



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

**“FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN PACIENTES
ADULTOS CON DEPRESIÓN MAYOR EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS
DEL IMSS.”**

TESIS
PARA OPTAR POR EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA
DRA. TONANTZIN SCARLETTE ORTIZ BUENO

Asesor teórico: Dra. Beatriz Zamora López

Facultad de medicina, Departamento de psiquiatría y salud mental

Asesor metodológico: Dr. Miguel Palomar Baena

Coordinación de enseñanza, Hospital de psiquiatría Morelos de la Ciudad de México

Ciudad de México, junio de 2022.



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.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
MARCO TEORICO	7
ETIOLOGÍA.....	9
EPIDEMIOLOGIA.....	11
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	12
ANTECEDENTES	16
JUSTIFICACION	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
HIPÓTESIS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y ELIMINACION	26
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	27
VARIABLES DE ESTUDIO	29
INSTRUMENTOS DE MEDICION	31
CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.....	31
CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9).....	33
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	36
ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	37
RESULTADOS	39
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	39
DISCUSION	48
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	55
ANEXO 1. CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.....	55
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9).....	56
ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.....58

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Javier y Jovita por su amor y apoyo incondicional desde que nací, a quienes debo la fuerza para seguir adelante.

A mi hermana Mitzin Adela a quien le admiro su fuerza e inteligencia para enfrentar las situaciones más difíciles, siempre está conmigo apoyándome y alentándome a seguir.

A mi hermanito Javier Eduardo quien desde que nació ilumina mis días y ahora más que nunca, siempre está en mi mente y en mi corazón.

A mi novio Noé por haber inspirado el tema de la presente tesis y ser en mi vida una luz cuando hay oscuridad.

RESUMEN

Frecuencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

Introducción. El Trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. El TDC suele seguir un curso crónico y está asociado con un marcado deterioro funcional en múltiples dominios. Entre los adultos, el TDC resulta en altas tasas de discapacidad ocupacional, desempleo, disfunción y aislamiento social, presenta una alta comorbilidad, con el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno de ansiedad social y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), así como se ha asociado con tasas sorprendentemente altas de suicidio.

Objetivo. Determinar la frecuencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

Metodología. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional en adultos con diagnóstico de depresión mayor que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México corroborando dicho diagnóstico mediante un punto de corte ≥ 10 del cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9), a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Trastorno dismórfico corporal con el que se evaluó la frecuencia de dicho trastorno.

Periodo de estudio: Se realizó en un periodo de 3 meses tras su inicio.

Recursos e infraestructura: No se requirieron recursos adicionales a los ya destinados para la atención de los pacientes en el IMSS. Los gastos de papelería fueron cubiertos por los investigadores.

Experiencia de grupo: Los investigadores principales fueron médicos Psiquiatras con vasta experiencia en la atención de pacientes con múltiples patologías psiquiátricas, así como en investigación

Palabras clave: dismorfia corporal, depresión mayor

INTRODUCCION

El Trastorno dismórfico corporal (TDC) se ha definido consistentemente por una preocupación excesiva por defectos imaginarios en la apariencia física. El TDC se diferencia de las preocupaciones sobre la apariencia normal porque está asociado con angustia y deterioro funcional significativo. Cuando hay defectos físicos reales, el TDC se caracteriza por preocupaciones frecuentes, con una duración e intensidad altas acerca del defecto. ¹

Las personas con TDC exhiben patrones ritualistas caracterizados por comportamientos asociados con ocultar, corregir o arreglar el defecto percibido, así como pensamientos intrusivos sobre la apariencia, la comprobación frecuente en un espejo y el camuflaje. También pueden evitar de forma significativa a personas, lugares o situaciones en las que creen que se puede evaluar su apariencia.¹

La preocupación de una persona con TDC por su aspecto físico, puede volverse difícil de controlar y llegar a consumir gran parte del tiempo de la vida del paciente. Múltiples estudios han demostrado que las personas que lo padecen pueden preocuparse y angustiarse tanto por su defecto o defecto percibido que pueden dejar de trabajar o socializar y, en casos graves, pueden quedarse confinados en casa ¹. En el TDC, la principal preocupación de una persona puede centrarse en 1 o varias partes del cuerpo, entre las que destacan la piel, el cabello y la nariz. ¹

Las personas con TDC a menudo experimentan una baja autoestima, así como sentimientos de disgusto o vergüenza, lo que ocasiona que clínicamente, el TDC está infradiagnosticado debido a que muchos pacientes son reservados para revelar la situación a su médico a pesar del deseo interno de que su médico reconozca su problema o la aparente gravedad leve de la enfermedad no reconocida por el médico.²

El TDC suele seguir un curso crónico y está asociado con un marcado deterioro funcional en múltiples dominios. Entre los adultos, el TDC resulta en altas tasas de discapacidad ocupacional, desempleo, disfunción social y aislamiento social.³ De manera similar, el TDC en los jóvenes se asocia con un deterioro funcional importante, que incluye un rendimiento académico reducido, aislamiento social y abandono escolar.³ Se informa con frecuencia una alta comorbilidad, por ejemplo, con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad social y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).³ El TDC también se ha asociado con tasas sorprendentemente altas de suicidio.³

MARCO TEORICO

Un psiquiatra italiano Enrico "Henry" Agostino Morselli (1852-1929) fue un médico e investigador italiano quien escribió por primera vez sobre el trastorno dismórfico corporal (TDC) en 1891 el cual primeramente llamó dismorfofobia ⁴:

.... "El dismorfofóbico, en efecto, es un individuo verdaderamente infeliz, que, en medio de sus asuntos cotidianos, en conversaciones, mientras lee, en la mesa, de hecho, en cualquier lugar y a cualquier hora del día, se ve repentinamente abrumado por el temor de alguna deformidad que podría haberse desarrollado en su cuerpo sin que él se diera cuenta. Teme tener o desarrollar una frente aplastada y comprimida, una nariz ridícula, piernas torcidas, etc., de modo que constantemente se mira al espejo, se palpa la frente, mide el largo de su nariz, examina los defectos más pequeños de su piel, o mide las proporciones de su tronco y la rectitud de su cojera, y sólo después de un cierto período de tiempo, habiéndose convencido él mismo que esto no ha sucedido, es capaz de liberarse del estado de dolor y angustia que le puso el ataque. Pero si no hubiera un espejo a la mano, o si se le impidiera calmar sus dudas de una forma u otra por medio de algún mecanismo o movimientos del tipo más extravagante, el ataque no termina muy rápidamente, sino que puede llegar a un punto muy doloroso. intensidad, hasta el punto del llanto y la desesperación." ⁴

El trastorno dismórfico corporal es un padecimiento que ha pasado por varios cambios con respecto a su clasificación a lo largo de la historia.⁵ Principalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el DSM-III (APA, 1980) se incluyó por primera vez en 1980 como "Dismorfofobia", término originado por Morselli en 1886, siendo un "trastorno somatomorfo atípico", sin añadir ningún criterio diagnóstico. No fue hasta la publicación del DSM-III-R (APA, 1987) que se le llamó por primera vez "Trastorno dismórfico corporal", manteniéndose esta denominación hasta la actualidad.⁵

Posteriormente, el DSM-IV (APA, 1994) y, más tarde, el DSM-IV-TR (APA, 2002) lo clasificaron dentro de la categoría Trastornos somatomorfos, pero también propusieron el diagnóstico como un Trastorno delirante, tipo somático, en el caso de que se cumplieran los criterios para el diagnóstico de trastorno dismórfico junto a la presencia de creencias delirantes.⁵

El DSM-5 (APA, 2014) lo clasifica dentro de la categoría Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, y se añaden dos especificaciones; por un lado, si cursa con dismorfia muscular y, por otro, el grado de introspección, que incluye tres tipos: introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/creencias delirantes.⁵

En el caso de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), el trastorno no fue incluido hasta su décima edición, la CIE-10 (OMS, 2000), como un subtipo de hipocondría

dentro de los trastornos somatomorfos. En la CIE-11 (OMS, 2018), versión recientemente actualizada, es incluido como “trastorno dismórfico corporal” dentro de la categoría “trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados”, excluyendo la anorexia nerviosa, el trastorno de distrés corporal y la preocupación acerca de la apariencia del cuerpo.⁵

CRITERIOS DIAGNOSTICOS TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL DSM V⁶

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 (ejem., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (ejem., 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 (ejem., “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.

ETIOLOGÍA

El TDC tiene una etiología compleja, porque se ha propuesto que múltiples factores biológicos, psicológicos y socioambientales tienen un papel en el desarrollo y mantenimiento del TDC ¹. Se han visto implicados, factores biológicos en la fisiopatología del TDC, como anomalías cerebrales volumétricas en la corteza orbitofrontal y la corteza cingulada anterior.¹

Diversos estudios se han enfocado en investigar el papel que juegan ciertos factores cognitivos y socioambientales en la etiología del TDC, los modelos de aprendizaje social postulan que las experiencias de aprendizaje temprano en la infancia refuerzan las creencias desadaptativas sobre la apariencia ¹. A través del condicionamiento clásico o evaluativo, los individuos pueden comenzar a desarrollar reacciones aversivas a la apariencia, lo que lleva al desarrollo de creencias fundamentales que rodean el valor del atractivo.¹

Los factores genéticos juegan un papel importante en la etiología del TDC, es importante destacar la alta heredabilidad en donde se ha visto que el 8% de las personas con TDC tiene un familiar con el mismo trastorno, siendo cuatro a ocho veces mayor la prevalencia que en la población general ¹. El TDC comparte la misma heredabilidad con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), ya que los estudios en miembros de la familia han demostrado que el 7% de los pacientes con TDC tienen un familiar de primer grado con TOC, también los familiares de primer grado de pacientes con TOC tienen una prevalencia seis veces mayor de padecer TDC. ¹

Cabe destacar que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad común y potencialmente discapacitante. Afecta entre un 2 a 3% de la población general, lo mismo que en México y está caracterizado por pensamientos intrusivos y generadores de ansiedad (obsesiones), así como conductas repetitivas, estereotipadas o ritualizadas (compulsiones), que ayudan a mitigar la molestia de las ideas obsesivas.³²

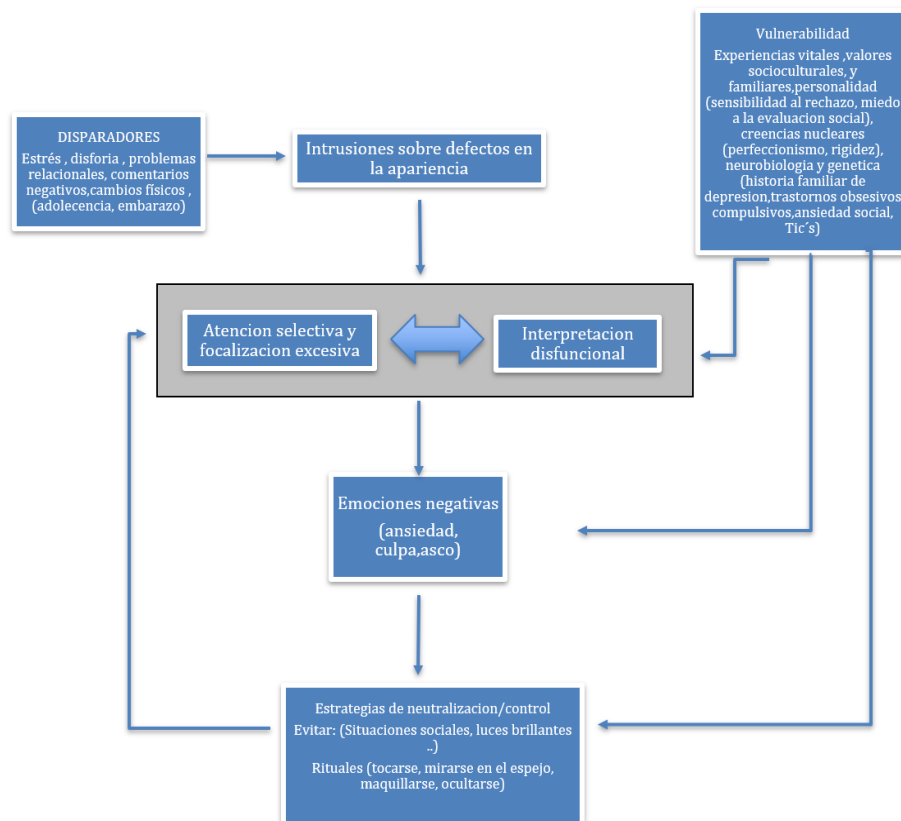
En las últimas dos décadas se ha reconocido que existe un importante grupo de padecimientos que tienen un componente de forma de pensamiento (cognitivo), similar a las obsesiones, como es el caso de las fobias, hipocondriasis, ideas delirantes, trastornos de la alimentación, o bien un elemento conductual común como acciones repetitivas y estereotipadas similares a las compulsiones, como son los trastornos en el control de los impulsos, las adicciones y los tics.³² Aunado a estas semejanzas clínicas, muchos de estos padecimientos responden de forma semejante a medicamentos de la misma familia, como son la clase de los antidepresivos-ansiolíticos llamados en la farmacología como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.³² Debido a estas coincidencias es que se ha pensado en el concepto de un “Espectro de padecimientos Obsesivo-Compulsivos” ³²

Los modelos cognitivo-conductuales son teorías psicológicas ampliamente aceptadas del TDC y se han propuesto para explicar algunos de los mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento del TDC.¹ Estos modelos destacan el modelo de diátesis-estrés e integran predisposiciones biológicas, factores culturales, experiencias de la primera infancia y

vulnerabilidades psicológicas como factores que influyen en la etiología y mantenimiento del TDC.¹ Los modelos cognitivo-conductuales de TDC hacen énfasis en los aspectos cognitivos subyacentes al TDC, como las creencias desadaptativas sobre la importancia de la apariencia, se han planteado hipótesis de como los eventos externos, como mirarse en el espejo (visión de uno mismo como un objeto estético), combinados con pensamientos intrusivos podrían desencadenar un proceso de atención excesiva en uno mismo.¹

Esta atención centrada en uno mismo conduce a una evaluación negativa de la imagen corporal en la que un individuo puede desarrollar creencias fundamentales que relacionan el fracaso o la inutilidad con la apariencia, por ejemplo, "Si tengo defectos, estaré solo toda mi vida". Como resultado, las personas a menudo reflexionan sobre su fealdad percibida y se comparan con una apariencia increíblemente ideal¹. Debido a que las personas con TDC se concentran tanto en imágenes aversivas, no pueden observar con precisión las acciones de los demás para desacreditar sus propios miedos a la evaluación negativa¹. Las reacciones a su imagen percibida y pensamientos desadaptativos pueden provocar disgusto y llevar a una persona a participar en rituales de seguridad, como camuflarse para alterar la apariencia, evitar situaciones sociales, picarse la piel, buscar consuelo o escapar de situaciones incómodas.¹ Aunque la participación en estos comportamientos ritualistas está destinada a aliviar la ansiedad, el comportamiento en sí tiende a disminuir la angustia solo brevemente y, en cambio, aumenta la autoconciencia y la preocupación con el tiempo.

Modelo cognitivo-conductual del Trastorno Dismórfico Corporal (adaptado de Fang y Wilhelm, 2015)⁸



De la misma forma se ha estudiado acerca de la fisiopatología e intentado dilucidar las posibles redes neuronales implicadas en el desarrollo del TDC. Estructuralmente se ha visto un desequilibrio predominantemente en el hemisferio derecho el cual parece dominante en la regulación de las emociones y la imagen corporal, esto se ha estudiado en pacientes que desarrollan TDC secundario a lesiones del lóbulo temporal derecho así como pueden presentar síntomas psicóticos secundarios, incluidos delirios somáticos.⁷ Se ha visto una mayor activación en las regiones prefrontal y temporal, encargadas del procesamiento visual, contribuyendo a la presencia de sesgos en detalles visuales.⁷ Además, otras estructuras como la ínsula, la amígdala y la circunvolución frontal apical median reacciones de disgusto y aversión a las percepciones visuales ¹.

Los pacientes con TDC mostraron hiperactividad de la corteza orbitofrontal izquierda y la cabeza bilateral del núcleo caudado durante el procesamiento visual de su propia cara en comparación con una cara familiar estos mecanismos fisiopatológicos son similares al TOC.⁷ Otros hallazgos importantes indican que la prevalencia de TDC es significativamente mayor entre los familiares de primer grado de pacientes con TOC en comparación con otros trastornos del espectro obsesivo compulsivo, como hipocondría, trastornos alimentarios y trastornos del control de impulsos lo que apoya la conceptualización del TDC como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. ¹ La serotonina es un neurotransmisor implicado en el TDC, en diversos estudios se han encontrado una densidad de unión del transportador 5-HT plaquetario significativamente más baja en el TOC y los trastornos relacionados con el TOC en donde también se engloba el TDC. ⁷

La farmacoterapia y la psicoterapia son eficaces para tratar el TDC y la comorbilidad asociada (por ejemplo, depresión y ansiedad). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que se consideran el medicamento de elección para el TDC, a menudo mejoran la sintomatología del TDC y las condiciones comórbidas ⁸ o en ocasiones pueden mostrar solo respuestas parciales al tratamiento, y muchos requieren ensayos prolongados y altas dosis de múltiples ISRS para experimentar el alivio de los síntomas.³⁴ Además, la continuación del tratamiento después de la fase aguda podría reducir la tasa de recaída, a menudo alta, asociada con la interrupción del tratamiento con ISRS. El aumento de ISRS con un antipsicótico en pacientes con creencias delirantes, delirios de referencia y que están agitados o suicidas es común en la práctica clínica, pero la literatura al respecto es muy limitada y controvertida. Aumentar un ISRS con buspirona, un agonista parcial de 5HT1, es una alternativa prometedora. ¹² La terapia cognitivo conductual es la intervención psicológica más estudiada para el TDC, y la literatura actual sugiere que es eficaz para reducir los síntomas del TDC y las condiciones comórbidas asociadas. Los efectos de la TCC pueden mantenerse una vez finalizado el tratamiento. ¹²

EPIDEMIOLOGIA

El TDC es un padecimiento frecuente, diversos estudios en población general no diagnosticada ni tratada indican una prevalencia que oscila entre el 1,7% y el 2,4%, siendo cifras más altas que otros padecimientos psiquiátricos como la esquizofrenia o la anorexia

nerviosa.⁸ La prevalencia en entornos clínicos las tasas son de entre el 9% y el 12% en personas que acuden a especialistas en dermatología entre el 3% y el 53% en personas que acuden a cirugía estética, en pacientes psiquiátricos ingresados por otros trastornos mentales, las cifras oscilan entre el 13% y el 16% aproximadamente.⁸

En cuanto a la edad, se han descrito casos de inicio temprano como los 5 años de edad y tan tardíos como los 80 años de edad, la edad de inicio habitual se sitúa en torno a los 16 años, aunque pueden detectarse síntomas claros en torno a los 12 o 13 años⁸. Además, por las propias características del trastorno, tiende a la cronicidad, y hoy por hoy, la probabilidad de remisión total es muy baja (en torno al 20% de los casos tratados) y las probabilidades de recaída son muy elevadas (en torno al 42% de los casos tratados con éxito).⁸

En cuestión del género las tasas de prevalencia son muy parecidas, la prevalencia entre las mujeres era del 2,5% y del 2,2% entre los hombres.⁸

El TDC generalmente ocurre con varias condiciones psiquiátricas comórbidas. La más común es la depresión mayor, con tasas que van del 36% al 90%.³⁴ Los trastornos de ansiedad también son comunes, con 30% a 40% de los pacientes que informan fobia social y TOC. El TDC también puede coexistir con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, como la tricotilomanía (, pellizcarse la piel, juego patológico, trastornos de tics y compras compulsivas.³⁴

Las personas con TDC a menudo sufren problemas de abuso de sustancias. Entre el 25 % y el 49 % de las personas con TDC tienen antecedentes de trastornos por consumo de sustancias durante toda su vida, y entre el 13 % y el 17 % cumplen los criterios de diagnóstico actuales.³⁴ Los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, también son comunes, con tasas a lo largo de la vida del 7 % al 14 % y tasas actuales del 4 % entre las personas con TDC.³⁴ los trastornos de personalidad también son bastante comunes entre las personas con TDC.³⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Preocupaciones sobre la apariencia física : Los pacientes con TDC están preocupados con la idea de que uno o más aspectos de su apariencia son poco atractivos, deformados, defectuosos o "incorrectos" , por lo que algunos pacientes se describen a sí mismos como "poco atractivos", mientras que otros usan palabras como "feo", "espantoso", "repulsivo" o "que parece un monstruo" , aunque realmente estas áreas del cuerpo suelen tener un aspecto normal o si bien pueden tener una imperfección, es leve y no es algo que normalmente se notaría a una distancia de conversación.⁹

Las personas con TDC generalmente informan preocupación por su piel, cabello y nariz. ; otras áreas de preocupación reportadas con frecuencia incluyen los dientes, el estómago y el peso.³⁴ Sin embargo, cualquier parte del cuerpo puede convertirse en una fuente de preocupación, y las personas con TDC suelen desarrollar preocupaciones con múltiples partes del cuerpo.³⁴ Las personas con TDC pueden informar distintas

preocupaciones (p. ej., preocupaciones sobre 1 o 2 dientes); otros presentan quejas vagas (p. ej., preocupaciones de que una parte del cuerpo es fea). Las preocupaciones con una parte del cuerpo pueden desaparecer y cambiar a otra característica con el tiempo. ³⁴

Las preocupaciones aparentes tienen una cualidad obsesiva, ya que ocurren con frecuencia (un promedio de 3 a 8 horas al día) y generalmente son difíciles de resistir o controlar. Los pensamientos son muy angustiantes y están asociados con baja autoestima, sensibilidad al rechazo, ansiedad y depresión, así como sentimientos de minusvalía y vergüenza. ⁹

CONDUCTAS FRECUENTES EN EL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL ⁹

- Camuflar: con la posición o postura del cuerpo, con ropa o maquillaje, cubrir el cabello con un sombrero.
- Comparar las partes del cuerpo con las de los demás, escudriñar la apariencia de otras personas.
- Verificar la apariencia en espejos y otras superficies reflejantes
- Buscar y realizarse cirugías, tratamiento dermatológico u otro tratamiento cosmético
- Acicalamiento excesivo como peinarse, maquillarse, afeitarse o depilarse.
- Buscar cuestionado a otros sobre el defecto para obtener tranquilidad o convencer a los demás de que defecto percibido no es atractivo.
- Tocar el defecto percibido.
- Cambiar de ropa
- Hacer dieta
- Pellizcarse la piel
- Evitación de espejos
- Bronceado relacionado a TDC
- Ejercicio excesivo
- Levantamiento de peso excesivo.

Rituales: Casi todos los pacientes realizan conductas que tienen como objetivo examinar, mejorar u ocultar el defecto percibido.⁹ Muchos de estos comportamientos se consideran compulsivos, ya que son repetitivos, requieren mucho tiempo y son difíciles de resistir o controlar, pueden conceptualizarse como comportamientos de seguridad que pretenden evitar una consecuencia temida por ejemplo el ser ridiculizados por otros.⁹

Comportamientos de evitación: Casi todas las personas con TDC evitan al menos algunas situaciones sociales, ya que normalmente se sienten cohibidas y avergonzadas de cómo se ven en presencia de otras personas; creen que otros los consideran poco atractivos, feos o desfigurados. ⁹ la mayoría experimenta ideas de referencia, creyendo que otras personas les prestan especial atención y los destacan de la multitud de manera negativa; por ejemplo, los miran, hablan de ellos o se ríen de ellos ⁹. Como resultado, muchos pacientes evitan las reuniones sociales, las citas y / o la intimidad sexual; lugares con muchos espejos (por

ejemplo, tiendas); lugares donde sus cuerpos estarán más expuestos (por ejemplo, la playa); o lugares con mucha gente (por ejemplo, centros comerciales).⁹ Algunas personas evitan solo determinadas situaciones, mientras que otras evitan prácticamente cualquier situación en la que otras personas puedan verlas ⁹. Muchos pacientes evitan el trabajo o la escuela porque se sienten demasiado feos para ser vistos o se sienten demasiado deprimidos y distraídos por sus obsesiones o rituales de apariencia como para concentrarse en la tarea que tienen entre manos⁹. Aproximadamente un tercio de los pacientes han estado completamente confinados en casa durante al menos 1 semana debido a sus síntomas de TDC.⁹

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DEL DSM-5 ⁶

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

ANTECEDENTES

Diversos estudios han investigado la comorbilidad entre Trastorno dismórfico corporal y el Trastorno depresivo mayor.

Un estudio realizado en el año 2002 se evaluó la presencia de TDC en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor.¹⁸ Una muestra de 350 pacientes (158 hombres, 192 mujeres; edad promedio de 39 años), los criterios de exclusión fueron: trastorno bipolar tipo I y II, psicosis, trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias activas durante los últimos 12 meses, trastorno de personalidad antisocial, riesgo actual de suicidio, enfermedad médica inestable, trastorno mental orgánico, uso concurrente de medicamentos psicotrópicos, embarazo o lactancia, y evidencia clínica o de laboratorio de hipotiroidismo. Todos los sujetos fueron evaluados por un psiquiatra, se utilizaron la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-II) , el Inventario de sintomatología depresiva (Autoinforme), la Escala de Hamilton para depresión , y el funcionamiento social se evaluó con la versión de autoinforme de escala de ajuste social (SAS-SR).¹⁸ Los sujetos deprimidos con TDC comórbido a lo largo de la vida se compararon con aquellos sin TDC con respecto a la demografía, el curso y la gravedad de la depresión, y las condiciones comórbidas .Una proporción relativamente alta de pacientes ambulatorios deprimidos tenía TDC comórbido, aproximadamente el 14.4%, principalmente depresión atípica .¹⁸ El TDC comórbido se encontró asociado a: Mayor gravedad de la depresión, una edad de inicio más temprana de la depresión y mayor duración de los episodios depresivos.¹⁸

Uno de los estudios más grandes sobre la comorbilidad en el TDC, en donde se examinó la comorbilidad del eje I en 293 pacientes con TDC, 106 mujeres y 187 hombres, con una edad media de 31 años, 175 personas participaron en un estudio fenomenológico de las características clínicas del TDC, 31 en un estudio sobre el uso de Fluvoxamina en TDC y 87 pacientes en un estudio de farmacoterapia para el TDC.¹⁹ Fueron evaluados con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-III-R (SCID-P) y un instrumento semiestructurado para obtener información sobre intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas y características demográficas (estado civil, situación laboral actual, independencia económica, nivel educativo e independencia residencial).¹⁹ La comorbilidad más frecuente a lo largo de la vida fue depresión mayor, seguida de la fobia social, el TOC y los trastornos por uso de sustancias.¹⁹

En el 2004 se hizo una revisión de expedientes de 232 pacientes que habían consultado por un procedimiento estético. Examinaron los antecedentes de salud mental y el uso de medicamentos psiquiátricos.²⁰ Los registros médicos fueron de pacientes que acudieron a consultas iniciales de cirugía estética (blefaroplastia, estiramientos faciales, rinoplastia, lipoplastia, abdominoplastia, aumento de senos, reducción de senos y otros procedimientos faciales inespecíficos como peelings químicos, rejuvenecimiento con láser).²⁰ También se revisaron 200 registros médicos de pacientes de cirugía no cosmética (eliminación de

anomalías cutáneas, como lesiones no especificadas, quistes, lunares, nevos, carcinomas de células basales, carcinomas de células escamosas y melanomas).²⁰ El 19 % de los pacientes de cirugía estética tenían antecedentes de un trastorno psiquiátrico, este porcentaje fue significativamente mayor que los encontrados en los pacientes de cirugía no cosmética (4%) siendo la depresión el trastorno psiquiátrico más común en los dos grupos.²⁰

En otro estudio realizado en el año 2006, se examinó la asociación entre el TDC y trastornos mentales comórbidos durante 1-3 años de seguimiento, en 200 sujetos, los criterios de inclusión fueron diagnóstico de TDC de acuerdo al DSM-IV, 12 años o más de edad y capacidad para ser entrevistado en persona.²¹ Los trastornos del eje I se evaluaron con la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-I / NP), se realizaron entrevistas de seguimiento anualmente utilizando la Evaluación de seguimiento de intervalo longitudinal, que recopila información detallada sobre el curso de la enfermedad. Se encontraron asociaciones significativas entre el TDC y otros trastornos mentales comórbidos.²¹ La asociación fue mayor para depresión, la mejoría en la depresión mayor predijo la remisión del TDC y la mejora en el TDC predijo la remisión de la depresión mayor.²¹ Este hallazgo sugiere que, en algunos sujetos, existen factores etiológicos que contribuyen tanto al TDC como a la depresión mayor.²¹

Otro estudio de importancia en el año 2007, se evaluó a sujetos con TDC y TDM comórbido actual se compararon con sujetos que padecían TDC y sin TDM comórbido actual en características demográficas y clínicas.²² Los criterios de inclusión del estudio fueron reunir los criterios del DSM-IV para TDC o su variante delirante, tener 12 años o más y poder ser entrevistado en persona; los criterios de exclusión fueron la presencia de un trastorno mental orgánico o trastorno bipolar.²² Se aplicaron los siguientes instrumentos: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II), Inventario de sintomatología depresiva, Escala de calificación de Hamilton para la depresión el Índice ocupacional de Hollingshead, así como, se obtuvieron los antecedentes familiares de TDM, la gravedad actual del TDC se evaluó con: el BDD-YBOC (Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico Corporal) y el BDD-PSR que se define como calificaciones globales específicas de la gravedad del trastorno con puntos de corte para remisión parcial y remisión completa.²² Los sujetos con TDC con y sin TDM actual fueron similares en la mayoría de las características demográficas, el subtipo melancólico fue el más común y la mayoría de los sujetos deprimidos tuvieron episodios recurrentes, el inicio medio de TDC ocurrió a una edad más joven que TDM, los sujetos con TDM comórbido tenían TDC más grave y los sujetos con TDM comórbido también tenían más probabilidades de tener un trastorno de ansiedad o de personalidad, así como antecedentes familiares de TDM.²² Una alta proporción de ambos grupos había intentado suicidarse; sin embargo, los intentos de suicidio de por vida y la ideación suicida actual fueron más comunes en el grupo de TDM, ambos grupos tenían un marcado deterioro funcional y una mala calidad de vida, con un mayor deterioro para los sujetos comórbidos con TDM actual.²²

En el año 2020 realizó una revisión de la literatura, cuyo objetivo fue comprender los factores de riesgo, las diferencias clínicas, las comorbilidades y el riesgo de suicidio en el TOC y el TDC comórbidos.²³ Durante la búsqueda para trastorno obsesivo compulsivo fueron 20,423 registros y para trastorno dismórfico corporal fueron 1,862 registros. Los resultados del estudio mostraron que tanto el TOC como el TDC tienen un riesgo mayor de depresión, ansiedad y suicidio.²³

Recientemente en 2021 , se investigó el TDC desde una perspectiva de red, que ve los trastornos mentales como sistemas causales de síntomas que se refuerzan mutuamente.²⁴ En una red de síntomas, la activación de un síntoma puede propagarse más allá de los límites categóricos de los trastornos mentales, por ejemplo: la preocupación y la angustia asociadas con los defectos percibidos en la apariencia física pueden causar un estado de ánimo depresivo o tendencias suicidas .²⁴ Los teóricos de las redes de síntomas sostienen que las interacciones causales entre los síntomas de diferentes trastornos pueden iluminar el significado de la comorbilidad .²⁴ Se incluyó a 148 participantes cuyos datos provenían de tres estudios de tratamiento para TDC realizados en Butler Hospital y posteriormente en Rhode Island Hospital, ambos afiliados a la Alpert Medical School of Brown University, y Massachusetts General Hospital, afiliado a Harvard Medical School, se utilizaron la Escala de obsesión compulsiva de Yale-Brown modificada para TDC y el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996).²⁴ Los criterios de inclusión fueron ≥ 18 años de edad diagnosticado con TDC primario, con síntomas presentes durante al menos 6 meses (diagnóstico determinado por Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV , TDC moderado (como lo indica una puntuación ≥ 24 en la Escala de Obsesión Obsesiva-Compulsiva de Yale-Brown Modificada para Trastorno Dismórfico Corporal .²⁴ Los criterios de exclusión fueron intento suicida reciente, presencia de un trastorno psicótico, trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad, abuso o dependencia de sustancias los últimos tres meses, deterioro cognitivo, daño cerebral o demencia, preocupaciones de imagen corporal primaria (peso) mejor explicadas por un diagnóstico de trastorno alimentario , psicoterapia concurrente terapia cognitivo conductual previa para TDC similar a la proporcionada en los estudios de TDC así como cambios de medicación recientes o simultáneos.²⁴ Se concluyó que la activación de los síntomas centrales en un trastorno puede influir en la activación de los síntomas del otro trastorno, la interferencia en el funcionamiento debido a compulsiones relacionadas con la apariencia (TDC), sentimientos de inutilidad (TDM) y pérdida de placer (TDM) fueron los más centrales, estos hallazgos corroboran que estas condiciones representan fenómenos interconectados, pero clínicamente distintos.²⁴

JUSTIFICACION

La prevalencia del TDC es del 13 al 16% en pacientes psiquiátricos tratados por otros trastornos mentales.¹³

Este trastorno tiende a la cronicidad ya que la probabilidad de remisión total es muy baja (20% de los casos tratados) y la probabilidad de recaída es muy elevada (42% de los casos tratados con éxito).¹³

La presencia del TDM en el TDC complica notablemente la sintomatología depresiva, aumentando así la disfuncionalidad del paciente, la poca respuesta a tratamiento, hospitalizaciones frecuentes y riesgo suicida.¹³

Es importante identificar la presencia del TDC en pacientes con depresión mayor ya que es un punto clave en el desarrollo, curso y en la efectividad del tratamiento mejorando así la calidad de vida del paciente.¹³

Es importante destacar que, en el Hospital Psiquiátrico Morelos, la depresión mayor es uno de los padecimientos más frecuentes y recidivantes, ameritando manejo médico y psicológico en ocasiones incluso requiriendo hospitalización. El TDC no figura dentro de los diagnósticos frecuentes que se reportan anualmente.

La presente investigación pretende demostrar la importancia de diagnosticar el Trastorno dismórfico corporal en pacientes con depresión mayor, ya que su detección oportuna contribuirá a iniciar el tratamiento indicado, esperando así mejorar la funcionalidad y calidad de vida del paciente y, por ende, disminuir las conductas de riesgo, como el suicidio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud ha considerado al TDC como una de las diez enfermedades más invalidantes, ya que la persona que la padece evita el contacto social o personal, es por lo que se considera una enfermedad potencialmente grave.¹³

Los pacientes con este trastorno tienden a ser diagnosticados erróneamente en entornos clínicos, debido a la psicopatología comórbida que enmascara la afección subyacente, numerosos estudios han demostrado que la aparición de TDC precede al desarrollo de otros trastornos psiquiátricos.¹⁰

El TDC generalmente ocurre con varias condiciones psiquiátricas comórbidas. La más común es la depresión mayor, con tasas que van del 36% al 90%.³⁴ Los trastornos de ansiedad también son comunes, con 30% a 40% de los pacientes que presentan fobia social y TOC. El TDC también puede coexistir con trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, como la tricotilomanía, pellizcarse la piel, el juego patológico, trastornos de tics y compras compulsivas.³⁴

Entre el 25 % y el 49 % de las personas con TDC tienen antecedentes de trastornos por consumo de sustancias a lo largo de la vida, y entre el 13 % y el 17 % cumplen los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias en los últimos 12 meses.³⁴ Los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, también son comunes entre las personas con TDC, con tasas a lo largo de la vida del 7 % al 14 % y tasas actuales del 4 %.³⁴ Los trastornos de personalidad también son bastante comunes entre las personas con TDC.³⁴

Los pacientes con TDC desarrollan baja autoestima, vergüenza y sensibilidad al rechazo, síntomas que a menudo experimentan los pacientes deprimidos.¹³ Lo anterior es consistente con el contenido ideacional central del TDC, que implica la creencia de que la persona es poco atractiva.¹³ Muchos pacientes afirman que, debido a su apariencia, otros los encontrarán indignos de ser amados, lo que los llevará al rechazo. Algunos pacientes con TDC tienen sentimientos de culpa intensos basados en la creencia de que son responsables de arruinar su apariencia, por ejemplo, debido a la exposición al sol o a someterse a cirugías estéticas.¹³

Como consecuencia de la creencia de que los defectos de apariencia son de naturaleza física más que psicológica, aproximadamente del 27 al 76,4% de las personas con TDC buscan soluciones cosméticas para sus preocupaciones, incluidos procedimientos quirúrgicos, dermatológicos y dentales.¹

El TDC es un trastorno poco reconocido y relativamente común que asociado con TDM presenta altas tasas de deterioro ocupacional y social, hospitalizaciones frecuentes e intentos de suicidio, puede estar asociado con una depresión crónica y de inicio

inusualmente temprano. Es importante reconocer el TDC en pacientes deprimidos, porque omitir el diagnóstico puede resultar en TDC refractario y síntomas depresivos graves. ¹³

Las personas con TDC tienen muchos factores de riesgo para suicidio como presentar una comorbilidad psiquiátrica principalmente el trastorno depresivo mayor, altas tasas de ideación suicida, intentos de suicidio, hospitalizaciones frecuentes, desempleo y discapacidad, ser soltero o divorciado, apoyo social deficiente y antecedentes de abuso. ²⁵

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con depresión mayor que acuden al Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los pacientes de 18 a 59 años de edad con diagnóstico de depresión mayor, que acuden al Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.
- Detectar la presencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes de 18 a 59 años de edad, con diagnóstico de depresión mayor, que acuden al Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.
- Conocer la frecuencia de TDC en los pacientes de 18 a 59 años de edad con diagnóstico de depresión mayor que acuden al Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

HIPÓTESIS

La frecuencia de Trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor que son tratados en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS será igual o mayor al 14 %.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional, Descriptivo y Transversal

Periodo de estudio: 3 meses posterior al período de la aprobación del estudio.

Población y muestra:

Sujetos de 18 a 59 años de edad que acuden al Hospital de Psiquiatría Morelos.

Según reportes proporcionados por el Hospital de psiquiatría Morelos, acuden a dicha unidad aproximadamente 600 pacientes con depresión mayor mensualmente. Utilizando la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N	Total, de la población	600
Z α	Coficiente de seguridad Z	1.96
p	Proporción esperada	0.10
q	1 - p	0.95
d	Precisión	0.20

Tamaño de muestra: **47**

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION, NO INCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE NO INCLUSION	CRITERIOS DE ELIMINACION
<ul style="list-style-type: none">• Hombres y mujeres de entre 18 y 59 años de edad con diagnóstico de depresión mayor corroborado mediante una puntuación ≥ 10 en el Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9) que acudan al Hospital de psiquiatría Morelos del IMSS.• Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.• Pacientes que sepan leer y escribir	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, psicosis, deterioro cognitivo, discapacidad intelectual, o trastornos orgánicos debidos a múltiples etiologías	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes seleccionados que no concluyan los cuestionarios.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE / ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Sexo	La Organización mundial de la salud (OMS) lo define como las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Fuente de información directa al momento del llenado de la ficha de identificación.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hombre Mujer
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años de vida referidos por el participante al momento del llenado de la ficha de identificación	Cuantitativa Discreta	Años
Estado civil	Situación civil reconocida jurídicamente en relación con otra persona	Situación civil actual en que se encuentran los participantes al momento del llenado de la ficha de identificación.	Cualitativa Nominal Policotomica	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
Ocupación	Actividad o trabajo que desempeña una persona	Tipo de trabajo que desempeña el paciente	Cualitativa Nominal Policotomica	Empleado Pensionado/ Jubilado Amas de casa

				Sin actividad
Escolaridad	Periodo de tiempo en que un individuo asiste a un centro de enseñanza	Grado académico cursado por el participante al momento del estudio	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Posgrado

VARIABLES DE ESTUDIO

TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL	
DEFINICION CONCEPTUAL	Trastorno psiquiátrico que se manifiesta como una preocupación excesiva en la apariencia, derivada de una distorsión de la imagen corporal, generando sufrimiento en el individuo, que impide que pueda desenvolverse en el ámbito social, laboral y personal.
DEFINICION OPERACIONAL	<p>El cuestionario del trastorno dismórfico corporal es un instrumento de detección para su uso en entornos psiquiátricos.²⁷</p> <p>Este cuestionario se basa en la definición estándar de trastorno dismórfico corporal como se describe en el DSM-IV, que consta de los siguientes tres criterios:²⁹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El paciente está preocupado por un defecto imaginario en la apariencia; si hay una anomalía física leve, la preocupación es marcadamente excesiva.²⁷ 2) La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento.²⁷ 3) La preocupación por la apariencia no se explica mejor por otro trastorno mental como la anorexia nerviosa.²⁷ <p>Se ha demostrado que el Cuestionario sobre trastorno dismórfico corporal tiene una buena sensibilidad (100%) y especificidad (89%) en un entorno psiquiátrico.²⁹</p> <p>Para establecer un diagnóstico de TDC las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.</p>
TIPO DE VARIABLE / ESCALA DE MEDICION	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Dicotómica</p>
INDICADOR	Sí / No

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

DEFINICION CONCEPTUAL	La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por cinco o más de los siguientes nueve síntomas durante al menos dos semanas consecutivas; tristeza, anhedonia, insomnio, pérdida de peso significativa o aumento de peso o disminución del apetito, retraso psicomotor o agitación fatiga o baja energía, casi todos los días, disminución de la capacidad de concentrarse, pensar o tomar decisiones, pensamientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o un intento de suicidio. ⁸
DEFINICION OPERACIONAL	El Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) es la herramienta más utilizada para el cribado de la depresión en la atención primaria. ²⁸ La precisión diagnóstica de PHQ-9 en comparación con los diagnósticos realizados por entrevistas de diagnóstico semiestructuradas es mayor que cuando se compara con los diagnósticos realizados por otros estándares de referencia. ²⁸ La puntuación de corte estándar de 10 o más maximiza la sensibilidad y la especificidad . ²⁸
TIPO DE VARIABLE / ESCALA DE MEDICION	Cualitativa Nominal Dicotómica
INDICADOR	Con presencia de depresión mayor Sin presencia de depresión mayor

INSTRUMENTOS DE MEDICION

CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDD-Q; Phillips, Atala, y Pope, 1995); traducido y adaptado al castellano por Giraldo-O'Meara y Belloch en el año 2018. Es una escala de medida muy empleada en contextos clínicos que ha demostrado altos niveles de especificidad y sensibilidad, la cual se diseñó para el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) tomando como referencia los criterios del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales-IV (DSM-IV).¹⁵

Utilizando preguntas cerradas, pregunta a los encuestados si sus preocupaciones sobre la apariencia son fuente de preocupación y, de ser así, evalúa el grado en que causan angustia o interfieren con el funcionamiento social u ocupacional de la persona.¹⁴

El cuestionario fue desarrollado como un instrumento de cribado de TDC en entornos psiquiátricos y fue validado en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, mostrando alta sensibilidad (100%) y especificidad (89%).¹⁴

En una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados la sensibilidad fue del 100% y la especificidad fue del 93%. Una versión ligeramente modificada del cuestionario fue validada en una muestra de pacientes de dermatología y presentó alta sensibilidad y especificidad (100% y 92% respectivamente).¹⁴

El CTDC se puede utilizar con éxito además de en entornos psiquiátricos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, entornos dermatológicos y de cirugía plástica, para detectar la presencia de TDC.¹⁵

El CTDC se presenta como un formato de autoinforme, aunque también puede ser completada como entrevista clínica. Incluye 12 ítems, formulados como preguntas, con distintos formatos de respuesta (sí/no, de respuesta abierta y de opción múltiple), los cuales evalúan insatisfacción corporal, malestar, interferencia en las distintas áreas de funcionamiento, consecuencias de la evitación, y cantidad de tiempo empleado pensando en las preocupaciones.²⁹

Las dos primeras preguntas evalúan las preocupaciones sobre la apariencia (aspecto físico) utilizando un formato de respuesta sí/no; la tercera pregunta consiste en numerar las partes del cuerpo con las que la persona no está satisfecha o no son de su agrado, por lo que es de respuesta abierta.²⁹ La cuarta pregunta se utiliza para excluir a las personas que están principalmente preocupadas por el peso, con el fin de determinar si un trastorno alimentario sería un diagnóstico más correcto.²⁹ El quinto ítem tiene un formato de respuesta sí/no, y se

relaciona con la frecuencia con que la persona experimenta angustia/malestar.²⁹ El sexto ítem (sí/no) y el séptimo (respuesta abierta) abordan preguntas referidas a la interferencia con las actividades sociales. En este último caso, el evaluado tiene que describir de qué manera interfiere la preocupación en su vida diaria.²⁹ El octavo (formato sí/no) y noveno ítem (formato abierto, para describir como interfiere en el trabajo) se centran en la interferencia laboral y/o académica.²⁹ La pregunta décima y undécima se refieren a la evitación.²⁹ Finalmente, la última pregunta (opción múltiple) está relacionada con el tiempo que se emplea en pensar en la apariencia de uno mismo en un día (menos de 1 hora al día, 1-3 horas al día, más de 3 horas al día).²⁹

Para establecer un diagnóstico de TDC las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 10, deben ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona dedica a pensar en el defecto, debe ser al menos una hora al día.²⁹ La última pregunta: "¿Su principal preocupación con respecto a su apariencia es que no es lo suficientemente delgado o puede estar gordo?", se usó para excluir a las personas cuya preocupación principal es no ser lo suficientemente delgadas, para no sobre diagnosticar el TDC cuando el trastorno alimentario podría ser un diagnóstico más preciso.²⁹ (Ver anexo 1)

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

La detección de la depresión se puede realizar mediante instrumentos de auto aplicación para identificar a los pacientes que pueden tener depresión, pero no han sido identificados.²⁸

Cuando se recomiendan programas de detección, se recomienda a los médicos que administren un cuestionario de síntomas de depresión y que utilicen un umbral de corte previamente identificado para clasificar a los pacientes con resultados de detección positivos o negativos.²⁸

Aquellos con resultados de detección positivos pueden evaluarse para determinar si tienen depresión y, si corresponde, se les debe ofrecer tratamiento.²⁸

El Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) es un cuestionario de nueve elementos diseñado para detectar la depresión en la atención primaria y otros entornos médicos. La puntuación de corte estándar para la detección para identificar una posible depresión mayor es 10 o más.²⁸

El PHQ-9 consta de sólo 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas previas a la entrevista, cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días", de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V). El PHQ-9 incluye una pregunta extra que también permite profundizar el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria de la persona.³¹

El PHQ-9 permite monitorizar la respuesta al tratamiento de la depresión. Ha sido traducido a más de 70 idiomas diferentes y dialectos por lo que su uso está avalado internacionalmente, se considera una medida de detección de la depresión mayor en entornos de atención primaria.³¹ (Ver anexo 2)

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. El estudio fue realizado en las instalaciones del Hospital de Psiquiatría Morelos, de la Ciudad de México, posterior a la autorización de los comités de Ética y de Investigación del Centro Médico Nacional La Raza.
2. Se solicitó a los médicos de los distintos servicios que identificaran a los adultos de 18 a 59 años con diagnóstico de depresión mayor que cumplieran con los criterios de inclusión y que los remitieran a la investigadora.
3. La investigadora, les dio una explicación amplia del estudio, y a aquellas personas que aceptaron participar en la investigación, se les pidió firmar el consentimiento bajo información por escrito (Ver Anexo 4).
4. A los pacientes con depresión mayor y puntuación ≥ 10 en el cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9), se les aplicó el cuestionario de trastorno dismórfico corporal, en un consultorio en donde solo se encontraban el aplicador y el paciente, se les explicó la forma de llenado de los cuestionarios, y se resolvieron dudas durante la aplicación
5. Se tomaron los datos personales y diagnósticos del expediente clínico y demás información por parte del paciente, asentándose en la hoja de recolección de datos.
6. Una vez obtenida el total de la muestra, se creó una base de datos en el programa de Excel de Office.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Par dar respuesta al objetivo general del estudio se realizó un análisis estadístico descriptivo que contempló medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

- a. **Recursos Humanos:** se contó con un asesor clínico y metodológico especialistas en psiquiatría, con amplia experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente de la especialidad en psiquiatría.
- b. **Recursos Físicos:** Infraestructura del Hospital Psiquiátrico Morelos, de la Ciudad de México.
- c. **Recursos Materiales:** Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, cuestionarios, gomas, papetería Office.
- d. **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La investigación será realizada en base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, conforme el artículo 17 fracción I, el cual clasifica a la investigación como sin riesgo, riesgo mínimo y riesgo mayor. A este estudio se le clasificó como de **“riesgo mínimo”** debido a que es parte de los estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes, como los exámenes físicos, psicológicos de diagnósticos tratamiento rutinarios, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas.

Este estudio se desarrollará en base a lo que establece la Ley General de Salud en el artículo 100 (última reforma publicada DOF 14-10-2021) que en el TITULO QUINTO “Investigación para la salud” CAPÍTULO ÚNICO establece las siguientes disposiciones y artículos ³³:

Artículo 101: Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes. ³³

Artículo 102: citando “La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos”. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente: Solicitud por escrito, Información básica farmacológica y preclínica del producto, Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere, Protocolo de investigación, y Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.³³

Artículo 103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.³³

El estudio es con la intención de realizar medidas preventivas y mejorar el seguimiento de los participantes y posteriores individuos, los participantes y los tutores deberán firmar tanto

el consentimiento para poder realizar la investigación, y el estudio estará en seguimiento por el médico residente y asesor.

Se apega la investigación al Código de Núremberg, en el que se deben tomar las precauciones adecuadas, para proteger al sujeto implicado, para evitar algún tipo de lesión, incapacidad o muerte. El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo. En la declaración de Helsinki, en el año de 2013, en su última actualización, refiere: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra constó de 63 participantes de los cuales, 59 cumplieron con los criterios de selección. Sobre estos últimos, se presentan los siguientes datos.

El 78% (**n= 46**) de los participantes de la muestra de estudio fueron mujeres, 22% (n=13) hombres. La edad mínima de los participantes fue de 18 años y la edad máxima de 58 años con una edad media de 29.1 años y desviación estándar de 11.03.

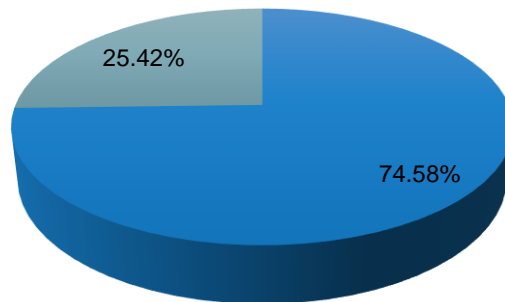
Respecto al estado civil el 79.6% (n= 47) solteros, casados 8.47% (n= 5), divorciados 3.39% (n= 2) y unión libre 8.47% (n= 5).

En cuanto a la escolaridad 23.73% (n= 14) contaban con licenciatura, 59.32% (n= 35) con bachillerato, 13.56% (n= 8) con secundaria y 3.39% (n= 2) con primaria.

Se encontró que el 49.15% (n= 29) eran empleados, con autoempleo 5.08% (n= 3), el 6.78% (n= 4) amas de casa, 33.90 % (n= 20) estudiantes y 5.05% (n= 3) sin actividad

Para establecer un diagnóstico de TDC con el cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal, las respuestas a las dos primeras preguntas, y al menos a una entre la 4 y la 12, debieron ser afirmativas. Además, el tiempo que la persona se dedicaba a pensar en el defecto, debió ser mayor o igual a una hora al día.

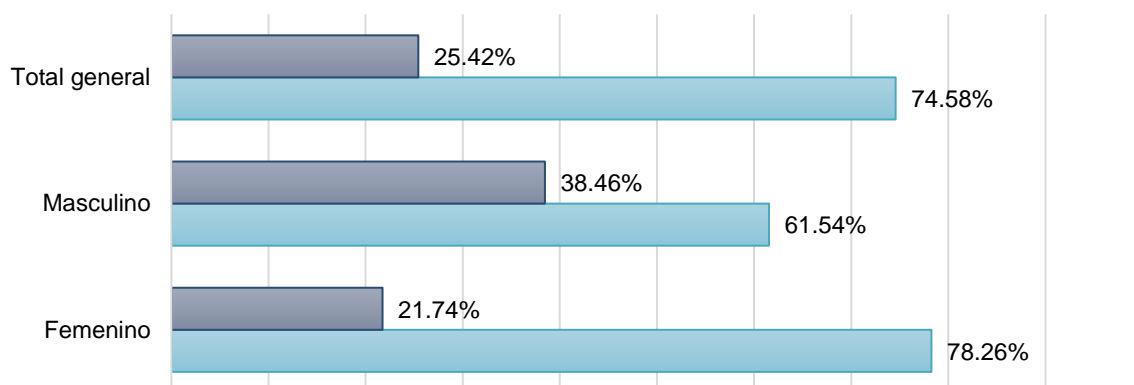
Gráfica 1. Frecuencia del TDC en pacientes adultos con diagnóstico de depresión mayor



- Pacientes con diagnóstico de depresión que presentaron TDC
- Pacientes con diagnóstico de depresión que no presentaron TDC

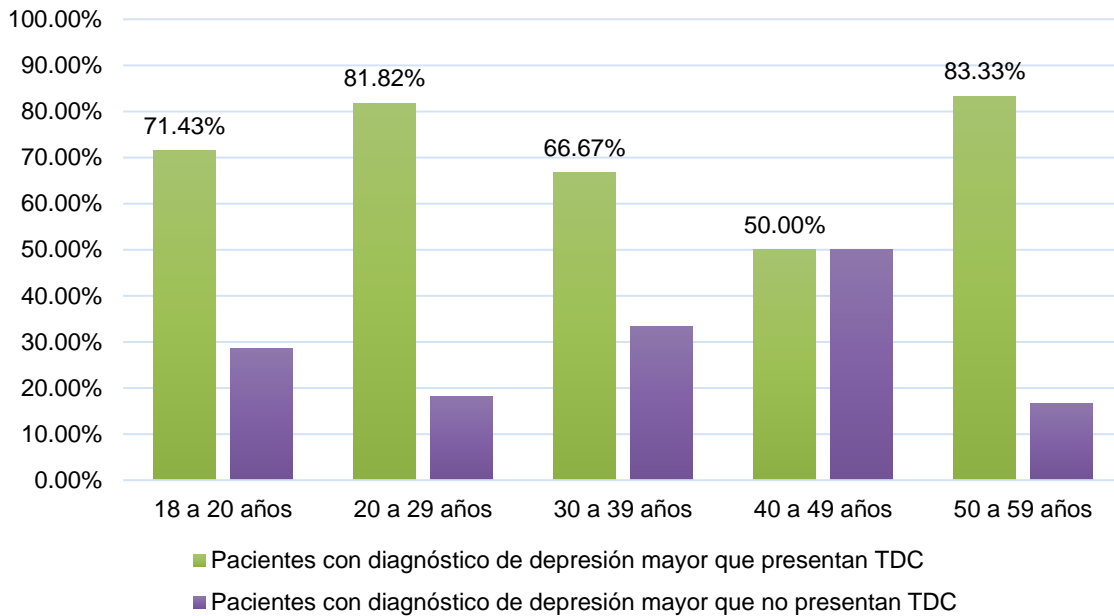
El 74.58 % de pacientes con depresión mayor obtuvieron un resultado positivo en el cuestionario de Trastorno dismórfico corporal (gráfica 1) (81.82% fueron mujeres y 18.18% hombres – gráfica 2). En el 25.42% de los pacientes con diagnóstico de depresión mayor que obtuvieron un resultado negativo en el cuestionario de Trastorno dismórfico corporal (gráfica 1) 66.67% son mujeres y 33.33% son hombres (gráfica 2).

Gráfica 2. Frecuencia de TDC en pacientes con diagnóstico de depresión mayor por sexo



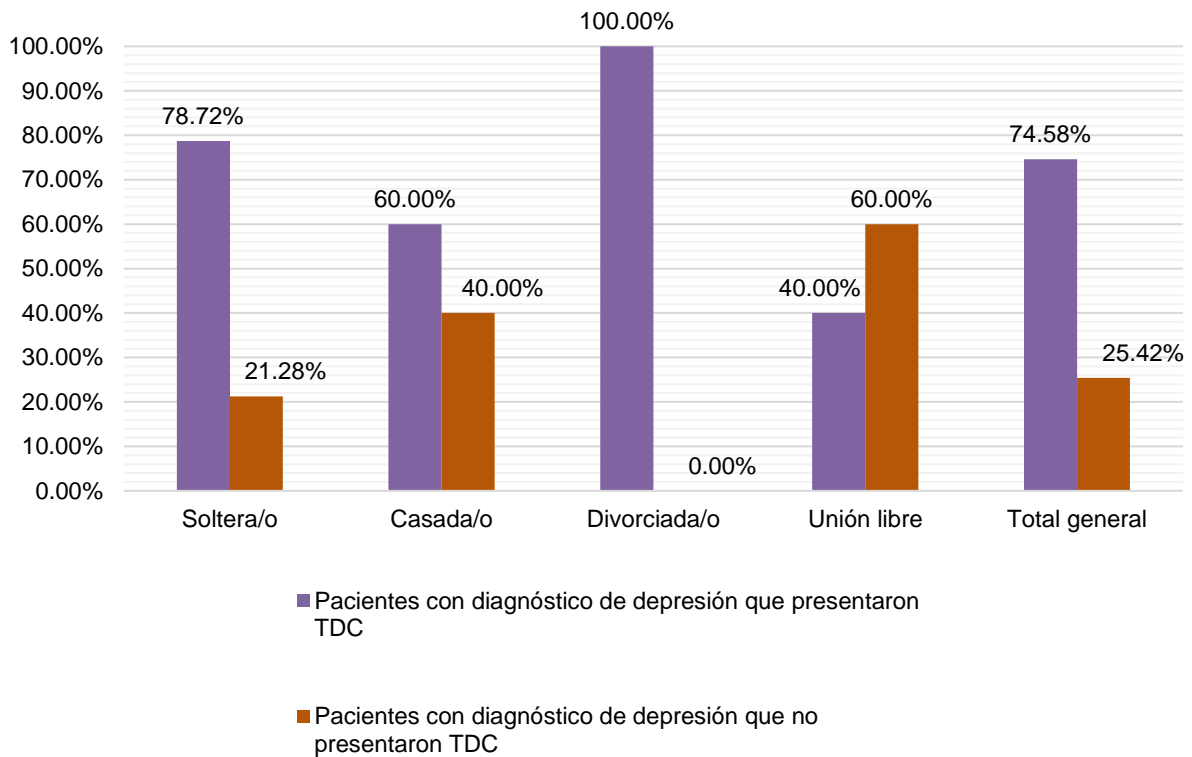
- Pacientes con diagnóstico de depresión que no presentaron TDC
- Pacientes con diagnóstico de depresión que presentaron TDC

3. Pacientes con diagnóstico de depresión y TDC por grupo etario



De los pacientes con depresión mayor que obtuvieron un resultado positivo en el cuestionario de Trastorno dismórfico corporal el 71.43% (n=31) se encontraron entre los 18 a 20 años de edad, el 81.82 % (n=32) entre los 20 a 29 años de edad, el 66.67% (n=26) entre los 30 a 39 años de edad, el 50% (n=20) de los 40 a 49 años de edad, y el 83.33%(n=33) en los 50 a 59 años de edad.

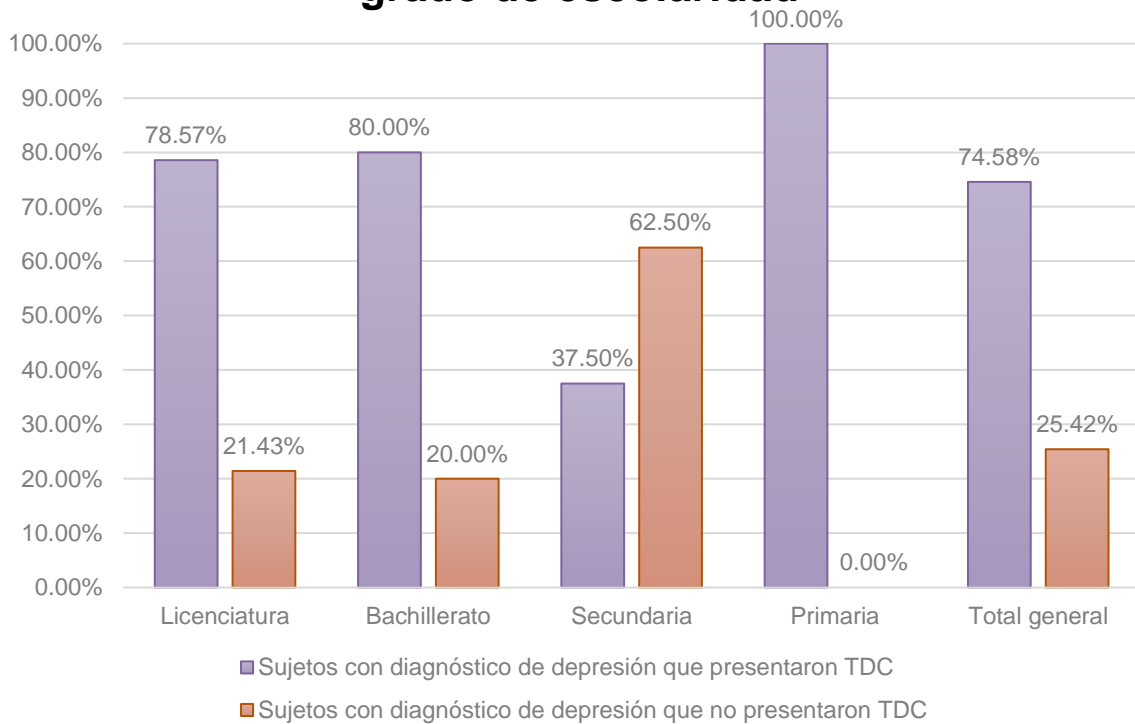
Gráfica 4. Frecuencia de TDC en pacientes con diagnóstico de depresión mayor por estado civil



En la gráfica 4 se puede observar la distribución de los pacientes con depresión que presentaron TDC de acuerdo con el estado civil.

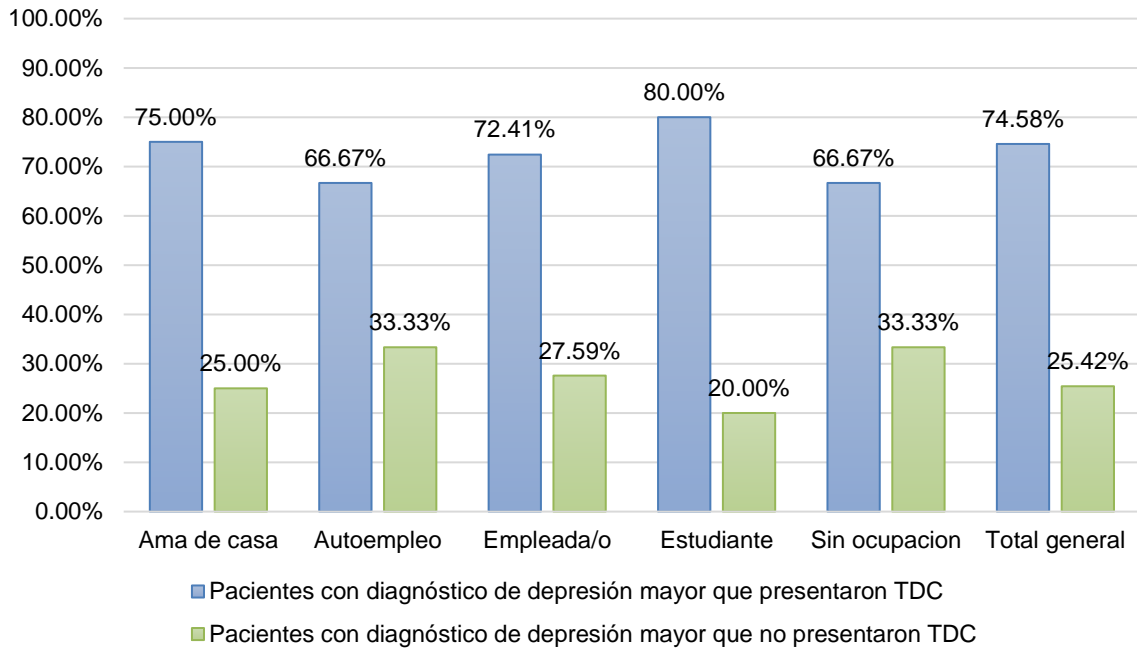
La frecuencia fue del 78.72% (n= 37) para los solteros/as, 60% (n= 3) para los casados/as, 100% (n=2) para los divorciados/as, y 40% (n= 2) en el caso de aquellos pacientes de la muestra que reportaron estar en unión libre.

Gráfica 5. Frecuencia de TDC en pacientes con diagnóstico de depresión mayor por grado de escolaridad



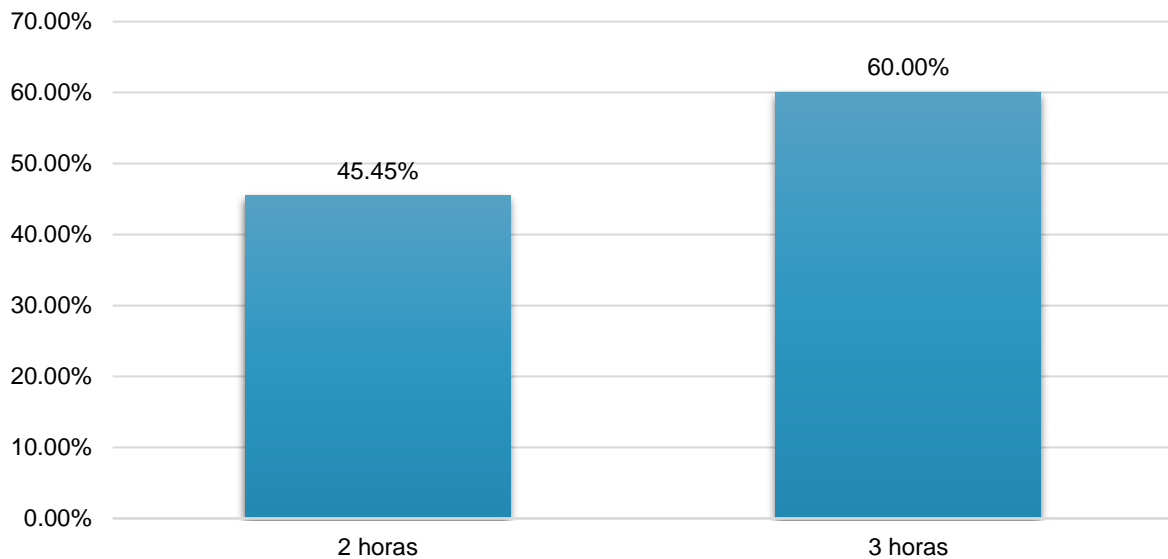
En la gráfica 5 se observa el porcentaje de pacientes con depresión que presentaron TDC de acuerdo con su escolaridad. La frecuencia fue del 78.57 % (n= 11) para pacientes con licenciatura, el 80% (n= 28) para aquellos con nivel bachillerato, 37.50% (n= 3) para grado secundaria y 100% (n=2) para grado primaria.

Gráfica 6. Frecuencia de TDC en pacientes con diagnóstico de depresión mayor por ocupación



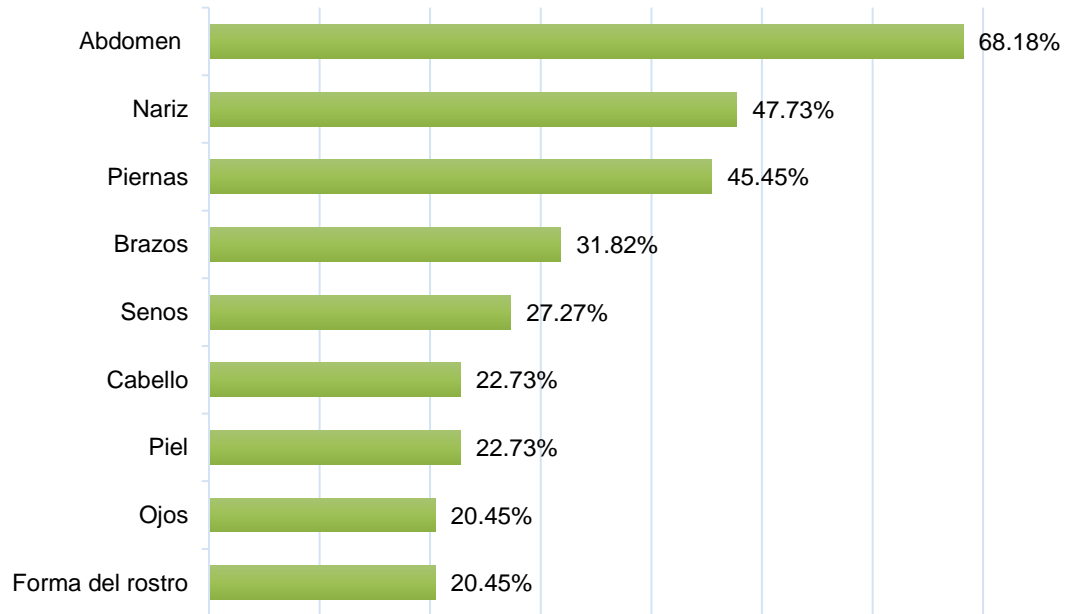
En la gráfica 6 se observa el porcentaje de pacientes con depresión que presentaron TDC de acuerdo con su ocupación. La frecuencia fue del 75% (n= 3) para amas de casa, 66.67% (n= 2) para pacientes con autoempleo, 72.41% (n= 21) para empleados/das, 80% (n= 16) para estudiantes, y el 66.7% (n= 2) para los pacientes sin ocupación.

Gráfica 7. Horas al día que emplean los pacientes con depresión y TDC en preocuparse por su aspecto



En la gráfica 7 se observa la distribución de los pacientes con depresión y TDC en relación a la cantidad de tiempo al día empleada en preocuparse por su aspecto físico. (respuesta de la pregunta 13 en el Cuestionario del trastorno dismórfico corporal, la cual es decisiva para determinar la probable presencia del trastorno, se refiere al tiempo que emplea una persona en pensar en su aspecto físico que debe ser > a 1 hora), el 45.45% indicó emplear 2 horas diariamente, y el 60%, 3 o más horas en preocuparse por su aspecto físico.

Gráfica 8. Partes del cuerpo que los pacientes con depresión mayor y TDC mencionaron que no les gustan



Los 44 pacientes con depresión y TDC respondieron a la solicitud de listar las partes del cuerpo que no les gustaban. En total mencionaron a 29 partes del cuerpo. En la gráfica 8 podemos observar las 9 partes del cuerpo que obtuvieron más menciones, destacando que el abdomen fue la parte del cuerpo que representó la preocupación más frecuente al ser mencionada por el 68.18% (n= 30) de estos pacientes, seguido por la nariz y las piernas, que fueron mencionadas por el 47.73% (n= 21) y el 45.45% (n= 20), respectivamente. Las partes del cuerpo que fueron mencionadas por menos del 20% de los pacientes se enlistan a continuación:

Partes del cuerpo	Porcentaje de menciones
Cadera	18.18%
Pies	18.18%
Manos	15.91%
Complexión	13.64%
Boca	11.36%
Cicatrices	11.36%
Estatura	11.36%
Dientes	9.09%
Mandíbula	9.09%
Genitales	6.82%
Mejillas	6.82%
Tono de piel	6.82%
Arrugas	6.82%
Glúteos	6.82%

Partes del cuerpo	Porcentaje de menciones
Papada	6.82%
Estrías	4.55%
Cintura	4.55%
Frente	4.55%
Cejas	2.27%
Orejas	2.27%

DISCUSION

El estudio tuvo como objetivo principal conocer la frecuencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital psiquiátrico Morelos.

La frecuencia del TDC encontrada fue del 74.58%, mayor que la reportada en el estudio de Nierenberg y Phillips (2002). (14.4%) de) Existen diferencias entre los dos estudios que pueden explicar la disparidad en las frecuencias encontradas, el estudio de Nierenberg y Phillips (2002) obtuvo su población de estudio a través de un muestreo aleatorio, obteniendo una muestra de 350 pacientes en donde la proporción entre hombres y mujeres fue muy parecida (192 mujeres y 158 hombres), del promedio de edad fue mayor (39.7 ± 10.5 años) y se utilizaron instrumentos diferentes a los de este estudio para la detección de depresión mayor y el trastorno dismórfico corporal , además de darse a la tarea de identificar otras comorbilidades como trastornos de personalidad .

En el presente estudio el muestreo fue por conveniencia, obteniendo una mayor proporción de mujeres (78%) y una población de estudio más joven ($29.1 \pm$ años). El diagnóstico de depresión mayor se realizó al obtener un puntaje ≥ 10 en la escala de PHQ-9, lo que limitó el aumento de la muestra. Los datos obtenidos dependen del entorno del estudio, incluida la prevalencia de la enfermedad en la muestra examinada en donde se tiene evidencia de que hasta el 13 al 16% de pacientes en un entorno psiquiátrico padecen TDC ³⁸. Los resultados de estudios de prevalencia anteriores sugieren que las tasas de TDC varían significativamente según la población estudiada, el tamaño de la muestra y los métodos de evaluación, lo que puede ser el resultado de diferencias y limitaciones metodológicas (por ejemplo, poblaciones no representativas, tamaños de muestra pequeños y métodos de evaluación insuficientes.

El estudio de Gunstad y Phillips (2003) llamado Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder en donde se examinó una muestra de 293 sujetos , un hallazgo similar al de este estudio , en donde había un grupo de sujetos de estudio con diagnóstico de TDC que cumplían con los criterios diagnósticos del DSM 4, sin tratamiento farmacológico y otro con tratamiento farmacológico a base de Fluvoxamina , a ambos se aplicó una entrevista semiestructurada del DSM III -R para diagnosticar depresión mayor , por lo que se determinó que al grupo sin tratamiento el 75% presentó comorbilidad del TDC con TDM y el 75% de los pacientes con tratamiento para TDC el 78% tenían TDM .

Entre las fortalezas de nuestro estudio se encuentra el uso de instrumentos validados que se han utilizado en investigaciones internacionales, además de ser herramientas con una alta sensibilidad y especificidad para la detección de los trastornos en cuestión.

Es el único estudio acerca del Trastorno dismórfico corporal realizado en el Hospital de Psiquiatría Morelos, en el que se pretende detectar la presencia de un trastorno que la mayoría de las veces cursa infradiagnosticado

Entre las limitaciones se encuentra la naturaleza unicéntrica y una muestra elegida de manera no aleatoria, con una población en donde la mayoría ya contaba con seguimiento en el hospital, principalmente por depresión mayor, así como uso de psicofármacos

De manera similar a la mayoría de las investigaciones la detección de los trastornos se realizó mediante instrumentos, para confirmar el diagnóstico se requiere el uso de criterios específicos, la presencia de los síntomas durante un tiempo determinado y la evidencia de deterioro funcional en la vida del paciente, por lo que se debe realizar una evaluación integral.

CONCLUSIONES

El trastorno dismórfico corporal (TDC) puede ser un trastorno psiquiátrico grave y, a menudo debilitante que ha sido poco reconocido y diagnosticado en gran medida. Se caracteriza por una preocupación por un defecto imaginario, o en el caso de una anomalía física leve, la preocupación de la persona es marcadamente excesiva.² El TDC se caracteriza por conductas que consumen mucho tiempo, como mirarse en un espejo, comparar características particulares con las de otros, tácticas de camuflaje excesivas para ocultar el defecto, pellizcarse la piel y buscar tranquilidad.²

El objeto de preocupación puede estar en la cara, la piel, el pecho, los genitales, etc., sin ningún dato objetivo que lo justifique. Presenta comorbilidad con los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el TOC y los trastornos de personalidad evitativo, obsesivo y narcisista. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos delirantes y los trastornos de somatización.³⁶

Las farmacoterapias de primera línea para el TDC son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que parecen requerir dosis relativamente altas y períodos de prueba prolongados.³⁶

La intervención no farmacológica más respaldada empíricamente para el TDC es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que es un tratamiento de tiempo limitado centrado en los síntomas que implica psicoeducación, reestructuración cognitiva, reentrenamiento perceptual/espejo, prevención de exposición y respuesta y prevención de recaídas. Es más probable que los pacientes con sintomatología grave como ideas delirantes busquen tratamiento de profesionales no psiquiátricos, como cirujanos estéticos, dermatólogos y dentistas, para sus problemas de TDC.³⁵

La finalidad de este estudio fue identificar en la población del Hospital psiquiátrico Morelos las frecuencias de dicho padecimiento, asociado al trastorno depresivo mayor que aumenta la gravedad del padecimiento. La evidencia de que los pacientes con TDM presentan, de manera frecuente, TDC representa un avance en el conocimiento de esta comorbilidad y ayudará a plantear la necesidad de una valoración más detallada y un manejo acorde a las características de cada individuo que debe incluir tratamiento farmacológico y terapia cognitivo conductual.

BIBLIOGRAFIA

1. Fang, A., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 287–300. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.003>
2. Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutricion Hospitalaria*, 28(1), 27–35. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
3. Krebs, G., De La Cruz, L. F., & Mataix-Cols, D. (2017). Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 20(3), 71–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702>
4. Kandeger, A., Guler, H. A., Egilmez, U., & Guler, O. (2018). Major depressive disorder comorbid severe hydrocephalus caused by Arnold – Chiari malformation Does exposure to a seclusion and restraint event during clerkship influence medical student' s attitudes toward psychiatry *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 2017–2018. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry>
5. Rodríguez Bohórquez María. (2018). Intrusiones cognitivas en el trastorno dismórfico corporal. *Universidad de Cádiz*, 1, 43. [https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/21736/Rodin%2C TFG%2C Intrusiones cognitivas en el trastorno dismórfico corporal%2C María Rodríguez Bohórquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/21736/Rodin%2C%20TFG%2C%20Intrusiones%20cognitivas%20en%20el%20trastorno%20dismórfico%20corporal%2C%20María%20Rodríguez%20Bohórquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.
7. Feusner, J. D., Yaryura-Tobias, J., & Saxena, S. (2008). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.002>
8. Giraldo-O'Meara, M., & Belloch, A. (2017). El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 69–84. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929>
9. Wilhelm Sabine, Phillips A. Katharine, S. G. (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for body dysmorphic disorder. A treatment manual*. Guilford Publications, 3–22.
10. Koenig, Z. A., Callaham, S., Bretaña, V. De, Bosley, J., Mogallapu, R., & Ang-rabanes, M. (2021). *Perspectivas del trastorno dismórfico corporal en un entorno psiquiátrico hospitalario*.

11. Jimenez, T. R., & Salgado, F. B. (2021). iMedPub Journals Disorder: A Major Underdiagnosed Mental Lazaro Valdelamar Gale Health Problem Abstract Body dysmorphic disorder. 1–4.
12. Thungana, Y., Moxley, K., Lachman, A. (2018) S Afr J Psychiatr. (Body dysmorphic disorder: A diagnostic challenge in adolescence. 24:114.
13. Phillips, K. A., Phillips, K. A., Hospital, B., & Behavior, H. (1999). Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and. *Psychiatric quarterly*, Vol. 70, No. 4, Winter 1999, 70(4).
14. Phillips, K. A. (1998). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford Univ Pr (T); Edición Reprint (1 abril 1998).
15. Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *The BMJ*, 365. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1476>
16. Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-panozo, E., Rodriguez-gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ) -2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. 73(9), 1076–1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
17. Pérez-padilla, E. A., Cervantes-ramírez, V. M., Hijuelos-garcía, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. 28(2), 73–98.
18. Nierenberg, A. A., Phillips, K. A., Petersen, T. J., Kelly, K. E., Alpert, J. E., Worthington, J. J., Tedlow, J. R., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (2002). Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression q. 69(May 1995), 141–148.
19. Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9)
20. Sarwer, D. B., Zanville, H. A., LaRossa, D., Bartlett, S. P., Chang, B., Low, D. W., & Whitaker, L. A. (2004). Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 114(7), 1927–1933. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000142999.86432.1F>
21. Phillips, K. A., & Stout, R. L. (2006). Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social

phobia. *Journal of Psychiatric Research*, 40(4), 360–369.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.10.001>

22. Phillips, K. A., Didie, E. R., & Menard, W. (2007). Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.006>
23. Eskander, N., Limbana, T., & Khan, F. (2020). Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus*, 12(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
24. Berta J. Summers, Ph. George Aalbers, Payton J. Jones, Richard J. McNally, Katharine A. Phillips, S. W. (2021). A Network Perspective on Body Dysmorphic Disorder and Major Depressive Disorder. *Physiology & Behavior*, 176(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.011.A>
25. Phillips, K. A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 14(12), 58–66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2361388/>
26. O'MEARA, M. G. (2017). Universalidad y dimensionalidad de los pensamientos intrusos relacionados con el aspecto físico y su relación con la habilidad metacognitiva. *Universidad de valencia*, 13(3), 1576–1580.
27. Dufresne, R. G., Phillips, K. A., Vittorio, C. C., & Wilkel, C. S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery*, 27(5), 457–462. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2001.00190.x>
28. Levis, B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: Individual participant data meta-analysis. *The BMJ*, 365. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1476>
29. Dufresne, R. G., Phillips, K. A., Vittorio, C. C., & Wilkel, C. S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery*, 27(5), 457–462. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2001.00190.x>
30. Final, T., Sanitaria, G., & Jaume, U. (2018). Eficacia de una nueva App-móvil para el cambio de creencias sobre síntomas dismórficos.

31. Baader M, Tomas, Molina F, José Luis, Venezian B, Silvia, Rojas C, Carmen, Farías S, Renata, Fierro-Freixenet, Carlos, Backenstrass, Mathias, & Mundt, Christoph. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1),10-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>.
32. Nicolini, H. (2012). Repitiendo una y otra vez; la enfermedad Obsesivo Compulsiva. *Revista Digital Universitaria*, 1–20. <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num3/art33/art33.pdf>
33. Ley general de salud. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, Nueva Ley (Última reforma publicada DOF 22-11-2021), 1–202. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
34. Sarwer, D. B., Crerand, C. E., & Magee, L. (2010). Body Dysmorphic Disorder in Patients Who Seek Appearance-Enhancing Medical Treatments. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 22(4), 445–453. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.002>
35. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal: tratamiento. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2005.
36. Cercós, C. L., Calabuig, J. A. G., & Blanque, A. S. (2022). NEUROSIS. In Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicológica* (Seventh Edition). Elsevier España, S.L.U. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-096-3/00084-7>.
37. Phillips, K. A., Phillips, K. A., Hospital, B., & Behavior, H. (2017). Body Dysmorphic Disorder and Depression: Theoretical Considerations And. *PSYCHIATRIC QUARTERLY*, Vol. 70, No. 4, Winter 2017, 70(4).

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ²⁶

Nombre _____

Fecha: _____

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente y rodea la respuesta que más se ajuste a tu caso. Además, rellena las preguntas que se incluyen.

1) ¿Estás preocupado(a) por tu aspecto físico? **SI** **NO**

2) -Si la respuesta es Sí: ¿Piensas mucho en tus problemas de apariencia y desearías pensar menos en ellos?

SI **NO**

3) -Si la respuesta es Sí: Por favor, haz una lista de las partes de tu cuerpo que NO te gustan:

Ejemplos de partes del cuerpo que pueden no gustarte: tu piel (p.e., acné, cicatrices, arrugas, palidez, enrojecimientos); pelo; la forma o tamaño de tu nariz, boca, mandíbula, labios, abdomen, caderas, etc.; o defectos en tus manos, genitales, pechos o cualquier otra parte del cuerpo.

NOTA: Si respondiste "NO" a cualquiera de las preguntas anteriores, has finalizado el cuestionario. Si no es así, continúa.

4) ¿Tu principal preocupación con respecto a tu apariencia es que no eres suficientemente delgado(a) o que puedes estar gordo(a)?

SI **NO**

5) ¿Cómo ha afectado tu vida tu preocupación sobre el aspecto físico?:

6) ¿Te molesta con frecuencia? **SI** **NO**

7) ¿Ha interferido en hacer cosas con tus amigos, en salir, relacionarte con otras personas, o en tus actividades sociales de forma frecuente? **SI** **NO**

8) -Si la respuesta es Sí: Describe cómo te ha afectado:

9) ¿Te ha generado algún problema en la universidad, trabajo, o en otras actividades?

SI **NO**

10) -Si la respuesta es Sí: ¿Qué problemas?

11) ¿Hay cosas que evitas debido a tu aspecto físico? **SI** **NO**

12) -Si la respuesta es Sí:

¿Cuáles?

13) En un día normal, ¿cuánto tiempo empleas pensando en tu apariencia? (suma todo el tiempo que empleas en total en un día y después selecciona una de las siguientes opciones).

a) Menos de una hora al día **b) De 1 a 3 horas al día** **c) Más de 3 horas al día**

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una “✓” para indicar su respuesta)

	Nunca	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Poco interés o agrado al hacer las cosas				
2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
3. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
4. Se siente cansado o tiene poca energía.				
5. Tiene poco o excesivo apetito				
6. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia				
7. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión				
8. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				

Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO
Hospital de Psiquiatría Morelos

“ Frecuencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.”

Iniciales: _____ **No. expediente:** _____

Grado de Escolaridad: _____ **Edad:** _____

Diagnostico: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Sexo: () Femenino () Masculino

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO Hospital Psiquiátrico Morelos	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Frecuencia del Trastorno Dismórfico Corporal en pacientes adultos con depresión mayor en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.	
Lugar y fecha:	Ciudad de México a:	
Número de registro:	PENDIENTE	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: Es importante identificar la presencia del Trastorno dismórfico corporal en pacientes con depresión mayor ya que es un punto clave en el desarrollo, curso y efectividad del tratamiento.</p> <p>Objetivo: Determinar la frecuencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes adultos de 18 a 59 años de edad con depresión mayor que acuden al Hospital Psiquiatría Morelos del IMSS, ayudando al diagnóstico e implementación del tratamiento adecuado mejorando así la calidad de vida del paciente.</p>	
Procedimientos:	A los pacientes adultos que obtengan una puntuación ≥ 10 en el cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ-9), se aplicará el Cuestionario de trastorno dismórfico corporal, lo anterior se realizara en un consultorio en donde se resolverán dudas acerca del llenado de los cuestionarios.	
Posibles riesgos y molestias:	La presente investigación se considera de riesgo mínimo, en el caso de que surja alguna duda podrá externarla al investigador, el cual atenderá sus inquietudes y resolverá sus dudas.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio de manera directa, podrá a ayudar a identificar sintomatología característica de Trastorno dismórfico corporal, ya que la información obtenida, servirá para generar estrategias de atención, diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento adecuado.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los pacientes cuyos resultados sean sugestivos de padecer Trastorno dismórfico corporal, se entregarán al paciente, quedando a consideración de este el compartirlos o no.	
Participación o retiro:	Entiendo que la participación en este estudio es absolutamente voluntaria; y que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que ello afecte mi atención en la unidad.	
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.	
Beneficios al término del estudio:	La información obtenida servirá para mejorar la atención de los pacientes en el Hospital de Psiquiatría Morelos, dando importancia a la detección del Trastorno dismórfico corporal en pacientes con depresión mayor, e iniciar el tratamiento adecuado, mejorando así la calidad de vida del paciente.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Colaboradores:	Dra. Tonantzin Scarlette Ortiz Bueno Médico Residente de tercer año de Psiquiatría. Teléfono: 7331896808 Correo: sscarbeat@gmail.com	
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del paciente que participa en el estudio	<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	