shahid F, Khan A, Tayyeb S, et.al., Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani Medical student population, *BMC Psychiatry* 2008; 20:1-10.
20. Ochoa S, Villareal L, Molina N, Bayle J, Validación y confiabilidad del Body Shape Questionnaire (BSQ) en adolescentes de la ciudad de colima., *Rev Cient Electr de Psic* ;4: 204-16.
21. Lipworth L, McLaughlin J, Excess Suicide Risk and Other External Causes of Death Among Women with Cosmetic Breast Implants: A Neglected Research Priority, *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:234–38.
22. Sarwer DB, Brown GK, Evans DL, Cosmetic Breast Augmentation and Suicide, *Am J Psychiatry* 2007; 164:1006–13.

23. Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL, A 12-Month Follow-Up Study of the Course of Body Dysmorphic Disorder, *Am J Psychiatry* 2006;163: 907-12.
24. Phillips KA, William Menard W, Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study, *Am J Psychiatry* 2006;163;1280–82.
25. Canice CE, William M, Katharine AP, Surgical and Minimally Invasive Cosmetic Procedures Among Persons With Body Dysmorphic Disorder, *Ann of Plast Surg* 2010; 65:11-6.
26. Phillips KA, Siniscalchi J, McElroy SL, Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder, *Psychiatric Quarterly* 2004;75: 309-20.
27. Rohrich R, The Who, What, When, and Why of Cosmetic Surgery: Do Our Patients Need a Preoperative Psychiatric Evaluation?, *Plast and Rec Surg* 2000;106:1605-07.
28. Clodius L, Comment on “Perfectionism and Cosmetic Surgery” by Sherry et. Al., *Eur J Plast Surg.* 2007; 29: 355.
29. Niño J, Complicación psiquiátrica de una rinoplastia, *Rev Colomb Psiquiat* 2009;38:793-801.
30. Chen H.C, Karri V, Yu RL, Chung KP, Lu YT, Yang MC, Psychological Profile of Taiwanese Female Cosmetic Surgery Candidates: Understanding Their Motivation for Cosmetic Surgery. *Aesth Plast Surg* 2010;34: 340-49
31. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S, Body Dysmorphic Disorder: Treating an Underrecognized Disorder, *Am J Psychiatry* 2008;165:9-14.
32. Veale D, Body dysmorphic disorder, *Postgrad Med J*, 2004;80:67–71.
33. World Medical Association: Declaration of Helsinki. Recommendation guide and doctors in clinical research. *World Medical Journal*, 1964;11:281.

**ANEXO 1**



**Consentimiento Informado**

**Investigación: Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en Hospital General de México. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

Investigador Responsable: Dr. Antonio Domínguez Zambrano.

México DF. , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013

**INVITACIÓN A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Estimado Sr. (a) \_\_\_\_\_

Se le hace una cordial invitación a participar en el presente estudio con el que se pretende:

- Encontrar prevalencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes de cirugía plástica que acuden al servicio de cirugía plástica y reconstructiva en el hospital general de México.
- Aplicar el instrumento de medición adecuado.
- Indicar y facilitar la elección del tratamiento adecuado para cada paciente

Al participar usted llenará una serie de formatos de cuestionarios encaminados a determinar la prevalencia de trastorno dismórfico corporal. Lo cual tomará algunos minutos de su tiempo. Las Molestias y riesgos esperados en caso de que usted acceda a participar en este protocolo se limitan al tiempo para contestar los cuestionarios que se facilitarán al momento de firmar este consentimiento Los Beneficios que pueden obtenerse al decidir usted participar en este protocolo será el contar con un diagnóstico integral y realizar una mejor elección del tratamiento en su caso.

Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar con su cuidado y tratamiento. Tenga la seguridad de que no se identificará su persona y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Nos comprometemos a proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando.

Usted podrá estar en contacto por cualquier duda o aclaración con respecto al protocolo en el que participará con el Dr. Antonio Domínguez Zambrano, al **teléfono: 27-89-20-00, Extensión 1057.**

He leído, se me ha explicado, he comprendido de qué se trata el estudio, **ACEPTO** mi participación en él y el alcance científico que mi participación significa para el estudio

_____ NOMBRE DEL PACIENTE	_____ DIRECCIÓN/TELÉFONO	_____ FIRMA
_____ NOMBRE DEL TESTIGO 1	_____ DIRECCIÓN/TELÉFONO	_____ FIRMA
_____ NOMBRE DEL TESTIGO 2	_____ DIRECCIÓN/TELÉFONO	_____ FIRMA
_____ NOMBRE DEL INVESTIGADOR	_____ DIRECCIÓN/TELÉFONO	_____ FIRMA



Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc. C.P. 06726, México D.F.  
Tel: 2789-2000 Ext. 1057



**ANEXO 2**



**Cuestionario 1**

**Investigación: Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en Hospital General de México. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

México DF., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013

**Datos Generales:**

Nombre:		Número de Expediente:	
Edad:	Teléfono:	A que se dedica:	
Escolaridad:		Correo electrónico:	Lugar de Origen:
Actualmente donde vive?			
¿Quién le recomendó el Servicio?			
SI NO En caso de contestar Si Quien le recomendó ¿Se realizó alguna cirugía o tratamiento? SI NO CUAL?			
¿Lo envía algún médico de otra especialidad? SI NO		¿Qué especialidad? NOMBRE DEL MEDICO	

Lea las siguientes preguntas y conteste la más adecuada. Marque con una "✓" su elección

Sexo:			Hombre		Mujer		
Estado Civil:	Soltero	Con pareja	Casado	Viudo	Separado	Divorciado	Unión Libre
¿Ha tenido otras cirugías?			Si ¿Cuántas?		NO		
¿Qué tipo de cirugías se ha realizado?							
¿Ha utilizado procedimientos para rejuvenecimiento facial como botox o rellenos faciales?							



Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc. C.P. 06726, México D.F.  
 Investigador Responsable: Dr. Antonio Domínguez Zambrano. Tel: 27892000 ext: 1053  
 Presidente comisión de ética:

### ANEXO 3



#### Cuestionario 2

Investigación: **Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en Hospital General de México. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

México DF., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2013

Número de registro: \_\_\_\_\_

Este cuestionario evalúa la percepción de sus imágenes físicas, por favor lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una "X" la que describa mejor su experiencia. Escriba también su respuesta a las preguntas que lo requieran.

1. ¿Actualmente me preocupa mucho la apariencia de alguna o varias partes de mi cuerpo?	Si	No
2. ¿Considero estas partes de mi cuerpo feas?	Si	No
3. ¿Qué parte(s) de mi cuerpo es la que me parece fea?		
4. ¿Interfieren mis defectos con mi vida social?	Si	No
5. Si contesto Sí ¿en qué forma?:		
6. ¿Mis defectos interfieren con mis actividades escolares, trabajo o tareas diarias?	Si	No
7. En caso de contestar sí describa cómo:		
8. ¿Paso mucho tiempo viéndome en el espejo?	Si	No
9. ¿Cuántas veces al día?		
10. ¿Cuántas horas al día?		
11. ¿Toco con mis manos mi defecto?	Si	No
12. ¿Cuántas veces al día?		
13. ¿Cuántas horas al día?		
14. ¿Siento que al verme al espejo estoy muy gorda (o) o muy flaca (o)?	Si	No

Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc. C.P. 06726, México D.F.  
Investigador Responsable: Dr. Antonio Domínguez Zambrano. Tel: 27892000 ext: 1053  
Presidente comisión de ética:



Página 2 de 3