



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO  
LICEAGA”**

*“PREVALENCIA DEL TRASTRONO DISMÓRFICO CORPORAL EN  
PACIENTES CANDIDATOS A RINOPLASTÍA FUNCIONAL EN EL  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MÉXICO”*

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA  
DE CABEZA Y CUELLO**

**P R E S E N T A**

**DR. JOSÉ ANTONIO MARINO SILVA**

**DR. JORGE FRANCISCO MOISÉS HERNÁNDEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y  
CUELLO HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR EDUARDO  
LICEAGA”

**DR. ENRIQUE AZUARA PLIEGO**  
ASESOR DE TESIS

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD MX. 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**  
**“DR. EDUARDO LICEAGA”**

*“PREVALENCIA DEL TRASTRONO DISMÓRFICO CORPORAL EN  
PACIENTES CANDIDATOS A RINOPLASTÍA FUNCIONAL EN EL  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MÉXICO”*

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE  
CABEZA Y CUELLO

P R E S E N T A

---

**DR. JOSE ANTONIO MARINO SILVA**

---

**DR. JORGE FRANCISCO MOISÉS HERNÁNDEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO  
LICEAGA”

---

**DR. ENRIQUE AZUARA PLIEGO**  
ASESOR DE TESIS. MÉDICO ADSCRITO Y COORDINADOR DE  
INVESTIGACIÓN AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL GENERAL  
DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

## AGRADECIMIENTOS

- A mis padres y hermana que me han apoyado desde el momento en que decidí convertirme en médico tras dejar un intento fallido (para bien) por ser abogado.
- A mi esposa, Ana Del Carmen García, por ser quien me ha dado felicidad, fuerza y apoyo en momentos de inigualable flaqueza.
- A mis maestros en el Hospital General: Dr. Jorge Moisés Hernández, Dr. Alejandro Espinoza Rey, Dr. Enrique Azuara Pliego, Dra. Cristina Alarcón Romero y Dr. Víctor Alarcón Arredondo, Dr. Jorge Rizo Álvarez, Dr. Enrique Lamadrid Bautista y Dra. Laura Domínguez, Dra. Adriana López Ugalde y Dra. María del Pilar Canseco por formarme como médico especialista. Dr. Diego Cariño.
- A mis maestros fuera del hospital: Dr. Alejandro Martínez Gracida, Dr. Marco Amézquita, Dr. Juan Gutiérrez, Dr. Héctor Marín, Dr. Enrique Iturriaga, Dr. Hernán Cortés y Dr. Nabil Fakih.
- A mis compañeros de residencia en especial a Eva Flores y Susana Solís por empezar y terminar esto juntos. A Rafael Revilla y Salvador Torres por los mejores momentos en la residencia. También a los residentes mayores y menores que vivimos como familia en el hospital.
- A los pacientes que depositaron su confianza en mi conocimiento y mis habilidades para poder lograr restablecer su salud.
- A mis amigos y seres queridos que en muchos eventos especiales les fallé por el duro camino que conlleva ser médico.
- Finalmente al Dr. Carlos Morales por el apoyo como asesor metodológico de este trabajo de investigación, el cual lo realizó de una forma desinteresada.

# ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Págs.</i>
1. Resumen.....	5
2. Marco teórico e introducción.....	7
2.1 Prevalencia .....	7
2.2 Rinoplastía.....	7
2.3 Antecedentes históricos del TDC.....	8
2.4 Prevalencia del TDC en la población general y en rinoplastia.....	9
2.5 Escrutinio de la patología.....	9
2.6 Factores sociodemográficos y su relación con el TDC en pacientes candidatos a rinoplastía.....	11
2.7 Factores asociados a la satisfacción del paciente en rinoplastia.....	11
2.8 TDC como causa de rinoplastias en revisión.....	11
2.9 Violencia contra el cirujano estético por pacientes con TDC.....	12
3. TDC y las presiones sociales.....	13
3.1 Etiología del TDC .....	13
3.2 Signos y síntomas del TDC.....	14
3.3 Clasificación y criterios diagnósticos del TDC.....	14
3.4 Tratamiento del TDC.....	16
3.4 Pronóstico.....	16
4. Planteamiento del problema.....	17
4.1 Preguntas de investigación.....	17
4.2 Justificación.....	17
5. Hipótesis.....	18
5.1 Objetivos.....	18
6. Metodología.....	19
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	19
6.2 Población muestra.....	20
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	20
6.4 Variables.....	21
6.5 Procedimientos.....	22
6.6 Análisis estadístico.....	22
6.7 Aspectos éticos y de bioseguridad.....	22
7. Resultados.....	23
7.1 Resultado Final: prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en Candidatos a rinoplastia Funcional .....	36
8. Discusión.....	37
9. Conclusiones.....	38
Bibliografía.....	39
Apéndice	42
A1. Cuestionario BDDQ.....	

## 1. RESUMEN

Se ha visto un aumento en el número de pacientes que se someten a procedimientos nasales estético/funcionales para mejorar su apariencia. El éxito de la cirugía no depende únicamente de la habilidad del cirujano ya que influyen entre otros, factores psicológicos, así como la autopercepción del propio paciente.

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es una entidad psiquiátrica clasificada dentro de los trastornos somatomorfos.<sup>1</sup> Debido a que dicho trastorno se ha relacionado con pobre satisfacción postoperatoria en rinoplastia, es importante reconocer a los pacientes que lo sufren previo al acto quirúrgico para determinar si son candidatos idóneos o no a fin de evitar posibles insatisfacciones y eventuales problemas entre el médico y el paciente. El otorrinolaringólogo que realiza rinoplastias funcionales debe saber reconocer el TDC en pacientes que van a ser sometidos a una rinoplastia con fines estéticos/funcionales, para evitar problemas en la relación médico paciente, una insatisfacción injustificada del paciente a pesar de un buen resultado e incluso problemas médicos- legales.

El presente trabajo tiene como finalidad brindar un acercamiento al tema para observar la prevalencia del TDC en pacientes candidatos a rinoplastia funcional en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, pues se carece de antecedentes formales sobre la prevalencia del TDC de nuestro servicio, ya que no se cuenta con una herramienta adecuada para detectar a dichos pacientes, y el nivel de satisfacción en estos pacientes al haber sido sometidos a una rinoplastia. Al redactar este trabajo se considera dar un primer paso en la detección del TDC y la prevención de posibles complicaciones por insatisfacción en el resultado antes de realizar la rinoplastia estético/funcional en este hospital.

En esta primera etapa del estudio que realizamos, hemos elegido como instrumento para la detección de TDC el cuestionario Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ), por sus siglas en inglés, es un instrumento para escrutinio y detección de TDC desarrollado y validado por la Dra. Kahtrine Phillips y colaboradores.<sup>2</sup> además ya ha sido validado por el Instituto de Investigación y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones de Valencia, España.<sup>9</sup> El método para calcular la prevalencia de TDC en los pacientes candidatos a rinoplastia funcional en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” se basó en el cálculo de nuestra población de consulta de primera vez en el periodo Enero-Julio 2016 que es igual a 3247 pacientes. De de estos 322 son el número de rinoplastias realizadas. Según nuestro cálculo de muestra para una prevalencia estimada, según la literatura mundial<sup>3-5</sup>, de 3.2% se necesitó una muestra de 48 personas a las cuales se les aplicó el cuestionario BDDQ con una sensibilidad estimada del 99% y especificidad del 90%(IC 95%).

Del los 48 pacientes que fueron entrevistados, se detectó un cuestionario BDDQ positivo para el TDC en 17 pacientes (37%), mismos que se canalizaron al Servicio de Salud Mental del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hasta el momento del estudio a

estos 17 pacientes se les defirió la cirugía. o que se convirtió en la primera fase de esta investigación y sobre la cual se presentan los resultados preliminares..

Posteriormente, se analizaron los datos obtenidos utilizando como apoyo el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). El resultado obtenido fue la prevalencia aparente en la población establecida que se encuentra entre 21.99 y 48.85%, mientras que dada la sensibilidad y la especificidad del BDDQ utilizado (sensibilidad 99% y especificidad 90% Intervalo de confianza(IC) 95) la prevalencia real estaría entre 15.87% y 41.24% con una media de **28.47%**.

Como *objetivo secundario* durante el proceso de análisis estadístico se realizó una correlación lineal mediante el método de Pearson<sup>6</sup>, tomando en cuenta algunas variables cuantitativas y cualitativas, como: edad, sexo, nivel socioeconómico, pensamiento angustiante, pensamiento obsesivo, y resultado positivo en la aplicación del cuestionario BDDQ para el TDC (BDDQ-TDC). Se observó una correlación significativa entre la angustia exagerada de los pacientes y la positividad del cuestionario BDDQ – TDC de  $R = 0.638$ , lo cual significa que un paciente angustiado tiene una alta probabilidad de tener TDC. En el modelo matemático de regresión lineal se encontró que la variable angustia interviene en un 46% de los pacientes en la respuesta del cuestionario BDDQ – TDC. ( $R^2 = .46$ ). Ésta es la que se presenta con mayor frecuencia y, por el momento, se considera en este estudio como determinante.

En suma, aunque en este estudio de acercamiento se obtuvo una prevalencia para TDC en los candidatos a rinoplastia funcional de 28.47% y la correlación de algunas variables que nos demuestran asociaciones entre angustia y TDC en un corto periodo del tiempo, es lo suficientemente significativo para invitarnos a continuar explorando la patología y prender los focos rojos a los clínicos que practican rinoplastias funcionales, pues estos predictores negativos de satisfacción estética en el paciente que se somete a rinoplastia conllevan a dañar la relación médico-paciente y a potenciales problemas médicos legales. Habrá que continuar realizando estudios de esta índole y en una segunda etapa reportar avances sobre este tema que se encuentra fértil para explorar en el ámbito estético/funcional.

*Palabras Clave:* Rinoplastia funcional, trastorno dismórfico corporal, satisfacción postoperatoria

## 2.MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

#### 2.1 Prevalencia

La Real Academia Española define a la prevalencia (utilizada en medicina/epidemiología) como la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en un estudio.

El problema está en que casi nunca se dispone de una información completa de toda la población y necesitamos trabajar con una muestra, por lo que el valor obtenido es una estimación del valor real y debemos calcular el intervalo de confianza de dicha estimación.

Una limitante adicional en estudios de este tipo a considerar es que se desconoce el número de enfermos pero se sabe cuál es el número de casos positivos mediante la utilización de una prueba diagnóstica limitada que tiene determinadas características de sensibilidad y especificidad. Se recuerda al lector que la prevalencia real es el porcentaje de enfermos en la población, mientras que la prevalencia aparente corresponde con el porcentaje de positivos con la prueba utilizada.

Así pues para conocer la prevalencia de enfermedad en una población necesitamos conocer los siguientes datos:

- NC: el nivel de confianza deseado si trabajamos con una muestra (normalmente se establece como 95%).
- N: el tamaño de la población (no es necesario para poblaciones muy grandes).
- e: el número de individuos enfermos en la población (o en la muestra).
- m: el tamaño de la muestra.
- Se: la sensibilidad de la prueba diagnóstica.
- Es: la especificidad de la prueba diagnóstica.

Sobre lo anterior se fundamentan las bases para el estudio que se presenta a continuación.

#### 2.2 Rinoplastia

La rinoplastia, el procedimiento quirúrgico, funcional/estético para modificar la forma de la nariz ha cumplido 126 años documentados desde su era moderna establecida por Joseph. Actualmente se considera a la rinoplastia como la más elegante y la más difícil de todos los procedimientos quirúrgicos. Varias técnicas se han descrito a lo largo de los años con resultados variables, sin embargo en los últimos 30 años ha dado pasos agigantados en el análisis metódico, la ejecución de la técnica y los fenómenos socio culturales asociada a ella.<sup>7</sup>

Los principios básicos que sugiere Rhorich<sup>8</sup> para el éxito en una rinoplastia son:

- Un análisis clínico meticuloso y establecimiento preoperatorio claro de los objetivos.
- Una preparación psicológica preoperatoria del paciente (en la cual incluye preguntar sus angustias, expectativas y molestias, así como los potenciales resultados reales que se pueden ofrecer)
- Una técnica quirúrgica depurada.
- Adecuado manejo preoperatorio el cual consiste en valorar la condiciones físicas del paciente.
- Auto-crítica por parte del cirujano y desarrollo de maestría basado en el análisis crítico de los pacientes y sus resultados.

Cabe recalcar la importancia del concepto psicológico mencionado en segundo inciso pues ha sido la base para que diversos autores hayan dado particular relevancia a la detección del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) por sus implicaciones en el resultado postoperatorio de una rinoplastia.<sup>9</sup>

El interés de este tema en la especialidad de Otorrinolaringología radica en el punto de partida que el TDC ha sido reconocido por los especialistas como un predictor relevante de un pobre resultado estético en pacientes que van a ser sometidos a algún procedimiento de carácter plástico especialmente en aquéllos que buscan una cirugía nasal con fines estéticos, incluyéndose la rinoplastia funcional.<sup>9-13</sup> Por lo tanto, el otorrinolaringólogo que hace este tipo de intervención debe estar preparado para valorar a los candidatos a rinoplastia para detectar si son idóneos para esta cirugía o tienen un alto riesgo de TDC, para lo cual existen métodos validados que discutiremos a continuación.<sup>2</sup>

En los siguientes apartados se tratan brevemente algunos aspectos históricos del TDC, su prevalencia de este trastorno en la población general y en pacientes candidatos a la rinoplastia en particular. Posteriormente, se comentarán los métodos de escrutinio para TDC, los factores asociados que ponen en riesgo al paciente y cirujano y finalmente se describen los signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento del TDC.

En la última parte se describe el diseño del estudio, el análisis de los resultados obtenidos, para terminar con un breve debate sobre su importancia y las conclusiones en donde se comenta la utilidad de este estudio.

## **2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TDC**

Pero, ¿cuál es el origen del término trastorno dismórfico corporal? El TDC fue descrito por primera vez por el italiano Enrico Morselli en 1891, utilizando el término dismorfofobia o miedo que tiene la persona de su propia forma, es decir, ella misma se percibe como ridícula o fea. Este autor señaló que: “El paciente dismorfofóbico es realmente miserable;

ya sea en su rutina diaria, en sus conversaciones, al estar leyendo, o durante las comidas; de hecho en cualquier lado y a cualquier hora, es sobrepasado por el miedo a la deformidad....que puede llevar a una muy intensa y dolorosa sensación de llanto y desesperación.” (Sic).<sup>14</sup>

Posteriormente, los psiquiatras Emil Kraepelin y Pierre Janet describieron propiamente el TDC como tal. Actualmente investigadores como Katherine Phillips<sup>15</sup>, y J.C. Rosen<sup>16</sup> han aportado estudios significativos para describir esta enfermedad. Aunque el TDC es un tema vigente y relevante hoy en día, es poco considerado en la rutina clínica del cirujano rinólogo de nuestra institución.

## **2.4 PREVALENCIA DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL EN LA POBLACION GENERAL Y EN RINOPLASTIA**

En la actualidad, cada vez son más los hombres y las mujeres que buscan algún procedimiento quirúrgico para mejorar su apariencia física, siendo de gran relevancia los resultados de la misma por los efectos psicológicos y sociales que tienen en quienes se someten a este tipo de intervención. Estudios previos sobre este tema describen una mejoría significativa en la calidad de vida después de la realización de una cirugía estética<sup>13</sup>. Con base a estos informes, la mayoría de las personas quedan satisfechas con los resultados; sin embargo, existen pacientes que, a pesar del éxito en el procedimiento, no lo perciben así debido a que padecen un TDC.<sup>17</sup>

El TDC es una preocupación o pensamiento excesivo por un defecto pequeño o no existente en una persona de apariencia normal, con una prevalencia en la población general del 1 – 6% aproximadamente y media de 3.2%,<sup>5,18,19</sup> según los estudios consultados. Las consecuencias de esta percepción distorsionada de los pacientes que tienen un alto grado de insatisfacción por la forma como perciben los resultados obtenidos de la rinoplastia, impactan en aspectos psicosociales relevantes alternando su calidad de vida. Es por ello que se considera básico alertar al otorrinolaringólogo y cirujano estético que practican rinoplastias en nuestro país del conocimiento de la prevalencia del TDC asociado a rinoplastia el cual llega a ser mayor que el de la población general. En otros estudios sobre TDC y rinoplastia se reconoce una alta prevalencia en dichos pacientes que llega a abarcar un amplio rango de 0.6 a 37%<sup>19,20-22</sup>. La variación de estos resultados invita a hacer más estudios al respecto, definiendo las variables con mayor precisión, así como el contexto donde se llevan a cabo las investigaciones.

## **2.5 ESCRUTINIO DE LA PATOLOGÍA**

El TDC es un problema para el clínico que actualmente no cuenta con un instrumento óptimo para su valoración en el área de la rinología.<sup>21</sup> Se cuenta con numerosos cuestionarios para el escrutinio de esta patología, como lo es el Body Dysmorphic Disorder

Questionnaire (BDDQ), el cuál ha sido validado al español por la Organización española de Investigaciones y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones en Valencia, España.<sup>23</sup>

Debido a sus antecedentes y fundamentos que lo acompañan, se ha elegido este instrumento como base para hacer la investigación de este trabajo. La principal razón para elegirlo está en su validez que ha sido demostrada por Jacob y sus colaboradores<sup>24</sup> como se muestra en la siguiente tabla:

<b>Parámetro</b>	<b>Valor (95% IC)</b>
Prevalencia pre estudio %	14.9(9.1-21.5)
Precisión %	91.7 (86.8 -96.7)
Sensibilidad %	100
Especificidad %	90.3 (83.3-95.1)
Valor predictivo positivo %	64.3 (45.81.5)
Valor predictivo negativo %	100
Razón de momios positivo	10.3 (5.9-20-2)
Razón de momios negativo	0

**Tabla # 1. Validez del BDDQ en una clínica de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

Adapatado de Jacob K et al. Body Dysmorphic Disorder in a facial plastic and reconstructive surgery Clinic MA Facial Plast Surg. 2015; 17(2):137-143.

Otro criterio que se tomó en cuenta fue el artículo de Picavet y cols. (2002).<sup>19</sup> Estos autores llevaron a cabo una búsqueda sistemática para identificar herramientas eficaces para diagnosticar TDC en la cirugía cosmética. Informan que encontraron seis cuestionarios para escrutinio, siendo el Body Dysmorphic Questionnaire-Dermatology Version (BDDQ-DV) y el Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) los más prometedores para hacer un diagnóstico certero en el área dermatológica, sin embargo el BDDQ desarrollado por Phillips se considera como válido. Sin embargo concluyeron que existe una limitada gama de herramientas específicas para los pacientes con TDC en el tema de cirugía estética.<sup>25</sup>

Dufrense y Phillips elaboraron el cuestionario BDDQ-DV<sup>25</sup> para procedimientos cosméticos en dermatología. Recientemente Lekakis y sus colaboradores validaron un cuestionario BDDQ-AS<sup>21</sup> para cirugía cosmética enfocado en rinoplastia. Sus hallazgos, tras validación estadística, muestran una sensibilidad del 89.6% y una especificidad del 81.4% para trastorno dismórfico corporal detectado a través de este cuestionario. Hasta el momento de escribir esta tesis, el cuestionario BDDQ-AS no ha sido validado en el idioma español, por lo que sería interesante hacerlo en nuestro medio.

Con lo visto hasta aquí, se considera relevante para este tema contar con un instrumento validado y confiable para la población mexicana que le permita al rinólogo diagnosticar el TDC oportunamente. Entre las principales ventajas de contar con ello están: ayudar en la relación médico-paciente, evitar potenciales conflictos de inconformidad con el resultado

por parte del paciente, así como salvaguardar su integridad cuando no se encuentra apto para llevar a cabo este procedimiento en aquellos casos que hay un alto riesgo de que los pacientes perciban los resultados como no satisfactorio.

Otro punto a considerar fue la controversia sobre las contraindicaciones de la cirugía estética en personas diagnosticadas con TDC. Algunos autores,<sup>26,27,28</sup> por ejemplo, piensan que si sólo manifiestan algunos factores pero no completan el cuadro de TDC, deben aceptarse estos candidatos para hacerse la rinoplastia. Sin embargo, no se cuentan con estudios suficientes para valorar el nivel de riesgo que esto tendría, por lo tanto, se considera que sí se debe aplicar algún instrumento diagnóstico y valorar con mucho cuidado cada caso en lugar de una postura generalizada. Como criterio para este punto, se tomó en cuenta un estudio reciente basado en el cuestionario BDDQ<sup>24</sup>. Se analizó la relación entre los síntomas preoperatorios con la satisfacción de los resultados de la rinoplastia y encontró que aquellos pacientes que manifestaron estar más insatisfechos con su apariencia antes de la cirugía están más propensos a quedar más insatisfechos con los resultados obtenidos después de la intervención

## **2.6 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON EL TDC EN PACIENTES CANDIDATOS A RINOPLASTIA.**

En un estudio realizado por Fatholoolomi y colaboradores<sup>20</sup> se dieron a la tarea de buscar los factores sociodemográficos asociados a TDC en candidatos a rinoplastia. Sus hallazgos muestran un predominio de pacientes entre la población femenina; respecto al estado civil, predominan los divorciados; en cuanto a preparación, sobresalen los que tienen una educación media y superior; y en cuanto a su desempeño social, son personas con empleo y/o estudiantes. Estos autores clasificaron este trastorno en leve, moderado y severo. Complementaron los datos obtenidos con factores socio-demográficos, encontrando que el 26.8% de los pacientes padecían ansiedad y 29.3% depresión concomitante. Esta información puede ser una guía para comenzar a establecer un prototipo de paciente que tiene mayor riesgo de padecer TDC.

Gorney (2003) describió en un artículo el prototipo de paciente masculino que puede llegar a ser problemático para el cirujano. Este se caracteriza por ser un hombre soltero, inmaduro, que tiene sobre expectativas y es narcisista.<sup>27</sup>

## **2.7 FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN RINOPLASTIA**

Con base en la revisión de 100 casos, Constantine<sup>28</sup> encontró que los factores que ayudan a predecir un buen resultado en los pacientes suelen ser jóvenes, sin datos o historia de depresión previa, sin actitud demandante, sin historia previa de abuso y, el más importante, no han tenido una cirugía previa.

## **2.8 TDC COMO CAUSA DE RINOPLASTIAS DE REVISIÓN**

Todo cirujano rinólogo, en algún momento, se enfrentará a pacientes insatisfechos que soliciten una rinoplastia de revisión. Por lo tanto, se considera una buena praxis no enfocarse únicamente en los resultados físicos obtenidos en la cirugía realizada. Ercolani y

sus colaboradores hicieron un seguimiento durante 5 años en pacientes con rinoplastia y encontraron que 34% fueron sometidos a rinoplastia y mostraban síntomas de moderados a severos con trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos de somatización, fobia social y TDC, entre otros. Esto conlleva a que los pacientes no analizados en el ámbito psicológico y con una rinoplastia previa, puedan no quedar satisfechos por más pulcro que haya sido el resultado de la rinoplastia de revisión.<sup>29</sup>

Se enfatiza la recomendación al cirujano rinólogo de no meterse en un problema de este tipo por ignorancia o por no tomarse el tiempo de hacer una evaluación integral al paciente que solicita una rinoplastia de revisión. El médico debe tener el criterio suficiente para detectar a este prototipo de pacientes y dejar su ego atrás, pues antes de volverse crítico del trabajo previo de un colega, deberá analizar con cuidado el cuadro completo del paciente. Con base en esta idea, se cuenta con una razón de peso para que el cirujano estudie con profundidad el TDC en pacientes candidatos a rinoplastia, tanto primaria como de revisión



*Fig. 2. (Left) Additional preoperative photographs of representative patients without dorsal humps before primary rhinoplasty. All considered their noses to be normal. (Right) Photographs of the same patients when seen for tertiary rhinoplasty.*

### **Fig. # 1. Fotografías de pacientes antes y después de una rinoplastia.**

(Izquierda). Fotografías de los pacientes antes de la operación de una rinoplastia primaria. Todos consideraban tener una nariz normal. (Derecha) Fotografía de los pacientes después de la intervención.

## **2.9 VIOLENCIA CONTRA EL CIRUJANO ESTÉTICO POR PACIENTES CON TDC**

Sawyer<sup>30</sup> encontró que han sido agredidos físicamente hasta un 2% de los médicos que practican procedimientos cosméticos (como rinoplastias) y un 10% han sido amenazados física y legalmente por pacientes insatisfechos que padecen TDC. Los pacientes con TDC pueden presentar actitudes violentas y agresivas que incluso pueden llegar a causar al médico lesiones físicas severas o hasta la muerte.<sup>36--38</sup>

### **3.TDC Y LAS PRESIONES SOCIALES**

En el presente milenio se privilegia la juventud, la estética, la apariencia, sobre otros valores. Hay un predominio de creencias irracionales asociadas con la apariencia física que frecuentemente se reportan en la literatura relacionada con este tipo de estudios:

- “Si no soy atractivo, no podré ser feliz”
- “Si no soy atractivo, estaré solo el resto de mi vida”
- “Si soy atractivo podré obtener todo lo que desee”
- “Ser atractivo es lo más importante”
- “No vale la pena vivir a menos que sea atractivo”.

Estas actitudes conllevan al paciente a buscar un procedimiento estético como la rinoplastia. Todas ellas conforman un patrón vicioso de expectativas poco realistas, que generan angustia cuando no se pueden reunir o alcanzar esas expectativas tras múltiples intentos de arreglar su aspecto físico (mediante procedimientos quirúrgicos/ cosméticos), y eso, finalmente, lleva a las personas a evitar situaciones en las cuales tengan que exponerse frente a su realidad.<sup>38</sup>

Lo anterior llega a ser preocupante para el cirujano rinólogo ya que, al no estar suficientemente consciente de este tipo de problemas y/o al no detectar a tiempo a un paciente con TDC, aplicará el procedimiento con un paciente que difícilmente quedará satisfecho. El no llegar a cumplir las expectativas del paciente a pesar de un buen resultado propicia al mismo paciente a buscar segundas opiniones, poner en tela de juicio por otro médico el resultado previo y a contribuir, en ocasiones, a una perpetuación del daño psicológico del paciente.<sup>2</sup>

#### **3.1 ETIOLOGÍA DEL TDC**

El TDC suele comenzar en los primeros años de la adolescencia y afecta tanto a hombres como a mujeres. Entre las obsesiones están, por ejemplo, percibir la estructura corporal como demasiado pequeña o no lo suficientemente musculosa (dismorfía muscular) se produce casi exclusivamente en varones.

El clínico debe ser perspicaz para identificar cualquiera de estos síntomas, en particular, el cirujano rinólogo, pues esto evitará que el paciente perciba como un mal resultado la cirugía de nariz a pesar de haber obtenido un buen resultado.

### **3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TDC**

Entre los signos y síntomas del TDC se incluyen:

- Sensación de estar extremadamente preocupado por un defecto en la apariencia, no obstante que para los demás dicho defecto puede ser imperceptible o parecer menor.
- Tener una fuerte creencia de que se tiene un defecto en su apariencia que le hace feo o deforme.
- Creencia de que otros tomen nota especial de su apariencia de manera negativa, se burlan o lo rechazan por esa razón.
- El tener o adoptar conductas dirigidas a fijar y ocultar el defecto percibido que son difíciles de resistir o de control, tales como: comprobar con frecuencia el espejo, el aseo exagerado o pellizcar la piel para darle otro tono.
- El intento de ocultar los defectos percibidos con estilo, el maquillaje o la ropa comparando constantemente su apariencia con la de los demás.
- Estar siempre buscando la seguridad sobre su apariencia ante los demás.
- Tener tendencias perfeccionistas al buscar procedimientos cosméticos frecuentes con poca satisfacción.
- Evitar situaciones sociales por la preocupación de que su aspecto causa gran angustia o problemas en su vida social, el trabajo, la escuela u otras áreas de funcionamiento.

Es probable que el paciente pueda obsesionarse con una o más partes de su cuerpo. Las características más comunes con las que las personas se obsesionan incluyen:

- Cara: como la nariz, la tez, arrugas, acné y otras imperfecciones.
- Pelo: tales como la apariencia, el adelgazamiento y la calvicie.
- La piel: tono, resequedad, manchas, lunares.
- Tamaño de los senos.
- Tamaño de los músculos y el tono.
- Genitales.

### **3.3 CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDC**

Como se ha visto hasta aquí, el escrutinio para el diagnóstico del TDC se puede realizar con cuestionarios, como el BDDQ el cual ha sido validado previamente en poblaciones hispanoparlantes.<sup>23</sup>

Los criterios para el diagnóstico del TDC, según el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA – 2005: 223, F45.2, 300.7), son:

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

En la versión actualizada del DSM-5<sup>1</sup> se han extendido los criterios:

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario

Especificar si:

- *Con dismorfia muscular*: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa.
- Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

- Indicar el grado de *introspección* sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).
- *Con introspección buena o aceptable*: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- *Con poca introspección*: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.
- *Con ausencia de introspección/con creencias delirantes*: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

### 3.4 TRATAMIENTO DEL TDC

El tratamiento del TDC se divide en dos ramas principales: el farmacológico y la terapia cognitiva-conductual.

- A. *El tratamiento farmacológico:* interviene el médico psiquiatra especializado en trastornos somatomorfos como el TDC. El tratamiento psiquiátrico farmacológico más efectivo es el que emplea medicamentos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRS). Los IRS son medicamentos antidepresivos que también ayudan a detener los pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos excesivos como la comprobación en el espejo. Estos medicamentos generalmente no causan adicción y son tolerados por la mayoría de los pacientes.<sup>32,33,34</sup>
- B. *La terapia cognitiva-conductual (TCC):* es liderado por un psicólogo igualmente entrenado para esta patología. Esta terapéutica es el tipo más estudiado y más prometedor de la psicoterapia para TDC. Cuando es utilizado por terapeutas entrenados, la TCC es eficaz para los trastornos tales como la depresión, fobias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de la alimentación. En los estudios de investigación disponibles indican que la TCC mejora sustancialmente los síntomas de TDC en la mayoría de las personas, disminuyendo las preocupaciones obsesivas de apariencia y comportamientos compulsivos, los síntomas de depresión y ansiedad, y la mejora de la imagen corporal y autoestima.<sup>35</sup>

Lo mencionado con anterioridad es una generalidad sobre el tratamiento del TDC que debe ser de conocimiento por el rinólogo, sin embargo el tratamiento detallado de esta patología escapa el espectro y enfoque de esta tesis.

### 3.5 PRONÓSTICO

El TDC sin tratamiento implica un alto riesgo para el paciente, pues generalmente va asociado a una disfuncionalidad significativa en sus esferas social, laboral y personal. Si el TDC es tratado de manera apropiada con la terapéutica farmacológica y la TCC, en general, el pronóstico es favorable.

Un estudio prospectivo del curso del TDC encontró que la probabilidad de recuperación completa es alta (0.76) y la probabilidad de recurrencia tras remisión es baja (0.14 en 8 años)<sup>39</sup>

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “ Dr. Eduardo Liceaga” realizamos rinoplastias funcionales de manera frecuente, siendo el procedimiento estético rinológico con mayor demanda de acuerdo al reporte de productividad de la unidad 101 registrado en la Subdirección de Sistemas Administrativos bajo el rubro Reporte de Productividad por Unidad del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el que se documentó la población de pacientes de primera vez fue de 3247. También un promedio de 650 rinoplastias cada año y para el periodo de enero-julio del 2016 se han llevado a cabo 322.

Hasta el momento en que se ha hecho este estudio de acercamiento (Enero-Julio 2016), no se había realizado una búsqueda intencionada de pacientes candidatos a rinoplastia funcional con TDC en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Debido a que el paciente con TDC es un factor de riesgo para el fracaso quirúrgico y su satisfacción estética, es necesario determinar la prevalencia de dicha enfermedad para su correcto manejo y seguimiento. La implementación del cuestionario BDDQ abre una nueva frontera en la valoración integral de los pacientes candidatos a rinoplastia en esta institución de salud.

### **4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en los pacientes candidatos a rinoplastia funcional del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”?

### **4.2 JUSTIFICACIÓN**

El servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, no cuenta con una herramienta oficial para identificar sistemáticamente el TDC antes de la práctica de una rinoplastia, en la que frecuentemente es necesario modificar la forma externa de la nariz con fines funcionales. El realizar un procedimiento quirúrgico en pacientes con TDC puede generar grandes problemas para el paciente y el cirujano, al no poder satisfacer las expectativas irreales que llegan a tener dichos pacientes, lo que se convierte en un factor de riesgo para la relación médico-paciente. Por esta razón es indispensable conocer la prevalencia del trastorno en nuestro medio, pues un paciente con TDC distorsionará el buen resultado, a criterio del cirujano, como insatisfactorio y la posibilidad de desencadenar potenciales problemas médico-legales.

## 5. HIPÓTESIS

Si el TDC se define como una preocupación o pensamiento excesivo por un defecto pequeño o no existente en una persona de apariencia normal y actualmente ha sido reconocido como un predictor de un pobre resultado en tratamientos estético de tipo quirúrgicos como la rinoplastia funcional, **entonces**, al realizar un estudio de observación y de descripción sobre la prevalencia del TDC evaluado mediante el cuestionario BDDQ<sup>40,41</sup> en los candidatos a rinoplastia funcional del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” encontraremos una prevalencia mayor al 3.2% reportada en la literatura, confirmando ser una patología infra diagnosticada en nuestro servicio.

### 5.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

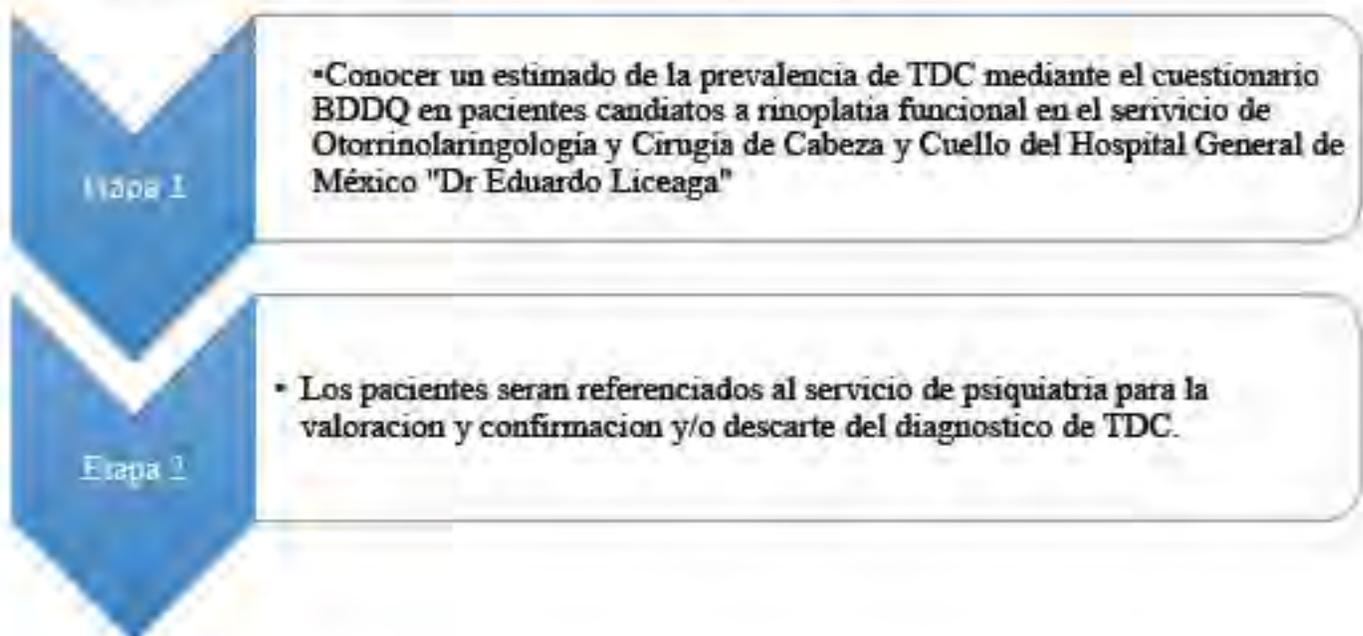
1. Valorar la Prevalencia del TDC en pacientes candidatos a rinoplastia funcional en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el periodo Enero-Julio 2016.
2. Encontrar factores predictores que nos orienten a detectar pacientes con TDC y así evitar someter a estos pacientes a un procedimiento que genere insatisfacción con el resultado.

Objetivo específico:

Sentar las bases para la identificación del TDC en pacientes candidatos a rinoplastia funcional del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para lograr así una mejor selección de los candidatos a la cirugía de rinoplastia y con ello evitar someter a un procedimiento quirúrgico a pacientes que potencialmente generen problemas para la institución, el médico y el equipo de salud en general.

## 6. METODOLOGÍA

Como parte de una primera etapa se aplicó el cuestionario BDDQ para hacer el diagnóstico de escrutinio de TDC a 48 pacientes según el cálculo de muestra, quienes eran candidatos para una rinoplastia funcional dentro del periodo de enero-julio 2016. Después de obtener los datos, se hizo el análisis estadístico con SPSS para conocer la prevalencia de la patología, y se estableció la correlación de variables para identificar factores de riesgo. Al momento de este trabajo se encuentra realizada la primera etapa únicamente.



### 6.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Diseño de estudio: Observacional, Descriptivo y Prospectivo

## 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se calcula el tamaño de la muestra en una población universal con los siguientes datos:

- Prevalencia: 3.2%
- Precisión: 95%
- Error  $\alpha$ : 5%

Población en base 10 p. ej. 100,000; Frecuencia esperada: 3.2% la peor esperada: 16.6% (de acuerdo a la literatura mundial).

$$N = \frac{z^2 \alpha^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$z \alpha^2 = 1.96$$

$$P = 3.2\% = [0.032]$$

$$q = 1 - p = [0.968]$$

$$d = 5\% = [0.05]$$

$$N = 47.56$$

Población: Pacientes adultos que acuden al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y que son candidatos a una Rinoplastia funcional.

Se consideran candidatos aquellos pacientes que se documenta, como causa de la obstrucción nasal un problema estructural, como lo son desviación septal, espolón óseo, colapso valvular, deformidad de la pirámide nasal.

## 6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

- *Criterios de inclusión:* Paciente adulto del género masculino o femenino que cumpla los criterios quirúrgicos de candidato para una cirugía de Rinoplastia funcional.
- *Criterios de exclusión:* Pacientes que no accedan a participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.
- *Criterios de eliminación:* Ninguno

## 6.4 VARIABLES

Variable	Definición	Categorización	Medición	Análisis Estadístico
Edad	Tiempo cronológico medido en años de una persona.	Continua	Años (continua)	Descriptivo
Sexo	Conjunto de características que distinguen entre masculino o femenino a una especie.	Dicotómica	Masculino/ Femenino (nominal)	Descriptivo
Trastorno Dismórfico Corporal	Trastorno somatomorfo que consiste en una preocupación importante y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal), ya sea real o imaginado.	Dicotómica	Si/no (Nominal)	Correlación de Pearson
Grado de estudio	Nivel académico alcanzado por una persona.	Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura (nominal)	Correlación de Pearson
Estado civil	Situación de personas físicas determinada por sus relaciones que establece derechos y obligaciones.	Ordinal	Soltero/casado (nominal)	Descriptivo
Nivel socio-económico	Medida total económico y sociológico combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Ordinal	Alto Medio Bajo (nominal)	Descriptivo
Interferencia con funcionalidad	Situación o acción que no permite a la persona	Dicotómica	Si/No	Descriptivo
Angustia exagerada por aspecto	Sensación que genera estrés fuera de la normalidad relacionada al aspecto corporal.	Dicotómica	Si/No	Descriptivo
Pensamiento obsesivo con aspecto	Preocupación excesiva por el aspecto corporal	Dicotómica	Si/No	Descriptivo
Tiempo pensando en el defecto	Medición de lo invertido por el paciente en la conceptualización de su defecto en una escala de tiempo.	Categorica	<1 hora, 1-3 horas> 1 hora al día	Descriptivo
Región de cuerpo que más angustia	Sitio anatómico que genera angustia	Nominal	Nariz, cara, piel, brazos, etc. (nominal)	Descriptivo

## **6.5 Procedimientos**

Se aplicó el cuestionario BDDQ para realizar el diagnóstico de TDC a 48 pacientes a que eran candidatos para rinoplastia funcional.

Una vez identificados los pacientes con cuestionario BDDQ positivo para TDC fueron enviados al departamento de salud mental para su valoración y no se realizó la cirugía hasta que el personal de salud mental lo consideró conveniente.

## **6.6 Análisis estadístico**

Para el análisis de los datos se utilizó la aplicación estadística SPSS versión 22. Se obtuvo estadística descriptiva como medias, medianas, rangos, desviaciones estándar y frecuencia para variables demográficas.

## **6.7 Aspectos éticos y de bioseguridad**

Corresponde a una investigación sin riesgo por tratarse de la aplicación de un cuestionario para detectar oportunamente el TDC en pacientes candidatos a rinoplastia funcional. De acuerdo con el Reglamento General de Salud en Materia de investigación para la Salud. Título II Capítulos 1, 3-5.

- Relevancia y expectativas

Este estudio tiene la relevancia de demostrar que el TDC es una patología que tiene prevalencia variable a nivel mundial, pero necesaria de saber para dar una atención adecuada a los pacientes.

- Recursos disponibles

Humanos: 1 médico residente.

Materiales: Expedientes clínicos del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Financieros: Por los investigadores.

- Recursos a solicitar: Ninguno

## 7. RESULTADOS

Se comentan los resultados obtenidos de esta primera etapa en el estudio de TDC, tras analizar los datos, de una manera general, para especificar un poco más en cada una de las tablas y los gráficos.

- A. *Sexo de la población del estudio*: la mayor frecuencia se ubica en el rango de edad de 20 a 25 años para hombres y de 25 a 30 años para mujeres. Con una edad máxima de 65 años y una edad mínima de 17 años. La media es de 31 años.
- B. *Origen de la población estudiada distribuida por entidades*: la mayor parte proviene del Distrito Federal con 77.08%; después le siguen: Estado de México con el 18.75%, Hidalgo 2.08% y Veracruz 2.06%.
- C. *Nivel socioeconómico distribuido por sexo*: en ambos sexos el predominio fue de clase media con 32% para hombres y 38% para mujeres. En el sexo masculino hubo un 25% de la población de estrato socioeconómico bajo y 3% alto, mientras que para las mujeres fue el bajo del 2% y el alto del 1%.
- D. *Estado civil*: asociado con el porcentaje del nivel socioeconómico, predominan los pacientes solteros de clase media con un 40%, seguido de un 30% casados en estrato medio, 5% de estrato alto son casados y el 1% solteros. Mientras que el 8% del estrato bajo son casados y 10% solteros.
- E. *Pacientes con angustia exagerada por su aspecto y pensamiento obsesivo*: de los pacientes que no tuvieron pensamiento obsesivo, ninguno se preocupó por su aspecto; sin embargo, al 100% de los pacientes con pensamiento obsesivo les generó angustia su aspecto.
- F. *Pacientes con pensamiento obsesivo*: 31 sin pensamiento obsesivo y 17 con pensamiento obsesivo positivo.
- G. *Pensamiento sobre su aspecto*: las personas con nivel socioeconómico medio son las que más tiempo pasan pensando en su aspecto a diferencia de los de clase alta que fueron los que menos tiempo (menos de 1 hora) piensan en su aspecto.
- H. *Sitio anatómico que más perturba a los pacientes*: 17 pacientes fueron los que eligieron la nariz como sitio anatómico más frecuente que les genera angustia. Para los sitios anatómicos de Mandíbula, Abdomen, Boca, Mejillas, Hombros y Piel tuvieron 1 paciente cada sitio anatómico que genera más angustia.
- I. *No presentaron angustia según su población de origen*: se distribuyeron de la siguiente manera: 18 del DF, 5 del Estado de México y 1 de Veracruz.
- J. Finalmente, el resultado más importante es que la prevalencia aparente de Trastorno Dismórfico Corporal para pacientes candidatos a rinoseptoplastia funcional en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el primer semestre del año 2016 es de un 28.46%, recordando que será necesario ampliar en una segunda etapa la muestra para obtener datos más robustos.

Datos demográficos	Grupo (N = 48)
Edad	31.08 (SD ± 12.1)
Entidad	1= 37% 2= 9% 3= 1% 4= 1%
Estado Civil	1= 22% 2= 26%
Nivel socioeconómico	1= 4% 2=35% 3=9%

**Tabla # 2: Descripción de los datos demográficos**

En suma, el promedio de la edad fue de 31 años, con predominio de género masculino. La entidad de donde provienen es del Distrito Federal de un estrato socioeconómico medio. El estado civil predominante es soltero. En general demuestra una población homogénea.

#### Descriptivos

		Estadístico	Error estándar
Edad	Media	31.08	1.760
	95% de intervalo de confianza para la media		
	Límite inferior	27.54	
	Límite superior	34.62	
	Media recortada al 5%	30.06	
	Mediana	28.00	
	Varianza	148.674	
	Desviación estándar	12.193	
	Mínimo	17	
	Máximo	65	
	Rango	48	
	Rango intercuartil	17	
	Asimetría	1.166	.343
	Curtosis	.808	.674

**Tabla # 3: Edad media**

La tabla # 3 muestra la media de edad del estudio de 31 años, siendo la mínima de 17 años y la máxima de 65 años, correlacionándose que el rango de la patología puede encontrarse desde la adolescencia hasta en los adultos mayores

### Correlaciones

		Angustiaexag eradaporasp ecto Angustia exagerada por aspecto	Cuestionario BDDQTDCpo sitivo Cuestionario BDDQ -TDC positivo
Correlación de Pearson	Angustiaexageradaporas pecto Angustia exagerada por aspecto CuestionarioBDDQTDCp ositivo Cuestionario BDDQ -TDC positivo	1.000   .683	.683   1.000
Sig. (unilateral)	Angustiaexageradaporas pecto Angustia exagerada por aspecto CuestionarioBDDQTDCp ositivo Cuestionario BDDQ -TDC positivo	.   .000	.000   .
N	Angustiaexageradaporas pecto Angustia exagerada por aspecto CuestionarioBDDQTDCp ositivo Cuestionario BDDQ -TDC positivo	48   48	48   48

**Tabla # 4. Correlaciones**

En la tabla # 4 se observa el análisis estadístico donde se muestra una correlación de Pearson siendo esta significativa entre la angustia exagerada de los pacientes y la positividad del cuestionario BDDQ – TDC; sin embargo, debido a que las variables son de tipo dicotómicas no se puede realizar una gráfica de dispersión de puntos. En el modelo matemático de regresión lineal expresa que la variable Angustia interviene en un 46% en la respuesta del cuestionario BDDQ – TDC. ( $R^2 = .46$ )

**Tabla 5**

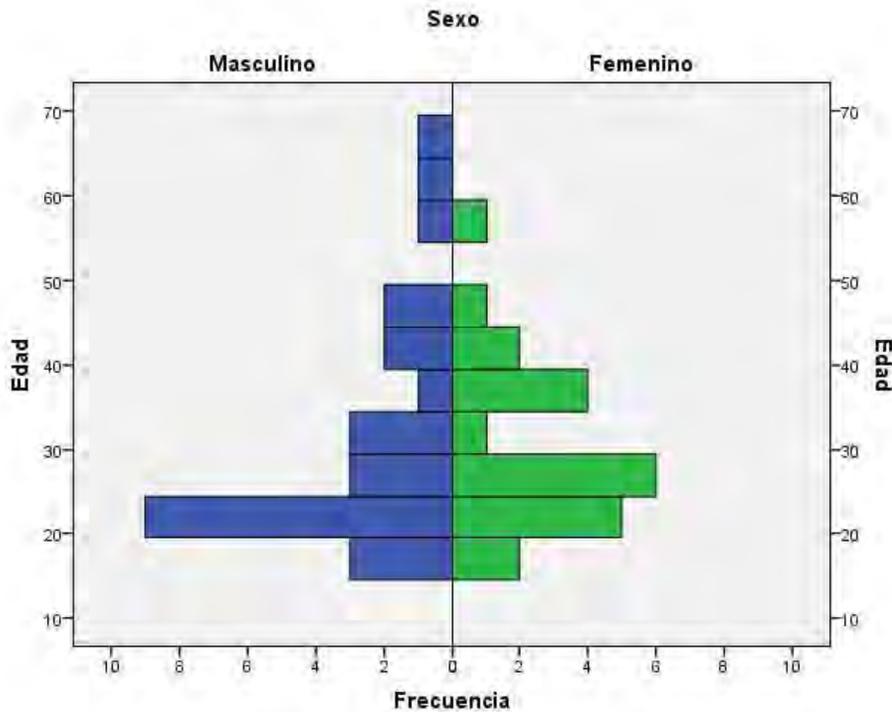
**Resumen del modelo<sup>b</sup>**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	.693 <sup>a</sup>	.467	.455	.370	.467	40.250	1	46	.000

a. Predictores: (Constante), CuestionarioBDDQ7DCpositivo Cuestionario BDDQ -TDC positivo

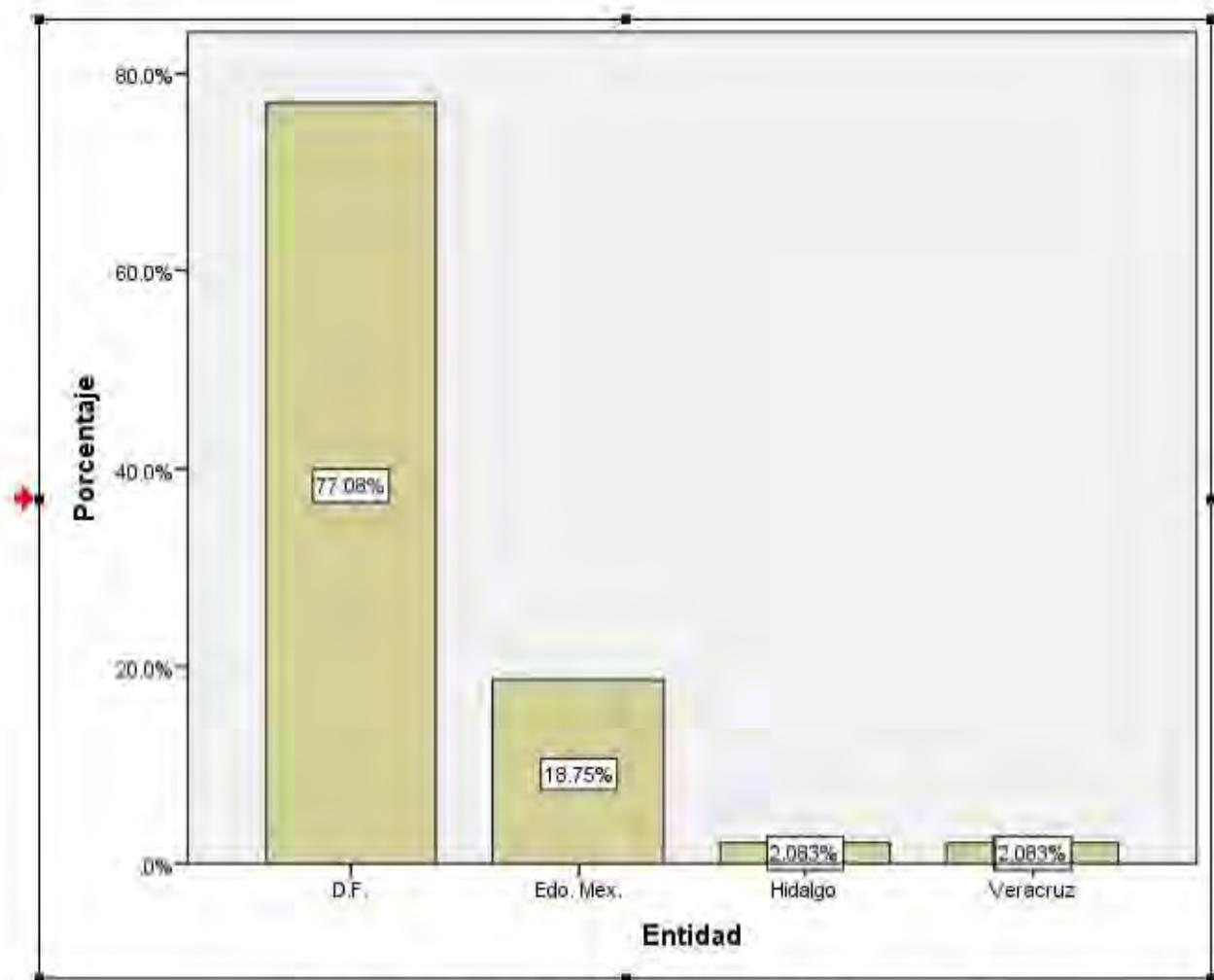
b. Variable dependiente: Angustiaexageradaporaspecto Angustia exagerada por aspecto

Modelo de regresión lineal encontrando una  $R^2$  de 0.467. En el cual expresa que existe una correlación matemática y estadísticamente significativa medida por coeficiente de persona, es decir la angustia y el resultado del cuestionario presentan una relación de un 46%



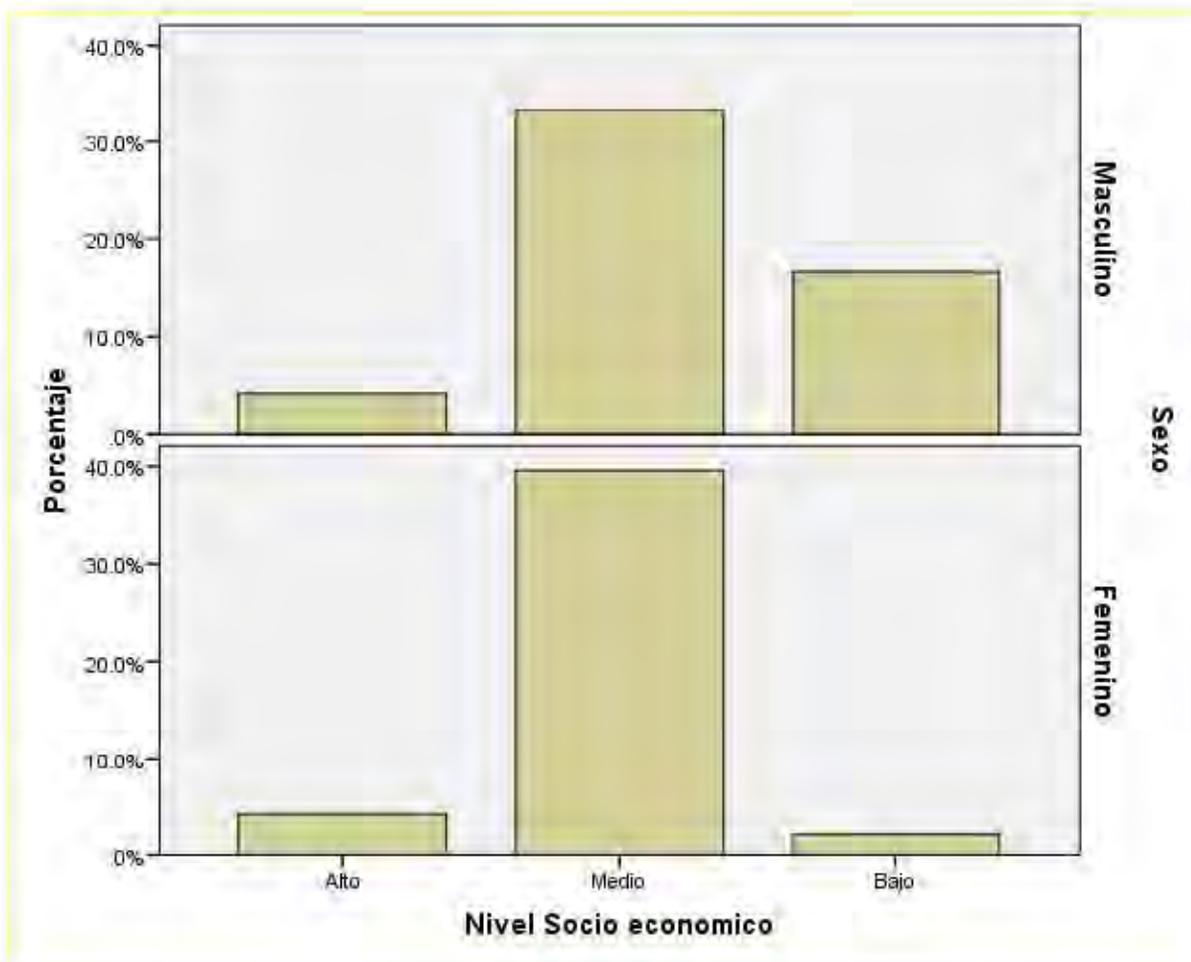
**Gráfico # 1. Frecuencia de sexo**

En el gráfico # 1 se describe la frecuencia del sexo de la población estudiada, siendo la mayor el rango de edad de los 20 a 25 años para hombres y de los 25 a 30 años para mujeres. Así mismo el paciente con mayor edad tuvo 65 años y la menor de 17 años.



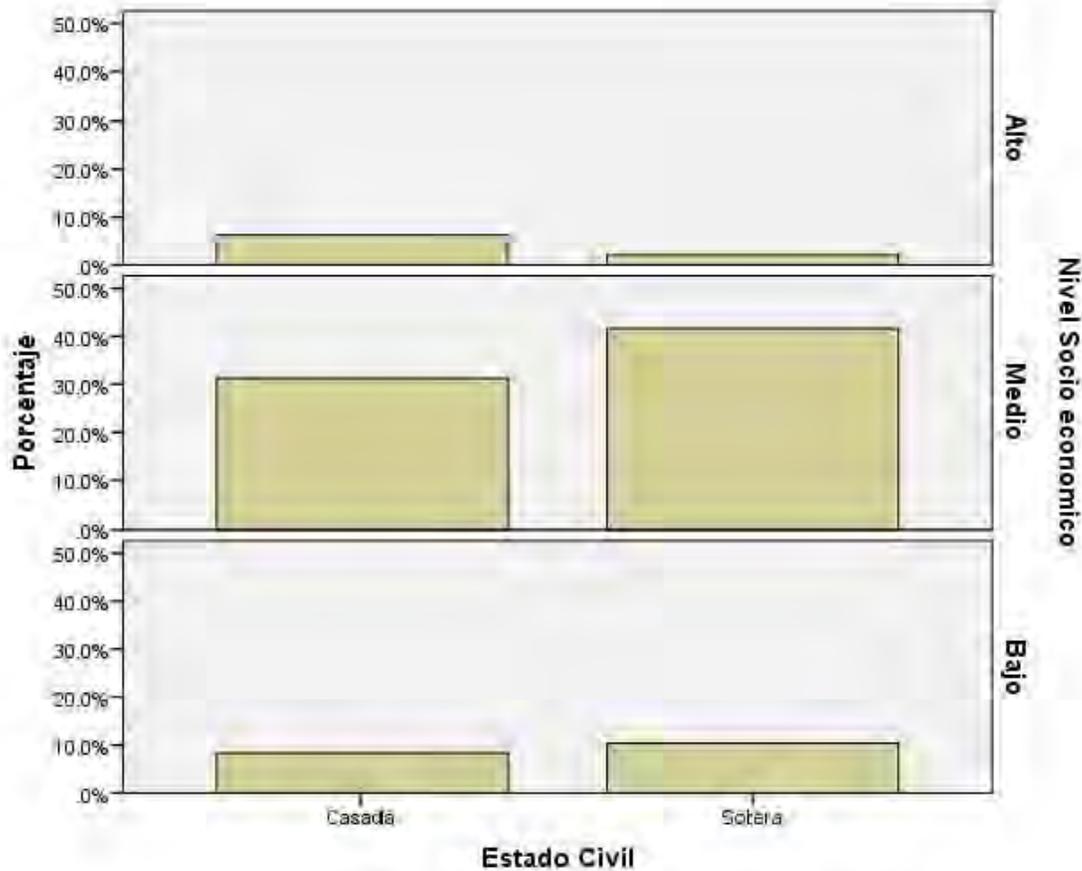
**Gráfico # 2. Origen de la población por entidad.**

En el gráfico # 2 se representa el origen de la población por entidad, predominando el Distrito Federal con 77.08%, después el Estado de México con el 18.75% y luego Hidalgo 2.083% y Veracruz 2.063%



**Gráfico # 3. Nivel socioeconómico**

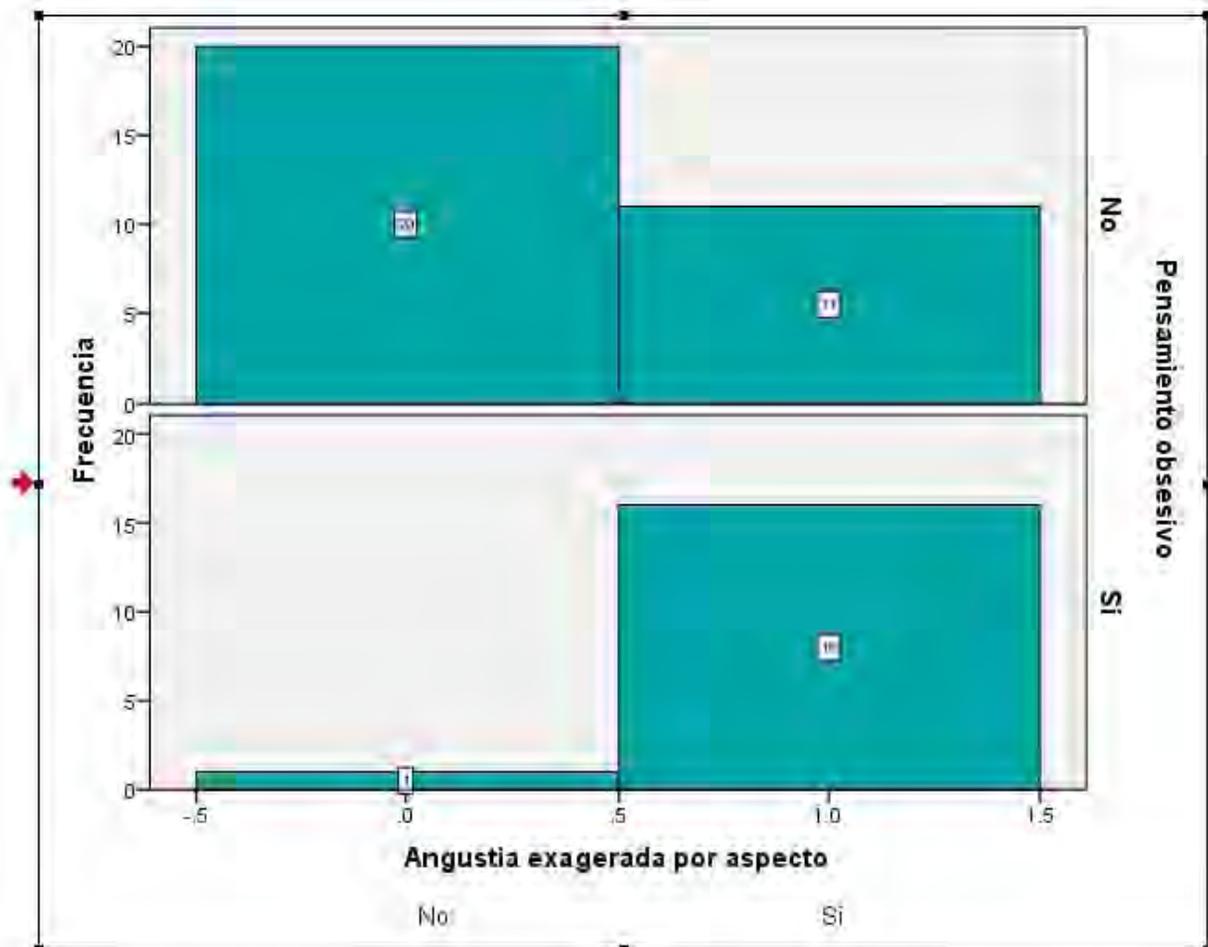
En el gráfico # 3 se describe el nivel socio económico distribuido por sexo, siendo en ambos sexos el predominio de clase media con 32% para hombres y 38% para mujeres. En el sexo masculino hubo un 25% de la población de estrato socio económico bajo y 3% alto, mientras que para las mujeres fue el bajo del 2% y 1% el alto.



**Gráfico # 4. Nivel socioeconómico y estado civil.**

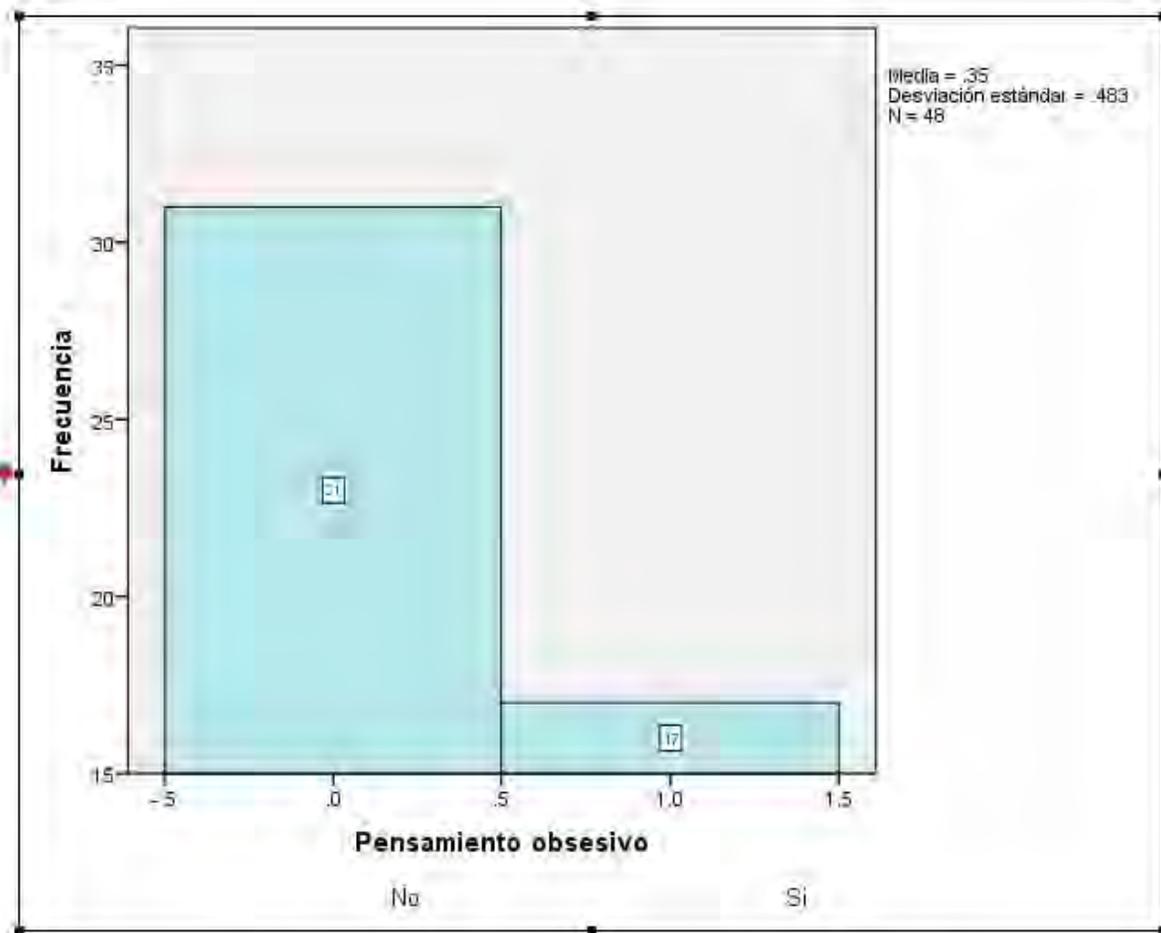
En el gráfico # 4 se compara el porcentaje de nivel socio económico con el estado civil, predominando los pacientes solteros de clase media con un 40%, seguido de un 30% casados en estrato medio, 5 por ciento de estrato alto son casados y el 1% solteros. Mientras que el 8% del estrato bajo son casados y 10% solteros.

## Gráfico



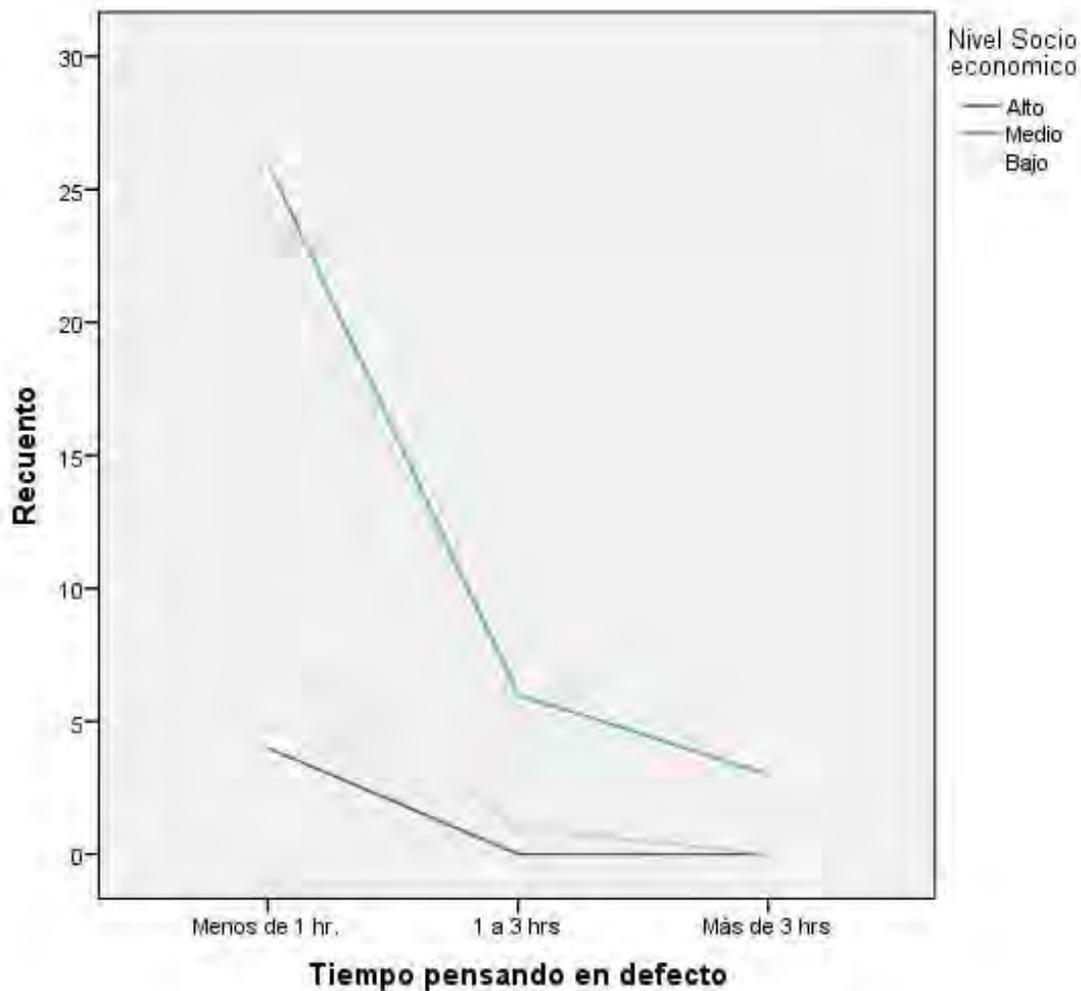
**Gráfico # 5. Pacientes con angustia exagerada por aspecto y pensamiento obsesivo.**

En el gráfico # 5 se describe la frecuencia y relación de pacientes con angustia exagerada por aspecto y pensamiento obsesivo. De los pacientes que no tuvieron pensamiento obsesivo ninguno se preocupó por su aspecto, sin embargo el 100% de los pacientes que tienen el pensamiento obsesivo les genera angustia su aspecto.



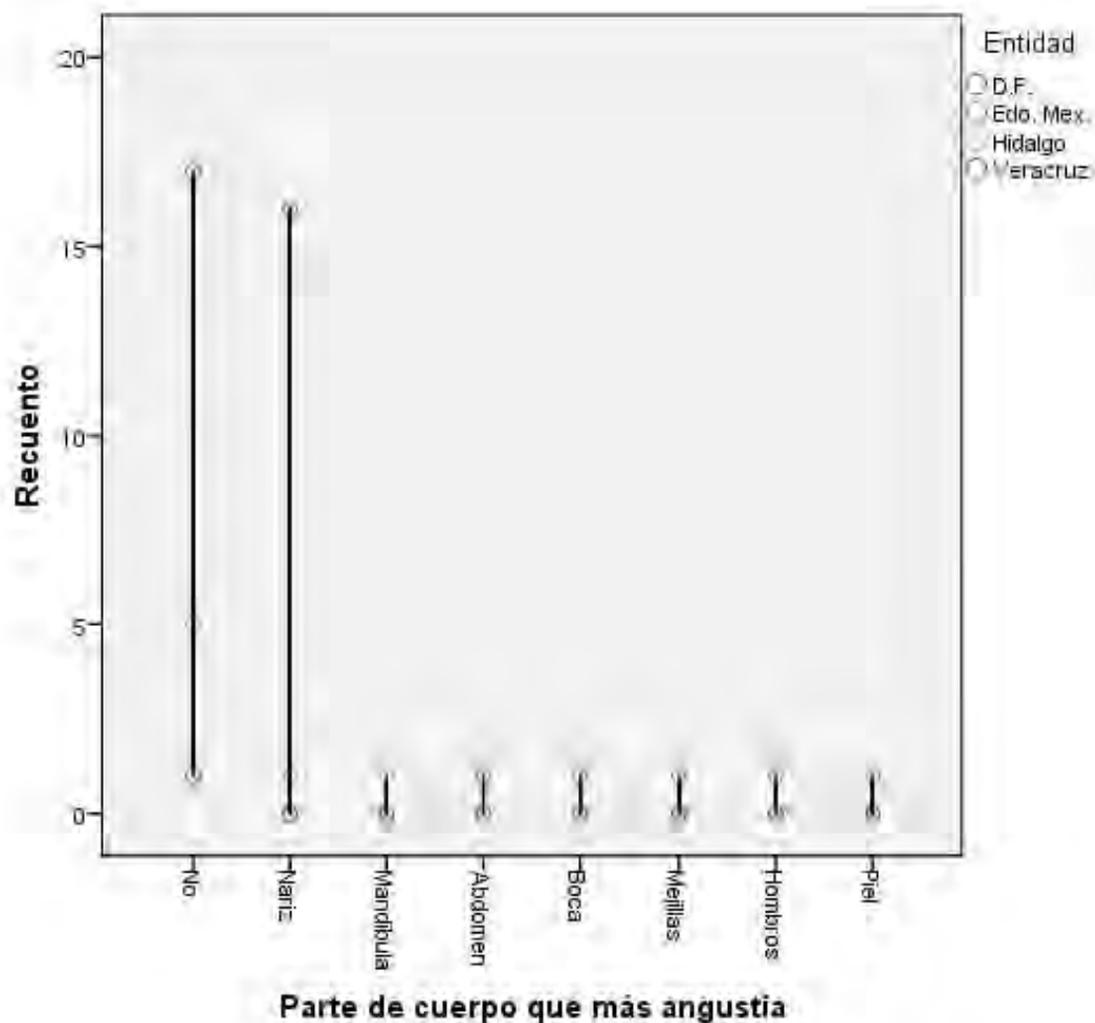
**Gráfico # 6. Pacientes con pensamiento obsesivo.**

En el gráfico # 6 se describe la frecuencia de pacientes con pensamiento obsesivo siendo; de los cuales sin pensamiento obsesivo fueron 31 pacientes y con pensamiento obsesivo positivo 17 pacientes.



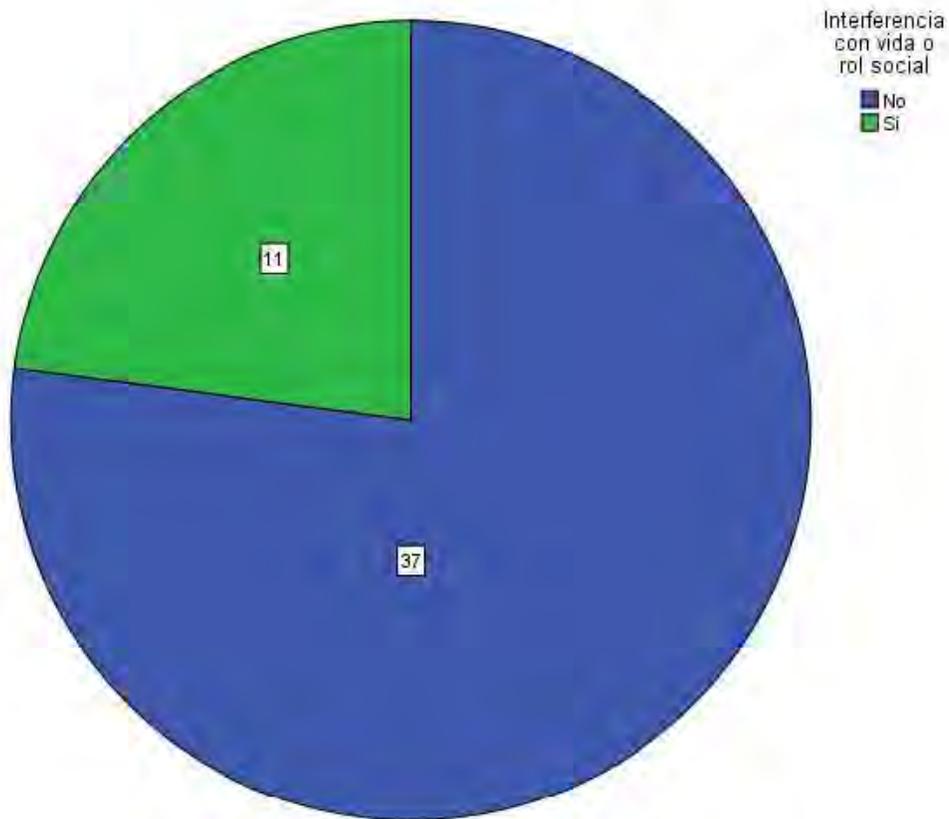
**Gráfico # 7. Tiempo pensando en defecto.**

En el gráfico # 7 se describe las personas con nivel socioeconómico medio son las que más tiempo pasan pensando en su aspecto a diferencia de los de clase alta que fueron los que menos tiempo (menos de 1 hora) piensan en su aspecto.



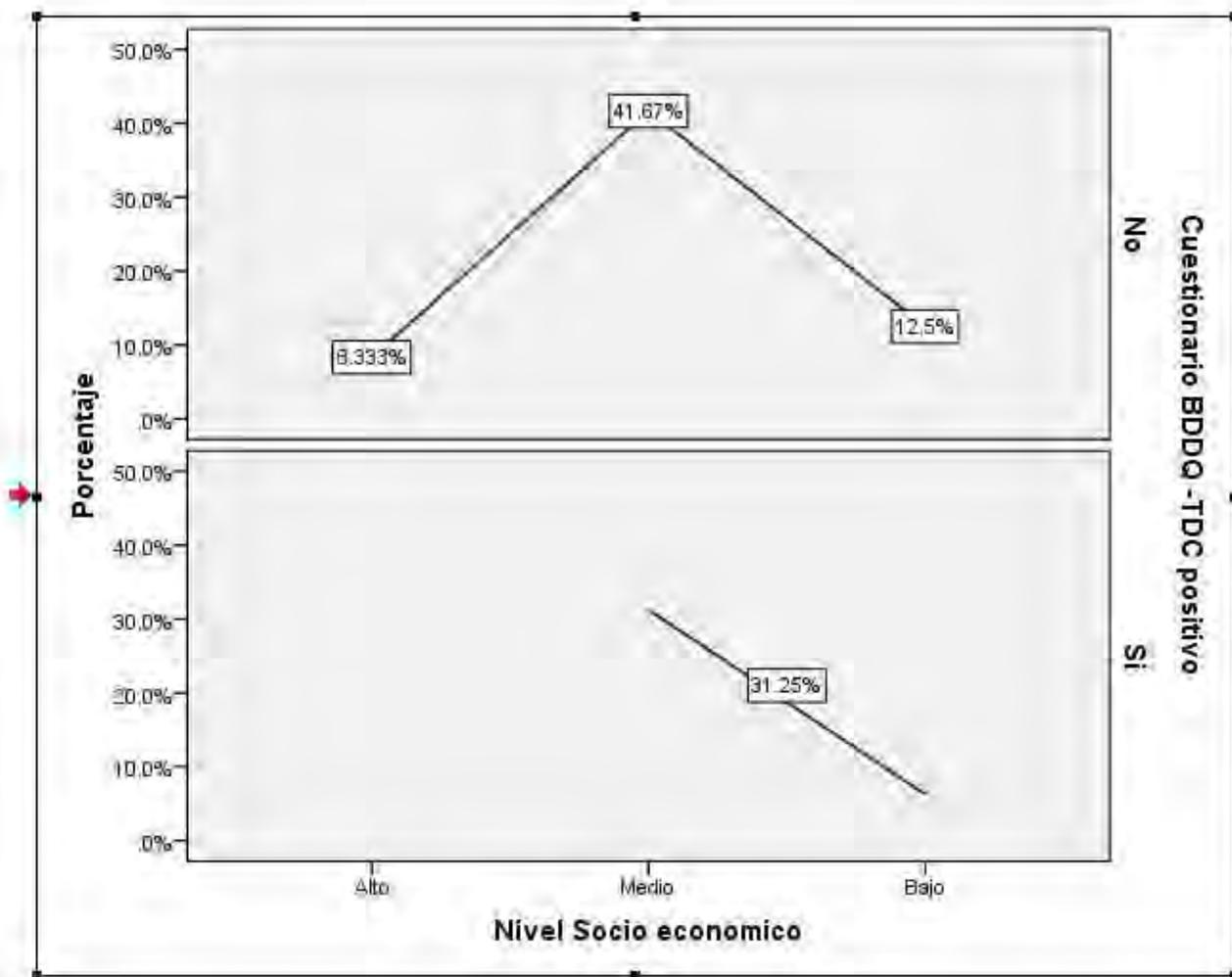
**Gráfico # 8. Sitio anatómico que más perturba.**

En el gráfico # 8 se muestra el sitio anatómico que más perturba a los pacientes, siendo 16 pacientes del DF y 1 del Estado de México los que eligieron la nariz como sitio anatómico más frecuente que les genera angustia. Para los sitios anatómicos de mandíbula, abdomen, boca, mejillas, hombros y piel sólo se detectó un paciente para cada sitio anatómico que le genera angustia. Los pacientes que no presentaron angustia según su población de origen se distribuyeron de la siguiente manera: 18 del DF, 5 del Estado de México y 1 de Veracruz.



**Gráfico # 9. Interferencia con la vida social.**

El gráfico # 9 describe el número de pacientes en los que el trastorno interfiere con su vida o rol social, siendo 37 pacientes los que no presentan afectación y 11 que si presentan esta afectación.



**Gráfico # 10. Cuestionario positivo BDDQ y nivel socioeconómico.**

El gráfico # 10 describe el porcentaje de pacientes con cuestionario positivo BDDQ para Trastorno Dismórfico Corporal comparando el nivel socio económico en el cual 41.67% de la clase media no lo presento, así como 12.5% para la clase baja y 8.3% de la clase alta. El 31.25% de los pacientes que dieron positivo en el trastorno fueron de clase predominantemente media.

## 7.1 Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal en Candidatos a Rinoplastia Funcional en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” para el periodo Enero-Julio 2016

### Datos

El objetivo es calcular la prevalencia de TDC en los pacientes candidatos a rinoplastia funcional en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. Nuestra población de consulta de primera vez en el periodo Enero Julio 2016 es igual a 3247, de estos 322 son el número de rinoplastias realizadas. Según nuestro cálculo de muestra para una prevalencia de 3.2% de acuerdo a la literatura, se necesitó una muestra de 48 personas a las cuales se les aplicó el cuestionario BDDQ con una sensibilidad estimada del 99% y especificidad del 90%(IC 95%). De estas 48 personas 17 dieron positivo para el cuestionario.

Nivel de confianza % :	95%
Tamaño de población :	3247
Tamaño de la muestra :	48
Positivos en la muestra :	17
Sensibilidad %:	99%
Especificidad %:	90%

### Resultados

La prevalencia aparente en la población establecida se encuentra entre 21.99 y 48.85%, mientras que dada la sensibilidad y la especificidad del BDDQ utilizado la prevalencia real estaría entre 15.87% y 41.24%. **La prevalencia de TDC en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el periodo Enero-Julio del año 2016 28.56%**

Prevalencia aparente :	35.42% (21.99%, 48.85%)
<b>Prevalencia real :</b>	<b>28.56%</b> (15.87%, 41.24%)

**Tabla # 6. Prevalencia TDC en candidatos a rinoplastia funcional**

## 8. Discusión

Con base en el análisis de los resultados se pudo observar que el padecimiento tiene una prevalencia real similar reportada en la literatura en pacientes candidatos a rinoplastia.

Se detectaron pacientes con angustia por su aspecto corporal, pero sin pensamiento obsesivo. No obstante, con base en la teoría consultada, se considera que todos los pacientes con pensamiento obsesivo tienen una clara angustia por su imagen.

Si bien este trabajo es sólo un primer acercamiento a un tema no estudiado en nuestro medio de manera formal, los hallazgos obtenidos pueden ser una guía útil para orientar al cirujano que realiza rinoplastias funcionales (y otros procedimientos cosméticos) para utilizar el BDDQ como herramienta de escrutinio y prevenir malos resultados.

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, se encontró que el estrato socioeconómico más vulnerable al TDC es la clase media. Una posible explicación de esta incidencia podrían ser las condiciones actuales de la cultura del consumismo y la sobrevaloración a la superficialidad en este medio. En contraste, los pacientes de nivel socioeconómico bajo parecen no tener pensamientos obsesivos con su imagen ni la tendencia a buscar la rinoplastia para mejorar su calidad de vida, por tener otras prioridades. En el estrato socioeconómico alto no se detectó una angustia social, dado que ya se encuentra en una situación privilegiada, y por lo tanto puede estar más contento con su imagen por contar con otros recursos que lo compensan.

También se encontró que no hay una interferencia significativa con las actividades de la vida diaria de los pacientes aunque si suelen manifestar angustia por el defecto corporal que auto aprecian.

El sitio anatómico más afectado, según los resultados, es la nariz, aunque este dato no es realmente confiable ya que el propósito del estudio era valorar pacientes candidatos a rinoplastia.

El 100% de los pacientes que dieron positivo para el cuestionario declararon tener un pensamiento obsesivo sobre su imagen. Este hallazgo nos hace inferir que no hay paciente con TDC sin pensamiento obsesivo.

## 9. Conclusiones

Se encontró una prevalencia del TDC de 28.45% en este estudio preliminar para pacientes candidatos a rinoplastia funcional en el Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en el periodo Enero-Julio 2016 sin embargo es necesario realizar investigaciones de extensión para continuar valorando la prevalencia exacta en un periodo mayor de tiempo y con una población más grande.

También se logró el evitar someter al procedimiento quirúrgico a los pacientes que dieron positivo en el cuestionario y se les orientó al Servicio de Salud Mental, en el cuál se espera se les otorgue el seguimiento a los pacientes para su beneficio.

Así mismo se obtuvieron datos relevantes en cuanto a las características de los pacientes que presentan este trastorno siendo un paciente prototipo una persona angustiada, de nivel socio económico medio, soltero, y con obsesión por su imagen corporal.

Aún se requiere realizar un estudio de mayor tamaño con la colaboración del departamento de Salud Mental, en el cual corrobore el diagnostico de TDC para obtener mayores datos sobre los pacientes con TDC candidatos a rinoplastia funcional.

Una limitante que presenta el estudio es que hay un grado de subjetividad en las respuestas del paciente que participa al contestar el cuestionario, y aunque la sensibilidad y especificidad del mismo es alta, está el riesgo de haber un porcentaje de la población significativo que se escape de ser detectada con TDC por este medio, pues apenas se están dando los primeros pasos al respecto.

Se ha aprendido con este estudio que el paciente debe ser valorado de una manera integral poniendo atención a sus necesidades psicológicas. El médico ha de estar consciente de que el paciente puede tener una angustia natural y válida respecto a su imagen corporal; sin embargo, esto no significa que dicha angustia sea obsesiva, y, en consecuencia, no afectará su percepción en el resultado final del acto quirúrgico

En otras palabras sería importante dar continuidad a este estudio y valorar que se estandarice la aplicación del cuestionario BDDQ a todo paciente candidatos a rinoplastia en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” con el fin de evitar someter a pacientes potencialmente insatisfechos al procedimiento quirúrgico cuando den positivo al cuestionario con consecuencias negativas para el mismo paciente y para el equipo de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
2. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder (2nd ed, revised) . New York, NY: Oxford University Press . 2005
3. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in Aesthetic Surgery: A comprehensive review of the literature. *PlastReconstrSurg*. 2003; 111; 469-480.
4. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*. 1996;169:196-201
5. Phillips KA, Nierenberg AA, Brendel G, Fava M. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:125–129
6. Correlación lineal y análisis de regresión.  
[www.uoc.edu/in3/emath/docs/RegresionLineal.pdf](http://www.uoc.edu/in3/emath/docs/RegresionLineal.pdf)
7. Tardy EM, et al in Paul Flint et al Cummings Otolaryngology-Head and Neck Surgery-, Elsevier,2015. Chapter 34.
8. Rohrich R, William A, Ahmad J, Gunter J. Dallas rhinoplasty: Nasal surgery by the masters. Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, 2014, eBook
9. Zojaji R, Javanbakht M, Ghanadan A, et al. *High prevalence of personality abnormalities in patients seeking rhinoplasty*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137:83-7.
10. Honigman RJ, Philips KA, Castle DJ. *A review of psychological outcomes of patients seeking cosmetic surgery*. *PlastReconstr Surg* 2004; 113:1229-37.
11. Cash, T. F. (1990). Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image. Nueva York: The Guilford Press 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. *AesthPlastSurg*. 2011; 35:989-994.
12. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image* 2008; 5:50e8
13. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatry*. 2003;18:365–368
14. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Bolletino della R Accademia di Genova*. 1891; 6:110–119.
15. Phillips KA. Understanding Body Dysmorphic Disorder: an Essential Guide. New York, NY: Oxford University Press. 2009
16. Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2: 143-166.
17. Sarwer DB. The “obsessive” aesthetic surgery patient: a consideration of body image dissatisfaction and body dy dysmorphic disorder. *Plast Surg Nurs* 1997; 17:93–97, 209; quiz 198–199.

18. Fontenelle L, Telles, L, et al. A Sociodemographic, phenomenological, and Long-Term follow up study of patients with Body Dysmorphic Disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2006.
19. Picavet VA, Prokopakis EP, Gabriels L, Jorissen M, Hellings PW. High prevalence of body dysmorphic disorder symptoms in patients seeking rhinoplasty. *PlastReconstrSurg.* 2011; 128:509-517.
20. MR F, Tabrizi A G, Bafghi A F, SA N, A M. Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty candidates. *Pakistan Journal of Medical Sciences.* 2013; 29(1):197-200. doi:10.12669/pjms.291.2733
21. Lekakis G, Picavet, V., Gabriëls, L., Grietens, J. and Hellings, P. W. (2016), Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Rhinolasty: Validating a Bew Screening Too. *The Laryngoscope*, 126: 1739-1745,2016
22. Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, Grabot D, Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for aesthetic surgery. *Eur Psychiatry* 2007; 22:520–524.
23. Phillips K, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire. New York :Oxford University Press 2005. Traducido y adaptado para su uso en español por A. Belloch y M. Giraldo OMeara. ITOC.org.es Universidad de Valencia, España
24. Jacob K et al. Body Dysmorphic Disorder in a facial plastic and reconstructive surger Clinic MA *Facial Plast Surg.* 2015; 17(2):137-143
25. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg* 2001; 27:457–462.
26. Kmietowicz Z. Half of doctors experience violence or abuse from patients. *BMJ* 2003;327:889
27. Gorney M. Recognition of the patient unsuitable for aestheticsurgery. *Aesthet Surg J.* 2007; 27:626–629.
28. Constantian M, Lin CP Relationship of nasal shape and trauma history to surgical success, *PSR Journal* 2014;134: 836-851
29. Ercolani M, Baldaro B, Rossi N, Trombini E, Trombini G. Short-term outcome of rhinoplasty for medical or cosmetic indication. *J Psychosom Res* 1999;47:277–281
30. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery members. *Aesthet Surg J*2002;22:531–535
31. Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2: 143-166.
32. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image.* 2008;5:13–27
33. Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008;5:39–49
34. Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 8: 81-89.
35. Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assesment and treatment.* Nueva York: Pergamon Press.

36. Adamson PA, Chen T. The dangerous dozen—avoiding potential problem patients in cosmetic surgery. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2008;16:195–202,vii
37. Al-Sahlawi KS, Zahid MA, Shahid AA, Hatim M, Al-Bader M. Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Eur J Emerg Med* 1999;6:301–304
38. Graddy B. Violence against physicians. Societal aggression worsens an occupational hazard. *Tex Med* 1994;90:25–27
39. Bjornsson AS, Dyck I, Moitra E, Stout RL, Weisberg RB, Keller MB, et al. The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP). *J Nerv Ment Dis.* 2011 Jan. 199(1):55-7
40. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image* 2008; 5:50–58.
41. Phillips KA, Atala KD, Pope HG. Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New research programs and abstracts. 57. American psychiatric Association 148<sup>th</sup>. Annual meeting, Miami FL: American Psychiatric Association; 1995.
42. Buhlmann U, Teachman B, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(5):694-702.
43. Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (1990). (Eds.). *Body images: Development, deviance and change.* Nueva York: The Guilford Press.
44. Fisher, S. (1990). The Evolution of Psychological Concepts about de Body. En T. F, Cash y T. Pruzinsky, Gardner, R. M. Y Stark, K. (1999). *Development and validation of two new scales for assessment of body image. Perceptual and Motor Skills, 89: 981-993.*
45. Pruzinsky, T. Y Cash, T. F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En Cash, T. F. y Pruzinsky, T. *Body Images. Development, Deviance and Change.* Nueva York: The Guilford Press.
46. Rosen, J. C. (1990). Body image disturbance in eating disorders. En *Body images: Development, deviance and change.* Nueva York: The Guilford Press
47. 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. *AesthPlastSurg.* 2011; 35:989-994.
48. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(9):1138-1149.
49. Picavet, V., Gabriëls, L., Jorissen, M. and Hellings, P. W. (2011), Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *The Laryngoscope, 121: 2535–2541*
50. Raich, R. M, Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 85: 604-624.*

## APENDICE

### CUESTIONARIO BDDQ

**Instrucciones.** *Por favor lea cada pregunta y encierre la respuesta con un círculo según mejor refleje su caso: sí en caso afirmativo, y no si no la representa. También escriba las respuestas si así está indicado.*

1. ¿Ha estado alguna vez muy preocupado por su aspecto? Sí    No
2. ¿Pensaba mucho en su aspecto y deseaba poder preocuparse menos? Sí    No
3. Por favor escriba las áreas de su cuerpo que no le agradan:

---

---

---

---

---

Algunos ejemplos son: su piel (acné, cicatrices, arrugas, palidez). Cabello. El tamaño o la forma de su nariz, boca, labios, mandíbula, etc. O defectos de sus manos, genitales, pechos o alguna otra parte de su cuerpo.

NOTA: SI USTED CONTESTÓ QUE NO A LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ENTONCES USTED TERMINÓ EL CUESTIONARIO. DE LO CONTRARIO, CONTINÚE.

2. Es su principal preocupación cómo percibe su cuerpo: porque no es lo suficientemente delgada o porque se percibe demasiado gordo o gorda.	Sí	No
3. Cómo le afecta la forma como se percibe en su vida diaria.		
a) Sus defectos le han causado mucho estrés o dolor emocional.	Sí	No
b) Sus defectos han interferido significativamente con su trabajo, escuela, amigos, o su habilidad para funciona en su rol. (Por ejemplo, en su rol de ama de casa).	Sí	No
c) Hay ciertas cosas que evita participar o hacer debido a su aspecto.	Sí	No
4. ¿Cuánto tiempo, en promedio, gasta pensando en sus defectos por día?		
a) Menos de una hora al día.	Sí	No
b) De una a tres horas por día.	Sí	No
c) Más de tres horas por día.	Sí	No

**Comentario:**

---

---

---

---

## INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO

Es probable que el paciente presente el trastorno dismórfico corporal si responde las preguntas de BDDQ de la siguiente forma:

- Pregunta 1: Si en ambas partes de la pregunta.
- Pregunta 3: Si a cualquiera de las preguntas.
- Pregunta 4: Respuestas B o C.

La pregunta 1 establece si hay una preocupación presente y la pregunta 3 establece si la preocupación causa angustia o inquietud. Para la pregunta 4 no es un criterio esencial el tiempo, sin embargo si se pasa más de 1 hora al día pensando en una alteración somatomorfa.

El cuestionario es un instrumento de escrutinio y no concluye el diagnóstico. Para un diagnóstico certero es necesario que el paciente sea evaluado por un médico entrenado en un interrogatorio personalizado y aplique los criterios diagnósticos del DSM-V. El cuestionario puede llegar a tener una sensibilidad de hasta el 100% y especificidad del 93%.<sup>25</sup>