



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE MEDICINA**

“Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal, una patología infravalorada en la consulta inicial del paciente de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1 de la ciudad de Quito de Octubre del 2019 a Febrero del 2020”

Proyecto de Investigación presentado como requisito para aprobar el trabajo de titulación, para optar por el Título de: Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUTOR(ES)**

- Mena Iza Williams Gustavo
- Moreno González Ivo Ricardo

**NOMBRE DEL (LOS) TUTOR(ES)**

**DR. BYRON NOROÑA CEDEÑO, DIRECTOR DE TESIS  
DR. GADY TORRES, DIRECTOR METODOLÓGICO**

Quito, Febrero 2020.

Dedicatoria:

Dedicado a las personas que hacen posible que esto se conviertan en realidad, a todas las personas que estuvieron junto a nosotros en cada paso que dimos para construir este sueño, a cada paciente que tuvimos que ver y atender ayudando en nuestra formación y aprendizaje; dedicado a las personas que han sido y seguirán siendo influencia en nuestra formación poniendo ese granito de arena en este camino. Dedicado aquellas personas que entraron al final a formar parte de nuestras vidas como un apoyo brindándonos alegrías y felicidad a nuestros corazones.

Agradecimientos::

A nuestros familiares, profesores y tutores de la tesis que permitieron culminar tan arduo trabajo para completar nuestra formación.

Williams Mena

A mi familia que siempre me brindó su apoyo incondicional para perseguir mis objetivos, a mis maestros en las aulas y hospitales que me dieron la oportunidad de conocer esta maravillosa especialidad que es la Cirugía Plástica.

Ivo Moreno

## **RESUMEN:**

**ANTECEDENTES:** El trastorno dismórfico corporal (TDC) se define como un trastorno obsesivo que genera una preocupación fuera de lo normal. El mismo que es percibido en los rasgos físicos propios (autoimagen) los cuales son catalogados por el paciente como un defecto anormal.

**OBJETIVOS:** Medir la prevalencia del trastorno dismórfico corporal (TDC) y comorbilidades psicológicas asociadas en la consulta externa de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1 de la ciudad de Quito.

**METODOLOGIA:** Se realiza un estudio analítico trasversal, que contó con la participación de 200 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de Cirugía Plástica del Hospital de las Fuerzas Armadas de la Ciudad de Quito desde Octubre del 2019 hasta Febrero del 2020, obteniendo un total de 195 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y 5 fueron excluidos. Se utiliza un modelo de encuesta con preguntas abiertas y cerradas donde se valora demografía poblacional, prevalencia de TDC mediante la escala BDDQ (Body Dismorphic Disorder Questionary), y se miden comorbilidades asociadas como ansiedad y depresión con la escala EADG (escala de ansiedad y depresión de Goldberg). Para el análisis se utilizan medidas de tendencia central y medidas de asociación, T de student, valores de P con IC del 95%, y finalmente los datos se analizan en sistemas informáticos Excel, SPSS y Epi Info.

**RESULTADOS:** La prevalencia del trastorno dismórfico corporal en la población estudiada, representa el 17.95%, dentro de la misma el sexo femenino sigue siendo el grupo principal poblacional con el 55% y presentando un factor de riesgo con un OR 3.70 (I.C. 95% 1.61-9,44 valor de p 0.002), la edad donde hubo mayor presentación de los síntomas son sujetos menores de 38 años con principal énfasis en pacientes de 18 a 23 años con el 41%; las principales áreas de interés en cuanto al sexo femenino recaen sobre el peso, la nariz, la piel, los párpados y cejas, por otro lado en el sexo masculino las principales áreas de interés son la piel, la nariz, el peso y la constitución corporal; la presencia de comorbilidades psicológicas como ansiedad y depresión son de frecuencia elevada alcanzando un 43% para ansiedad y un 44% de depresión dentro de nuestra población constituyéndose en factores de riesgo para desarrollar TDC, se estima que la presencia de ansiedad puede elevar el riesgo de padecer TDC, OR 4,28 , (IC de 95% 1,92- 9,53) y con depresión se estima un riesgo con un OR 2,47, (IC de 95% 1,16 a 5,26).

**CONCLUSIONES:** son pocos los trabajos realizados, en la población local, que traten sobre la presencia de dismorfismo corporal. Se observó una alta prevalencia dentro de sujetos de primera consulta de cirugía plástica en una institución pública, identificándose factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta, en el momento de una primera entrevista, esto permitirá hacer una selección y derivación oportuna del paciente antes de ser sometido a cualquier procedimiento; mejorando la satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida, así como el evitar posibles conflictos entre los pacientes que aquejan esta patología en contra del personal médico como los cirujanos plásticos (parte importante en el manejo y tratamiento de estos pacientes) ya que pueden ser altamente demandantes y llevar a consecuencias inclusive en el ámbito legal.

### **Palabras clave:**

Prevalencia, Trastorno Dismórfico Corporal, Cirugía Plástica, Ansiedad, Depresión.

## **SUMMARY:**

**BACKGROUND:** Body Dysmorphic Disorder (BDD) is defined as an obsessive condition that generates an out of the ordinary concern. This condition is perceived by the patient in their own physical traits (self-image) which are classified by them as abnormal defects.

**OBJECTIVES:** To measure the prevalence of body dysmorphic disorder (BDD) and associated psychological comorbidities in the outpatient clinic of plastic surgery in the “Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1” located in Quito.

**METHODOLOGY:** A cross-sectional analytical study is carried out with 200 participants who attended to the outpatient Plastic Surgery Clinic of the “Hospital de las Fuerzas Armadas”, located in Quito, from October 2019 to February 2020. A total of 195 patients were compatible with the inclusion criteria; hence, 5 were excluded. A survey model (open and closed questions) is used. In these questions population demographics, prevalence of BDD using the scale proposed on the BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionary), comorbidities associated with anxiety and depression in the scale of Goldberg (GADS) are valued. For the analysis, measures of central tendencies and association, T of student, P values with 95% C.I.; finally this data is analyzed with informatics tools such as Excel, SPSS and Epi Info.

**RESULTS:** Body Dysmorphic Disorder prevails 17.95% of the studied population, out of this sample the feminine gender constitutes de main group with 55% and is representing a risk factor with OR 3.70 (C.I. 95% 1.61-9,44 value of p 0.002). The group in which a greater emphasis of symptoms was evidenced were individuals under the age of 38; a bigger tendency could be seen between the ages 18 and 23, representing 41%; the main areas of interest for the female gender were: weight, nose, skin, eyelids and brows; on the other hand, for the male gender, the main areas of interest were: skin, nose, weight and body shape. The presence of psychological comorbidities such as anxiety and depression have an elevated frequency, 43% for anxiety and 44% for depression in the sample, this constitutes a risk factor for developing BDD. It is estimated that the presence of anxiety could be a factor that elevated the risks of experiencing BDD, OR 4,28, (C.I. of 95% 1,92-9,53) with depression and estimated risk with an OR 2,47, (C.I. of 95% 1,16-5,26).

**CONCLUSIONS:** Very few investigations, within the local population, have been carried out about the presence of body diformism. A high tendency was observed in the individuals visiting for the first time the consult of plastic surgery in a public institution. Risk factors were identified, which should be taken into account on the moment of the first consult. This process could result in a more adequate selection and derivation of the patient before being subdued to any procedure; thus improving the satisfaction of the patients regarding the care given, as well as avoiding further conflicts for the individuals that suffer from this condition, against the medical staff and plastic surgeons (a very key part of the managing and treatment of these patients) considering that these patients can be highly demanding and consequences can go as far as the legal field.

## **Key Words:.**

Prevalence, Body Dysmorphic Disorder, Plastic Surgery, Anxiety, Depression.

## TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	MARCO TEÓRICO.....	2
2.1	Definición.....	2
2.2	Historia.....	2
2.3	Epidemiología y características demográficas:.....	2
2.4	Etiología:.....	4
2.5	El diagnóstico y el problema de su infra diagnóstico.....	4
2.6	Problemas en la práctica de cirugía plástica y su solución.....	5
2.7	Prevención y Tratamiento:.....	7
3	METODOLOGÍA.....	8
3.1	Justificación.....	8
3.2	Planteamiento del problema.....	8
3.3	Hipótesis.....	9
3.4	Objetivos.....	9
3.4.1	Objetivo general.....	9
3.4.2	Objetivos específicos:.....	9
3.5	Tipo y diseño de estudio.....	9
3.6	Operacionalización de variables.....	11
3.7	Población y muestra.....	13
3.8	Procedimiento de recolección de datos.....	14
3.9	Análisis estadístico.....	14
3.10	Aspectos bioéticos.....	14
3.11	Aspectos administrativos:.....	14
3.11.1	RECURSOS HUMANOS:.....	14
3.11.2	PRESUPUESTO:.....	15
3.11.3	Cronograma de actividades.....	15
4	RESULTADOS.....	16
4.1	Variables Análisis Univarial.....	16
4.1.1	Demográficas.....	16
4.1.2	Disconfort corporal.....	18
4.1.3	Valoraciones Previas en el Trastorno Dismórfico.....	21
4.1.4	Dismorfismo y salud mental.....	23
4.1.5	Satisfacción con la atención de Cirugía Plástica.....	26
4.2	Análisis multivariable.....	27
4.2.1	Variables demográficas y la presencia de Trastorno Dismórfico Corporal.....	27
4.2.2	Relación del trastorno dismórfico corporal con otras comorbilidades y calidad de atención recibida.....	32
5	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36

6	DISCUSIÓN.....	39
7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	42
7.1	Conclusiones.....	42
7.1.1	Fortalezas.....	43
7.1.2	Debilidades.....	43
7.2	Recomendaciones.....	43
8	BIBLIOGRAFÍA.....	44
9	ANEXOS.....	48
9.1	ANEXO 1: MODELO DE ENCUESTA.....	48
9.2	ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52

## **GLOSARIO Y ABREVIACIONES**

- BDD: Body Dysmorphic Disorder
- BDDQ: Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, Cuestionario De Trastorno Dismorifico Corporal
- BDD-YBOCS: Escala Compulsiva Modificada Para El Trastorno Dismórfico Corporal De Yale Brown
- DSM: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales
- EADG: Escala De Ansiedad Y Depresión De Goldberg
- EADG-A: Escala De Ansiedad Y Depresión De Goldberg - Ansiedad
- EADG-D: Escala De Ansiedad Y Depresión De Goldberg - Depresión
- IC: Intervalo De Confianza
- OMS: Organización Mundial De La Salud
- OR: Odds Ratio
- SPSS: Statistical Package For The Social Sciences
- TDC: Trastorno Dismórfico Corporal

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Edad En Años .....	16
Tabla 2 Sexo.....	16
Tabla 3 Estado Civil .....	17
Tabla 4 Escolaridad .....	17
Tabla 5 Ocupación .....	18
Tabla 6 Número de zonas que disgustan .....	18
Tabla 7 Ansiedad y Depresión en conjunto.....	24
Tabla 8 Relación entre la edad y la presencia de trastorno dismórfico corporal .....	27
Tabla 9 Relación entre el sexo femenino y la presencia de trastorno dismórfico corporal .....	27
Tabla 10 Relación del sexo con la cantidad de áreas de disconfort .....	29
Tabla 11 Ansiedad y la presencia de trastorno dismórfico corporal .....	32
Tabla 12 Depresión y riesgo de trastorno dismórfico corporal .....	33
Tabla 13 Ansiedad y Depresión como Riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal .....	34
Tabla 14 Trastorno Dismórfico Corporal y el nivel de satisfacción del usuario con la atención. ....	35
Tabla 15 Trastorno Dismórfico Corporal y Necesidad de una Segunda Opinión Medica .....	36

## LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1 Áreas de disconfort en hombres. ....	19
Ilustración 2 Distribución de Otras zonas de disconfot en hombres .....	19
<i>Ilustración 3 Áreas que Disgustan a las Mujeres</i> .....	20
Ilustración 4 Distribución de otras zonas de disconfort en mujeres .....	20
Ilustración 5 Consultas Previas .....	21
Ilustración 6 número de citas previas en cirugía plástica .....	22
Ilustración 7 Riesgo de padecer TDC.....	23
Ilustración 8 Riesgo de Ansiedad.....	23
Ilustración 9 Riesgo de Depresión .....	24
Ilustración 10 consulta sobre estado de ánimo del paciente.....	25
Ilustración 11 Derivación a Salud Mental.....	25
Ilustración 12 Satisfacción del Paciente .....	26
Ilustración 13 Necesidad de Segunda Opinión .....	26
Ilustración 14 Estado Civil y Riesgo de Dismorfismo Corporal .....	28
Ilustración 15 Escolaridad y Riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal .....	28
Ilustración 16 Ocupación y Trastorno Dismórfico Corporal .....	29
Ilustración 17 Edad y Zonas de Disconfort en Hombres .....	30
Ilustración 18 Edad y Zonas de Disconfort en Mujeres.....	31
Ilustración 19 relación entre Ansiedad y Dismorfismo .....	32
Ilustración 20 Relación entre Depresión y Dismorfismo.....	33
Ilustración 21 Relación Ansiedad y Depresión con Dismorfismo .....	34
Ilustración 22 Satisfacción del usuario y Trastorno Dismórfico Corporal .....	35
Ilustración 23 Trastorno Dismórfico Corporal y necesidad de Segunda Opinión .....	36

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Modelo de Encuesta .....	48
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	52

## CAPÍTULO I

### 1 INTRODUCCIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal se clasifica como un trastorno somatomorfo según el DSM IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición) que constituye una preocupación de un defecto imaginario en la apariencia física de la persona. Este pequeño defecto físico, sin embargo tiende a ser sobredimensionado causando un estrés clínicamente significativo y un deterioro dentro del ámbito social, laboral e incluso en áreas de la funcionalidad del individuo provocando que la persona se exprese de una manera introvertida, tímida y socialmente aislada. (Pavan 2006)

Dentro de cirugía plástica este trastorno se encuentra frecuentemente, (Veale 2000), aunque se constata que los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico estético parecen tener una mejoría psicosocial significativa, sin embargo, su duración puede ser a corto plazo. Generalmente los pacientes con dismorfismo acostumbran a requerir múltiples procedimientos estéticos y que posterior a la primera intervención quirúrgica, la preocupación por su apariencia se incrementa, mientras el nivel de satisfacción tiende a disminuir con cada intervención (Veale 2000). Existen reportes de que el 30% de los pacientes quienes se les diagnostica de TDC ya han ingresado a una sala de cirugía una o varias ocasiones para ser sometidos a diferentes procedimientos estéticos (Castello 1998).

Esto ha ocasionado que finalmente y luego de varios procedimientos quirúrgicos su insatisfacción se traslade a otra parte de su cuerpo (Veale 2000, Hodgkinson 2005), provocando que el paciente incurra en el creciente campo de cirugías estéticas no necesarias y corrección de defectos que muy probablemente no existen, lo mismo que ésta siendo aprovechado por parte de una sociedad que busca el consumismo y agrado rápido sin especificar los verdaderos peligros mentales y corporales a largo plazo, incluyendo deformidades permanentes e intratables.

Un diagnóstico acertado por parte de los médicos que tratan a estos pacientes permitirá brindar una mejoría en la calidad de atención, además de brindar apoyo para su tratamiento, previo a la realización de cualquier intervención, en el caso de que la misma sea necesaria para ayudar a aliviar el padecimiento del paciente.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Definición

El trastorno dismórfico corporal (TDC), antes conocido como dismorfofobia, se define como un trastorno obsesivo que produce una preocupación que está fuera normal, que es percibida en los rasgos físicos propios (autoimagen) y que el paciente lo cataloga como un defecto anormal. Si este defecto existe, la preocupación o ansiedad producida en estas personas generalmente es sobredimensionada o exagerada. Los pacientes puede quejarse por uno o varios defectos, de algunas características específicas, o de su aspecto en general, ocasionando un molestia psicológica y significativa que entorpece su desempeño social y laboral, inclusive hasta mostrar síntomas ansioso-depresivos severos, trastornos de ansiedad y aislamiento social.

#### 2.2 Historia

La historia del TDC nos cuenta de una patología que se presenta desde disímiles épocas, culturas, poblaciones, sin embargo, parece ser un tema moderno, esta fue descrita por primera vez como "dismorfofobia" por Enrico Morselli en 1886 (Morselli 2016). Recientemente el trastorno dismórfico corporal se incluyó como diagnóstico junto con otras clasificaciones psiquiátricas importantes (Phillips 2010). Su diagnóstico es posible luego que una parte del cuerpo se convierte en el foco principal de preocupación, resultando en un fenómeno social (Phillips 2010, Hay 1970). Los primeros estudios descritos en la literatura científica sobre los aspectos psiquiátricos fueron en cirugía estética. (Fontenelle 2006, Knorr 1967). Sin embargo, la metodología ha sido demasiado heterogénea pues muchos de los resultados se caracterizan por informes de casos y entrevistas, solo pequeñas series de casos permiten generalizar los resultados (Hay 2010). La falta de fortaleza de muchos de los trabajos en psiquiatría, junto a los datos de tipo retrospectivo hace que posiblemente exista un sesgo en la selección de los pacientes, lo que resulta en una deficiencia en la identificación y el tratamiento adecuado del TDC (Sarwer 2008).

Para el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición), en el 2013, se incluyó esta patología en el espectro de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, y se proporcionaron cuatro criterios para apoyar su diagnóstico:

- 1) Preocupación por uno o más defectos en la apariencia física que no sean observables o que sean leves a otros.
- 2) Uso de conductas repetitivas (control de espejos, aseo excesivo, selección por un área específica de la piel, búsqueda de confianza) o actos mentales (comparar su propia apariencia con la de otros) en respuesta a preocupaciones con su apariencia.
- 3) Preocupación que causa malestar o deterioro clínicamente importante en el área social, ocupacional y otras.
- 4) Preocupación por la apariencia física no relacionada con la grasa corporal o el peso, pues sus síntomas cumplen con los criterios diagnósticos para un trastorno alimentario (Franca et al., 2017; Sweis et al., 2017).

#### 2.3 Epidemiología y características demográficas:

El TDC se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia, se ha descrito que alrededor del 70% de los casos se presentan antes de los 18 años, aunque se describen trabajos en los que el TDC se

presenta luego de la menopausia (Anderson, 2003; Brito et al., 2016). El TDC de inicio tardío se constituye en una alteración poco frecuente (Brito et al., 2016). Se estima que cerca del 1% de la población de los Estados Unidos presenta TDC, aunque se piensa en que el TDC es infra diagnosticado y no se reporta o no se registra en los informes (Anderson, 2003). En Latinoamérica son muy escasos los reportes o trabajos sobre la prevalencia de esta enfermedad. El Instituto Nacional de Salud Mental revela que en Lima-Peru, la insatisfacción con su aspecto físico alcanza el 16,6% en adolescentes y el 11,1% en adultos” (Cruzado, Vásquez, & Huavil, 2010). Lamentablemente son escasos los estudios que se han realizado en Ecuador; en los estudios basados en pacientes adultos se reportan tasas de prevalencia que se encuentran en rangos del 0,7% y el 2,4% según los criterios del DSM-III-R o DSM-IV (Bouman et al., 2017; Franca et al., 2017; Mollmann et al., 2017), otros estudios reportan tasas sobre la población general que llegan al 5,8% (Mollmann et al., 2017).

La prevalencia de TDC en las consultas de cirugía plástica alcanzan un 15% (Rafael V, Eiras R. 2017), así mismo en otras especialidades se estima que la patología se presenta alrededor del 14% para la especialidad de dermatología estética, 10% en cirugía maxilofacial y 21% en pacientes que buscan una rinoplastia (Bouman et al., 2017; Brito et al., 2016; Locatelli et al., 2017). Estas cifras reportan una incidencia superior a la de otras patologías como la esquizofrenia o la anorexia nerviosa, con la gran diferencia de que estos trastornos reciben una gran cantidad de atención entre los clínicos, investigadores y la población general.

Muchos de los trabajos previos informan sobre una mayor prevalencia en las mujeres, sin embargo, dos revisiones presentaron una prevalencia igual entre hombres y mujeres (Koran et al, 2008; Rief et al, 2006). A pesar de que las diferencias entre los géneros son mínimas, los resultados si reportan algunas disconformidades en relación con la parte o la porción del cuerpo sobre la que las preocupaciones recaen (Danesh et al., 2015; Kyle, 2012). Según los datos se reporta que las mujeres están muy preocupadas por los pechos, el peso corporal, las caderas, las piernas, con especial énfasis en la piel, el cabello o la nariz (Anderson, 2003; Dey et al., 2015; Franca et al., 2017; Kyle, 2012), en tanto que los hombres ponen mayor énfasis sobre sus genitales, altura, excesivo vello corporal, el adelgazamiento del cabello, la constitución corporal y el tamaño de sus músculos (Anderson, 2003).

La alteración más reconocida de dismorfismo en los hombres se llama vigorexia y se presenta como un discomfort sobre su aspecto muscular, (Mosley, 2009). Sin embargo, una preocupación con solo una parte del cuerpo es muy rara; en promedio, la mayoría de las personas que presentan TDC se enfocan en tres o cuatro partes del cuerpo durante el curso de su enfermedad (Anderson, 2003; Sweis et al., 2017). Estas preocupaciones conducen a que el paciente tenga pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que interrumpen actividades cotidianas sociales y alteraciones de tipo funcional. (Anderson, 2003).

En otros estudios los datos demográficos indican que los pacientes con TDC presentan más probabilidades de vivir solas o de haberse divorciado con relación a los que no presentan un trastorno dismórfico corporal, además de presentar tasas de desempleo superiores que el resto de la población (en torno al 37%). Además, según las propias características del trastorno, este tiende a la cronicidad, y actualmente la probabilidad de su tratamiento con una curación total de la enfermedad es muy baja (aproximadamente 20% de los casos) y las probabilidades de recaída son muy elevadas (cerca del 42% de los casos tratados con éxito) (Phillips, 2013). Las inquietudes provocan que el paciente presente pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que interrumpen sus actividades diarias (Anderson, 2003).

## **2.4 Etiología:**

La etiología del TDC se asocia a factores psicológicos y fisiológicos. Se reporta que este trastorno, al menos en parte, se debe a antecedentes disfuncionales, que incluyen abuso y experiencias infantiles desfavorables como la presencia de burlas, que producen una baja autoestima e inseguridad (Anderson, 2003; de Brito et al., 2016; Franca et al., 2017, Bouman et al. 2017), se reporta que en aproximadamente un 69% de los pacientes con TDC existió una experiencia con burlas y acoso (Brito et al., 2016). Algo a tomar en cuenta es que actualmente con las redes sociales y su importante popularidad proporciona una plataforma adicional para la presencia de bullying con un incremento notable sobre los adolescentes según indica el trabajo realizado con encuesta en el 2016 en Norte América (Patchin, 2016).

También se reporta muy probablemente sobre el deslizamiento inconsciente de otras emociones, como la culpa, la sensación de inferioridad y de una mala imagen de sí mismo, que pueden constituir un factor etiológico en el TDC (Franca et al., 2017). Dentro de las explicaciones fisiológicas se incluyen una afectación emocional perturbada de un niño, además de una alteración del medio neuroquímico del cerebro, lo que es causado por mediadores inflamatorios después de una enfermedad médica y de atrofia del lóbulo frontal. No se han presentado estudios controlados que confirmen estas teorías, aunque los estudios neuropsicológicos y de imágenes cerebrales sugieren que puede haber un deterioro en los circuitos fronto estriatal y temporo parieto occipital (McConnell et al., 2015; Mufaddel et al., 2013).

El procesamiento visual alterado junto con el sistema fronto estriatal se asocian con los síntomas antes mencionados como son: pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos con respecto a la apariencia física, produciendo que el paciente busque médico quirúrgico para corregir dichas deformidades (Mufaddel et al., 2013).

## **2.5 El diagnóstico y el problema de su infra diagnóstico**

En la literatura se presenta cada una de las características clínicas del TDC y están bastante bien definidas, en el centro del trastorno está referido una intranquilidad constante sobre un defecto (focal o generalizado) y sobre su apariencia física externa o interna, dicha preocupación generalmente no tiene relación con la realidad ya que es poco importante o inexistente. Este estado de preocupación constante influye sobre comportamientos que son más o menos monótonos o repetitivos cuya finalidad es evitar, disimular, eliminar u ocultar el aparente defecto. Esta determinación es la que adopta el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición). A decir de la misma, la preocupación o disconformidad suele estar focalizada en cualquier parte del cuerpo y generalmente cambia de localización a medida que se desarrolla el trastorno (Wilhelm, et al, 2013). En algunas situaciones especiales, las personas comentan el tener una percepción de fealdad o disconfort de que algo no está bien en su aspecto físico. (Veale y Gilbert, 2014).

La preocupación que presentada por las personas con TDC causan comportamientos repetitivos que consumen cierto tiempo, se indica que estos individuos ocupan entre 3 a 8 horas del día para pensar en su defecto (Phillips, 1998). Estos comportamientos pueden ser tan prolijos como observarse en espejos o sobre cualquier superficie reflectante, observarse detenidamente y compararse con otros individuos durante el día, vestir de una forma determinada para así ocultar sus defectos, no llamar la atención, broncearse, maquillarse en exceso para disimular u ocultar la alteración que molesta al sujeto, además de preguntar a terceros sobre la propia apariencia o el defecto, y tocarse repetidamente sobre el área de interés (Phillips, 2010). También se puede ver

el evitar situaciones sociales, eventos, reuniones, estudios, trabajo, hasta evitar las relaciones personales, afectivas, e íntimas y que en situaciones más críticas puede llevar al confinamiento del paciente en su propia casa. Muchos de estos pacientes son grandes derrochadores de recursos estéticos, incluyendo tratamientos sobre otras especialidades como dermatología, cirugía maxilofacial, dentales, y quirúrgicos de otras especialidades. Se estima que más del 70% de los pacientes buscan y reciben este tipo de tratamientos (Crerand, etal, 2005; Phillips, etal. 2001).

Desde sus inicios hasta la actualidad el TDC sigue siendo un trastorno infra-diagnosticado (Phillips, Didie, Feusner, y Wilhelm, 2008). Esto se debe probablemente a que las personas que lo padecen suelen ocultar sus síntomas, por lo que se considera como un trastorno silencioso (Fang y Wilhelm, 2015). El enmascaramiento de los síntomas o sus preocupaciones, así como el ritual secreto que realizan para tapar su defecto, puede deberse a diversos motivos como la vergüenza que les genera su apariencia (Veale y Riley, 2001), o el miedo a que las demás personas los consideren superficiales, vanidosos o el temor de que los demás se den cuenta del defecto que intentan ocultar y hagan crítica o burla del mismo. Un trabajo realizado por medios tecnológicos (Internet) en personas con TDC, reporta que la vergüenza y el miedo al estigma son las barreras más importantes por lo que ocultan sus síntomas o por lo que las personas que lo padecen buscan tratamiento especializado (Marqués, Weingarden, LeBlanc, y Wilhelm, 2011). El ocultar signos y síntomas está presente ante familiares y amigos, así como también ante el personal de salud (Neziroglu, Khemlani-Patel, y Yaryura-Tobias, 2006), al cual acuden buscando tratamiento para los síntomas que experimentan, pero no para las alteraciones psicológicas relacionadas con el dismorfismo (Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenberg, y Dimaité, 2013). Son varias las investigaciones que informan acerca de la relación entre altas tasas de comorbilidades entre los pacientes con TDC y trastornos como depresión mayor con una prevalencia vital cercana al 75%, trastornos obsesivos compulsivos con una prevalencia del 30%, ansiedad con una prevalencia del 35%, y abuso de sustancias psicotrópicas o estupefacientes con una prevalencia entre 30% y 49% (Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005). Investigaciones han observado una relación del 53% y 87% de los pacientes con TDC que tienen un trastorno de personalidad adicional y entre el 48% y el 57% cuando presenta dos trastornos de personalidad adicionales (Bellino et al., 2006).

Se estima que el trastorno dismórfico corporal está constituyendo un trastorno importante, grave y debilitante que refleja tasas muy elevadas de ideación e intentos suicidas de 45 veces superiores a las encontradas en la población general (Phillips, 2007). En un trabajo prospectivo de 4 años, se constató que hasta el 57,8% de los pacientes informaron de una ideación suicida y el 2,6% habían llevado a cometer un claro intento de suicidio. Esta situación es más grave aún si se tiene en cuenta en muchas ocasiones que el trastorno es infra diagnosticado por lo que los valores podrían ser aún mayores (Phillips, Didie, Feusner, y Wilhelm, 2008).

## **2.6 Problemas en la práctica de cirugía plástica y su solución.**

Desde el inicio de la atención los pacientes con TDC pueden mostrar un comportamiento social apropiado y un discurso adecuado en presencia del médico, en especial si el historial médico se toma de manera breve y vaga. Las entrevistas son vitales para determinar si existe una preocupación excesiva por defectos menores o si los defectos percibidos en la apariencia son inexistentes o exagerados; inclusive el determinar si la intranquilidad por su peso es un síntoma de trastorno dismórfico corporal o diferenciarlo de un trastorno alimentario para poder determinar el grado de angustia que esta preocupación representa. Además, la identificación de características específicas, como el riesgo de suicidio, la comprensión deficiente y la presencia de alexitimia (dificultad para identificar y describir sus sentimientos) todo esto puede servir para mejorar la capacidad de detectar un paciente con trastorno dismórfico corporal y poder optimizar

las estrategias de atención y tratamiento. Los signos y los síntomas que indican la presencia o el riesgo de TDC pueden ayudar a los cirujanos plásticos en los procesos a la hora de tomar decisiones en la selección de pacientes para ser sometidos a un procedimiento o cirugía. Se recomienda que durante la evaluación se establezca un vínculo terapéutico entre el médico y el paciente, con la suficiente confianza para poder expresarse sin ocultar información, así como durante la entrevista se deberá procurar que los pacientes hablen sobre las razones por la que los llevaron a buscar una cirugía. También se debe alentar a los pacientes a que usen sus propias palabras para abordar y describir su defecto percibido.

Los pacientes que expresan sus problemas de una manera realista y que pueden describir sus emociones y expectativas claramente, probablemente no tengan un trastorno dismórfico corporal. Por lo tanto, las medidas de los niveles de motivación, expectativa y la evaluación de la capacidad del paciente para calificar la calidad del resultado del tratamiento pueden contribuir a una selección adecuada de los pacientes junto a una predicción de la satisfacción del paciente con los procedimientos realizados. El cancelar frecuentemente o la reprogramación de citas con su médico, solicitudes de consulta en horarios no adecuados, llamadas telefónicas fuera del horario de oficina o la negativa a hablar, pueden ser comportamientos comunes en pacientes con trastorno dismórfico corporal. Además, es importante tener en cuenta que los pacientes psiquiátricos pueden inducir fuertes respuestas emocionales en sus médicos por su forma de comportamiento en la entrevista. Al momento existen métodos efectivos y disponibles para tratar el TDC o los síntomas comorbidos, pero existen varios obstáculos para su entrega efectiva. Muchas de las personas con TDC tienen problemas de depresión, lo que las deja desmotivados en muchas ocasiones a trabajar para su recuperación (Phillips 2005).

Muchas veces los pacientes no entienden que su grado de inconformidad corporal es debido a su imagen corporal distorsionada (Bellino 2006), por lo que buscan procedimientos cosméticos como alternativas al tratamiento psicológico (Phillips 2007). En ocasiones dichos pacientes están confinados a su hogar y tienen fobia social, se encuentran ansiosos o avergonzados para buscar tratamiento y consultar con un especialista (Phillips 2005). Además, los síntomas son subclínicos (síntomas que no cumplen con todos los criterios para TDC o las condiciones en las que los síntomas centrales del TDC están presentes y generalmente no causan un deterioro significativo en el funcionamiento general) pero lo que hacen es dificultar la individualización y el diagnóstico oportuno del trastorno. Los médicos necesitan conocer cómo identificar el trastorno y distinguirlos de otros síntomas similares, lo que demuestra la importancia de utilizar medidas específicas y útiles para la detección del trastorno, como son el Cuestionario de Trastornos Dismórficos del Cuerpo (BDDQ) (Ross 2011), y el Obsesivo de Yale Brown, conocido como la escala compulsiva modificada para el trastorno dismórfico corporal (BDD-YBOCS) (Phillips 1997). Se piensa que el BDDQ representa la mejor herramienta rápida y aplicable para poder establecer un diagnóstico rápido y oportuno del TDC. Además, los terapeutas a menudo no entienden que el TDC se encuentra asociado a enfermedades comorbidas como el estado de ánimo, angustia o depresión, motivo por el que se puede usar detectores de manera oportuna como EADG (escala de ansiedad y depresión de Goldberg) que permitan tener un manejo adecuado y oportuno (Vindigni 2002). Por lo tanto, si por una parte, el nivel de angustia es un factor para buscar un tratamiento quirúrgico, dicha angustia puede afectar su nivel de percepción y su adhesión al tratamiento. Por lo que estos pacientes son difíciles de tratar, pero no son intratables si se utiliza un apoyo psicológico adecuado (De Brito 2012).

Por lo tanto, un diagnóstico oportuno y amplio permite la investigación de trastornos heterogéneos y una determinación más precisa de las diferencias clínicas entre los pacientes, al tiempo que facilita la identificación de factores de riesgo y el desarrollo de tratamientos más efectivos, que pueden incluir tratamiento quirúrgico (Phillips 2007)

## **2.7 Prevención y Tratamiento:**

No existe una manera aprobada para prevenir el trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, un diagnóstico, así como un tratamiento oportuno después de la primera entrevista o de la aparición de los síntomas pueden ser beneficioso, el mismo permitiría instruir y alentar actitudes sanas y realistas sobre la imagen corporal, también podría ayudar detectar oportunamente el desarrollo o empeoramiento de síntomas. También la presencia de un entorno de sutileza y un apoyo adecuado podría ayudar a reducir los síntomas, riesgos y ayudar a una persona con TDC afrontar de mejor manera su patología (Jorge RT 2008).

## CAPÍTULO III

### 3 METODOLOGÍA

#### 3.1 Justificación

Se considera que el trastorno dismórfico corporal es un trastorno grave, lo que puede llevar a que el individuo presente cambios o alteraciones en su vida cotidiana en diferentes escenarios y tasas muy elevadas de ideación e intentos de suicidio; con un promedio de 45 veces superior a lo encontrado en la población general (Phillips, 2007). En un estudio que fue realizado de manera prospectiva a 4 años, se constató que hasta el 57,8% de los pacientes presenten ideaciones suicidas y el 2,6%, han llevado a cabo un claro intento suicida (Phillips y Menard 2006). Esta situación es muy grave teniendo en cuenta que es un trastorno infra-diagnosticado (Phillips, Didie, Feusner, y Wilhelm, 2008) con personas que ocultan sus síntomas, y siendo considerado como un «trastorno silencioso» (Fang y Wilhelm, 2015).

El enmascaramiento de los síntomas adicionado al secreto con el que los pacientes realizan rituales para ocultar sus deformidades, puede deberse a motivos tan diversos como la vergüenza que les genera tener dicho padecimiento inexistente o exagerado (Veale 2000), el miedo a ser considerado como vanidosos o superficiales, así como el temor a que los demás «se den cuenta» del defecto que intentan ocultar. Personas con TDC demostraron que la vergüenza y el miedo al estigma son las barreras importantes para buscar tratamiento especializado (Marqués, Weingarden, LeBlanc, y Wilhelm, 2011). El ocultar los síntomas no se produce solo ante familiares y amigos, sino también ante el personal de la salud (Neziroglu, Khemlani-Patel, y Yaryura-Tobias, 2006), al cual acuden buscando tratamiento para los síntomas que experimentan, pero no para los síntomas dismórficos (Bjornsson et al., 2010; Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenberg, y Dimaite, 2010).

La frecuencia del TDC es muy baja en la población general debido a que es infra diagnosticada o al secreto de los síntomas del paciente y lamentablemente no ha sido evaluada en nuestro medio por lo que se ha considerado evaluar su prevalencia en la consulta externa del servicio de cirugía plástica, cuya importancia radica en el detectar TDC para poder mejorar estrategias de atención y tratamiento oportuno, contribuir a una selección de pacientes adecuada y de esta manera tener una mayor satisfacción de los pacientes con los procedimientos realizados.

#### 3.2 Planteamiento del problema

En los últimos años ha existido un incremento considerable de personas que buscan cirugías estéticas o reconstructivas tanto en el país, así como el mundo, la necesidad de las personas por obtener el cuerpo perfecto, así como la presión social marcada por modelos en televisión y anuncios hace que cada vez las personas se sientan más inconformes con su cuerpo y su apariencia.

El trastorno dismórfico Corporal (TDC) o “Trastorno de la Fealdad Imaginaria”, es definido como la preocupación exagerada por un defecto poco visible o inexistente, habitualmente de origen facial u otra área corporal, el cual compara con otras personas sin una causa definida y una alteración de la auto percepción en cuanto a su imagen corporal. Las principales obsesiones descritas fueron: el rostro, arrugas, dientes, cicatrices, asimetría facial, vello facial, labios, nariz, genitales, glúteos, pecho, entre otras. La situación planteada causa en la vida cotidiana un deterioro en los escenarios laborales, educativos, relaciones interpersonales y otras áreas de su vida, por lo que

incluye, en ocasiones, evitar aparecer en público y en casos extremos, suicidios, así como repercusiones médico – legales, amenazas e incluso algunos reportes de homicidios a médicos tratantes. Todos estos datos indican que la probabilidad de que los tratamientos no dirigidos hacia el problema mental primario, es decir, tratamientos no psicoterapéuticos, están casi siempre condenados al fracaso, pues sus tasas de éxito son muy escasas y en algunos casos francamente discutibles.

Pero, además deberían alertar a los profesionales que realizan tratamientos quirúrgicos o estéticos a detectar a los pacientes con TDC ya que muchos de estos pacientes son infra diagnosticados por el disfraz de los síntomas o tal vez al corto tiempo que se brinda en las consultas, por la sobre demanda de los pacientes siendo de gran importancia que el médico especialista en cirugía estética y reparadora diagnostique oportunamente dicha patología y utilice herramientas apropiadas para hacerlo.

### **3.3 Hipótesis**

Este tipo de estudio no justifica la realización de hipótesis.

### **3.4 Objetivos**

#### **3.4.1 Objetivo general**

Identificar la prevalencia de trastorno dismórfico corporal en pacientes de la consulta externa de cirugía plástica de Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1 de la ciudad de Quito de octubre de 2019 a Febrero del 2020.

#### **3.4.2 Objetivos específicos:**

- Conocer variables demográficas y sus relaciones de este trastorno en la consulta externa de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Numero 1.
- Conocer las áreas anatómicas que más preocupan a los pacientes.
- Identificar la presencia de comorbilidad en salud mental de los pacientes estudiados.
- Determinar la importancia que el médico especialista le da al aspecto psicológico del paciente.

### **3.5 Tipo y diseño de estudio**

Se trata de un estudio transversal analítico, para valorar la presencia TDC, se utilizan cuestionarios como BDDQ (Body Dismorphic Disorder Questionary), cuyo objetivo es valorar la presencia de síntomas dismórficos y su diferenciación con trastornos alimentarios, además del test EADG (escala de ansiedad y depresión de Goldberg) que nos permitirá valorar estados comorbidos psicológicos asociados al TDC.

El cuestionario del trastorno dismórfico corporal (BDDQ) es una medida breve de autoinforme, que se deriva de los criterios de diagnóstico DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición). Usando preguntas cerradas y abiertas, se hace preguntas a los encuestados sobre sus preocupaciones con respecto a su apariencia producen una excesiva preocupación y de ser así evaluar el grado en que provocan angustia o interfieren con el funcionamiento social u ocupacional normal de la persona (Phillips, 2009). El cuestionario se desarrolló como un instrumento de detección del TDC en entornos psiquiátricos y se validó en una muestra de pacientes ambulatorios psiquiátricos (n = 66), mostrando una alta sensibilidad (100%) y especificidad (89%) (Phillips et al., 1995), así mismo fue probado en hospitalización psiquiátrica (n = 122) y sus resultados arrojaron una sensibilidad del 100% y especificidad del 93% (Grant et al., 2001). Una versión levemente modificada del cuestionario fue validada en una muestra de individuos que acuden a la especialidad de dermatología (n = 46) presentando una alta sensibilidad y especificidad (100% y 92% respectivamente) (Dufresne et al., 2001). Posteriormente, el BDDQ fue utilizado ampliamente para la detección de TDC, con 1000 pacientes ambulatorios de cirugía plástica y dermatología (Vulink et al., 2006), 100 pacientes hospitalizados psiquiátricos (Conroy et al., 2008), 160 pacientes con problemas maxilofaciales (Vulink et al., 2008) y 300 pacientes dermatológicos (Conrado et al., 2010).

Las preguntas y la puntuación del BDDQ se presentan en el esbozo del cuestionario en los anexos. Respuestas positivas a las dos primeras preguntas: "¿Está muy preocupado por la apariencia de alguna parte de su cuerpo que considera especialmente poco atractivo?" Y "¿Estas preocupaciones te preocupa? Es decir, ¿piensa mucho en ellos y desearía poder pensar menos en ellos?", Se requirió para continuar el cuestionario. Una respuesta positiva a al menos una parte de la tercera pregunta, evaluar la angustia y el deterioro causado por la preocupación, fue necesaria para un diagnóstico de BDD. La pregunta número cuatro: "¿Cuánto tiempo pasa pensando en sus defectos por día en promedio?" Tiene varias alternativas de respuesta a) menos de 1 hora por día, b) 3 horas por día y c) > 3 horas por día; al interpretar el BDDQ (Phillips, 1998) Phillips sugiere que el tiempo que se toma al pensar en el defecto percibido debe ser de al menos una hora por día para cumplir con el diagnóstico de DSM-IV BDD (Phillips, 1998). Pensar en el defecto de apariencia "al menos una hora por día" también es un criterio de tiempo (opcional) al diagnosticar BDD de acuerdo con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición) (First et al., 2002). Por lo tanto, se requirieron respuestas positivas a las tres primeras preguntas del BDDQ en combinación con la respuesta b) o c) en la pregunta cuatro para cumplir con los criterios del BDD. La última pregunta: "¿Es su principal preocupación con su apariencia que no es lo suficientemente delgado o que podría engordar?" es utilizada para excluir a las personas preocupadas por su peso, y así no diagnosticar en exceso el BDD cuando se puede tratar de un trastorno alimentario (Phillips, 1998). Para la validación, el BDDQ se calificó de 0 a 4 puntos. La puntuación de 0-4 se realizó con el fin de evaluar la capacidad del cuestionario para distinguir BDD de no BDD en niveles crecientes de preocupación por la apariencia. Una puntuación de BDDQ de 4 fue igual al cumplimiento de los criterios de BDD y, por lo tanto, se consideró como BDD positivo (Phillips, 1998).

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por (Montón C. y cols. 1993). Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se

interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; sin puntuar los síntomas que duren menos de dos semanas o de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización (Montón C. y cols. 1993).

Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son  $\geq 4$  para la escala de ansiedad, y  $\geq 2$  para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a  $\geq 5$  y  $\geq 3$  mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %) (Montón C. y cols. 1993). Como cualquier instrumento en este género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; es discriminativo y ayuda a orientar el diagnóstico, pero de ninguna manera puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente cuando responde a algunos ítems, pero sin afirmar un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones podrían producir falsos positivos tales como los trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación (Montón C. y cols. 1993).

Además de las anteriores variables también valoraremos la importancia que los médicos le dan a su aspecto psicológico, para lo que se adjunta el esbozo de la encuesta a utilizar se ilustra en el ANEXO I.

### 3.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA	ITEM
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años	Categórica ordinal	18 - 25 años 26 - 35 años 36 - 45 años 46 - 55 años 56 – 65 años Mas de 65 años	1
Sexo	Conjunto de Caracteres biológicos, físicos, fisiológicos y anatómicos que definen a los seres humanos	Identidad	Cualitativa poli dicotómicas	Hombre ( ) Mujer ( )	2
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Cualitativa Nominal	Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Unión de hecho ( )	3

Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si están provisional o definitivamente incompletos.	Educación	Cualitativa ordinal	Primaria ( ) Secundaria ( ) Medio Superior ( ) Superior ( )	4
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo		Cualitativa Nominal	Estudiante ( ) Empleado Público ( ) Empleado Privado ( ) Independiente ( ) Desempleado ( )	5
Numero de partes del cuerpo que le disgustan	Numero de zonas con relación a su unidad.		Cualitativa Ordinal	Una área o zona ( ) Dos áreas o zonas ( ) Más de 2 áreas o zonas ( )	6
Localización anatómica de afección	Constituye el estudio anatómico de regiones específicas o partes de organismos que enfatizan la relación entre las diversas estructuras	Anatomía	Cualitativa nominal	MUJERES Los senos, ( ) Las caderas, ( ) Las piernas, ( ) El peso corporal, ( ) La piel, ( ) El cabello ( ) La nariz ( ) Los brazos ( ) Los parpados o cejas ( ) OTRA _____ HOMBRES Altura, ( ) El exceso de vello corporal, ( ) El adelgazamiento del cabello, ( ) El peso, ( ) La constitución corporal, ( ) Los genitales, ( ) El tamaño muscular, La nariz, ( ) La piel, ( ) OTRA _____	7
Antecedente de enfermedad mental	Antecedentes de enfermedades con Perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento.	Salud	Cualitativa Dicotómica de exclusión	Si ( ) No	8
Dismorfismo corporal	Preocupaciones por la apariencia o imagen de sí mismo que causa significativo malestar, deterioro u obsesión.	Salud mental	Cualitativa poli dicotómica	Si No	9
Ansiedad	Sentimientos o emociones de temor, aprensión y	Salud mental	Cualitativa dicotómica	Si No	10

	desastre inminente pero no incapacitantes				
Depresión	Reacciones de inadaptación a factores de estrés psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del agente estresor.	Salud mental	Cualitativa dicotómica	Si No	11
Información sobre salud mental por parte del médico	Médico que averigua sobre aspectos psicológicos, sociales y biológicos	Calidad de atención	Cualitativa dicotómica	Si ( ) No ( )	12
Derivación o apoyo a su problema emocional por otra especialidad	acto de remitir un paciente a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente.	Calidad de atención	Cualitativa dicotómica	Si ( ) No ( )	13
Satisfacción de interrogantes y solución de problemas	La satisfacción del usuario (SU) es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención	Calidad de atención	Cualitativa dicotómica	Si ( ) No ( )	14
Segunda valoración medica	La segunda opinión médica es la realización de un nuevo informe médico en el que conste el diagnóstico o la propuesta terapéutica de un paciente, realizado por un profesional diferente del que emitió el primer diagnóstico o propuesta terapéutica.	Calidad de atención	Cualitativa dicotómica	Si ( ) No ( )	15

### 3.7 Población y muestra

Pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1 de la Ciudad de Quito, para una valoración de padecimientos relacionados con la especialidad entre los meses de octubre a febrero del 2019, mayores de edad y que no cuenten con antecedentes psicológico o psiquiátricos ya identificados y en tratamiento clínico al momento, para lo que se valorara historia clínica.

La prevalencia de TDC en la consulta de cirugía plástica se estima en el 15% entre los pacientes que acuden a una valoración en cirugía plástica según datos reportados por Rafael Vilela Eiras Ribeiro, 2017, para el cálculo del tamaño muestral se utiliza formula de muestreo para una población grande/infinita ( $n = z^2 \times [(p(1-p))/e^2]$ ), con una  $z = 1.96$  para un intervalo de confianza del 95%,  $p =$  prevalencia de la patología 0.15,  $e =$  precisión 0.05 obteniéndose una muestra representativa de 195 participantes para la elaboración de este estudio.

### **3.8 Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de datos se realizará por medio de fichas de recolección desde las historias clínicas, de no estar disponible la información con previa autorización del consentimiento informado a pacientes se realizará la encuesta personalizada por parte de uno de los autores.

### **3.9 Análisis estadístico**

Para el análisis de los datos categóricos se estima la frecuencia de la enfermedad y su prevalencia en la población de estudio además se utilizarán medidas de tendencia central y medidas de asociación para variables dicotómicas, T de student y valores de P con IC del 95%, los datos se agruparán en el programa Microsoft Excel y posteriormente extrapolado en el sistema informático SPSS y Epi Info para el análisis estadístico.

### **3.10 Aspectos bioéticos**

Ético no se realiza ningún tipo de intervención relevante, el participante de la encuesta estará enterado y de acuerdo con el uso que se le dará a la información que proporcione. Se garantiza la seguridad, confidencialidad y el anonimato de la persona que proporciona los datos. Se evitará el uso de datos para fines diferentes a los que autoriza el sujeto de estudio. Una vez recolectados los datos, su manejo, análisis e interpretación se realizarán de acuerdo con el protocolo de estudio y se deberá evitar la manipulación de los mismos hasta obtener resultados “interesantes” o convenientes. el formato para la autorización del consentimiento informado se lo realizara en base a las recomendaciones de la OMS para lo que se anexa modelo de consentimiento informado para utilizar en este estudio ANEXO II.

### **3.11 Aspectos administrativos:**

#### Recursos necesarios:

#### **3.11.1 RECURSOS HUMANOS:**

2 médicos Postgradistas como principales del proyecto de investigación.

1 médico tratante del servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1

EQUIPOS: ninguno

MATERIALES: encuentras BDDQ y EADG A y D

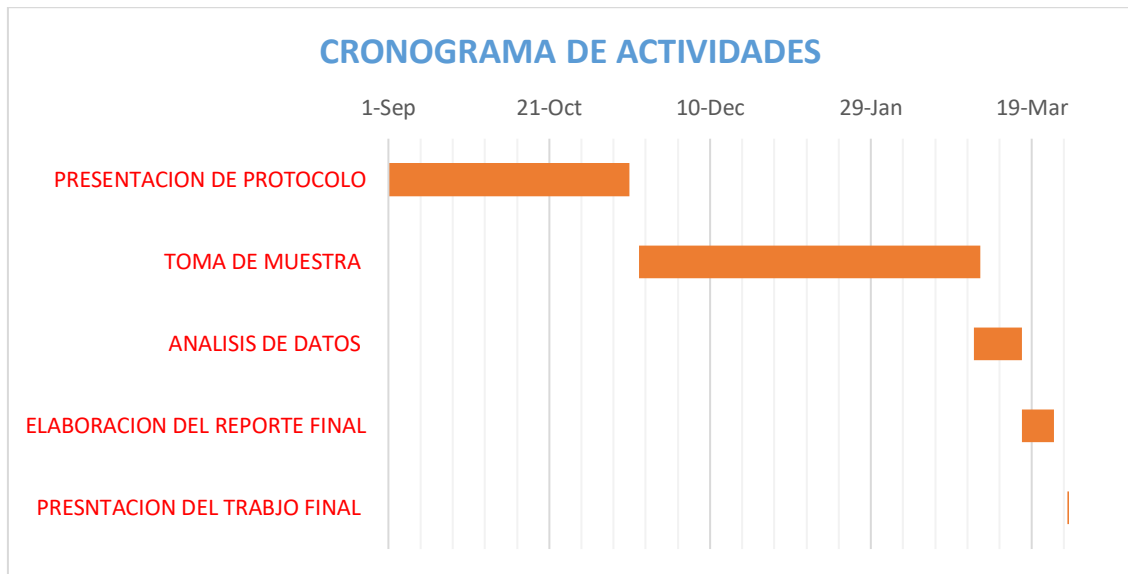
INSTRUCTIVOS: Ninguno

FORMULARIO: Para recolección de la base de datos

### 3.11.2 PRESUPUESTO:

Se estima un presupuesto de 160 dólares, 30 dólares americanos para materiales didácticos hojas para impresión de formularios, esferográficos, 30 transporte y 100 dólares americanos para materiales para redacción e impresión de trabajo final

### 3.11.3 Cronograma de actividades



## CAPÍTULO IV

### 4 RESULTADOS

#### 4.1 Variables Análisis Univariar

##### 4.1.1 Demográficas

##### 4.1.1.1 Edad

Tabla 1 Edad En Años

edad		
N	Válido	195
	Perdidos	0
Media		48,503
Mediana		48,000
Moda		18,0ª
Desviación estándar		18,3006
Mínimo		18,0
Máximo		92,0
Percentiles	25	36,000
	50	48,000
	75	60,000

La edad de población son sujetos desde los 18 años llegando hasta los 92 años, dentro de los cuales el 75% de la población es menor a los 60 años, la edad con mayor frecuencia es de 18 años, cuyo promedio de edad es de 48 años.

##### 4.1.1.2 Sexo

Tabla 2 Sexo

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	86	44,1	44,1	44,1
	Mujer	109	55,9	55,9	100,0
Total		195	100,0	100,0	

Dentro de nuestra población las mujeres son el grupo que más acude al servicio de cirugía plástica, representando el 55% de toda la población, mientras que los hombres ocupan un 44%.

#### 4.1.1.3 Estado civil.

Tabla 3 Estado Civil

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	146	74,9	74,9	74,9
	Divorciado	7	3,6	3,6	78,5
	Soltero	33	16,9	16,9	95,4
	unión de hecho	1	,5	,5	95,9
	Viudo	8	4,1	4,1	100,0
	Total	195	100,0	100,0	

Con respecto a Estado Civil, en la población del estudio se encontró que el 75% es casada, seguida de un 17% soltero, mientras que el resto de estados se encontraba en un 8%.

#### 4.1.1.4 Escolaridad

Tabla 4 Escolaridad

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	medio superior	24	12,3	12,3	12,3
	Primaria	19	9,7	9,7	22,1
	Secundaria	82	42,1	42,1	64,1
	Superior	70	35,9	35,9	100,0
	Total	195	100,0	100,0	

Con respecto al nivel de instrucción de los sujetos la mayoría de la población alcanza una educación básica con 52%, de estos el 10% consigue educación primaria. Se observa que dentro de la población un 48% logra una educación profesional.

#### 4.1.1.5 **Ocupación**

Tabla 5 Ocupación

		<b>Ocupación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desempleado	67	34,4	34,4	34,4
	empleado privado	7	3,6	3,6	37,9
	empleado publico	51	26,2	26,2	64,1
	Estudiante	21	10,8	10,8	74,9
	Independiente	49	25,1	25,1	100,0
	Total	195	100,0	100,0	

Dentro de los sujetos que acuden por primera vez a la consulta externa de cirugía plástica es importante el porcentaje que se encuentra en una situación de desempleo llegando al 34% que es el más alto, esto sin tomar en cuenta las personas que son estudiantes que ocupa el 11%. Personas que desarrollan una actividad laboral llegan al 55%.

#### 4.1.2 **Disconfort corporal**

##### 4.1.2.1 **Número de áreas**

Tabla 6 Número de zonas que disgustan

		<b>Cantidad de las zonas disgustan</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 zona	102	52,3	52,3	52,3
	2 zonas	50	25,6	25,6	77,9
	3 o más	15	7,7	7,7	85,6
	ninguna	28	14,4	14,4	100,0
	Total	195	100,0	100,0	

La Población estudiada en su mayoría se encuentra no contenta con por lo menos una zona de su cuerpo alcanzando un 52%, mientras que la inconformidad con 2 o más zonas llega a representar el 33%. Un dato que llama la atención es que dentro de la opción de ninguna zona se llega a un 14%.

#### 4.1.2.2 Zonas que disgustan hombres

Ilustración 1 Áreas de disconfort en hombres.

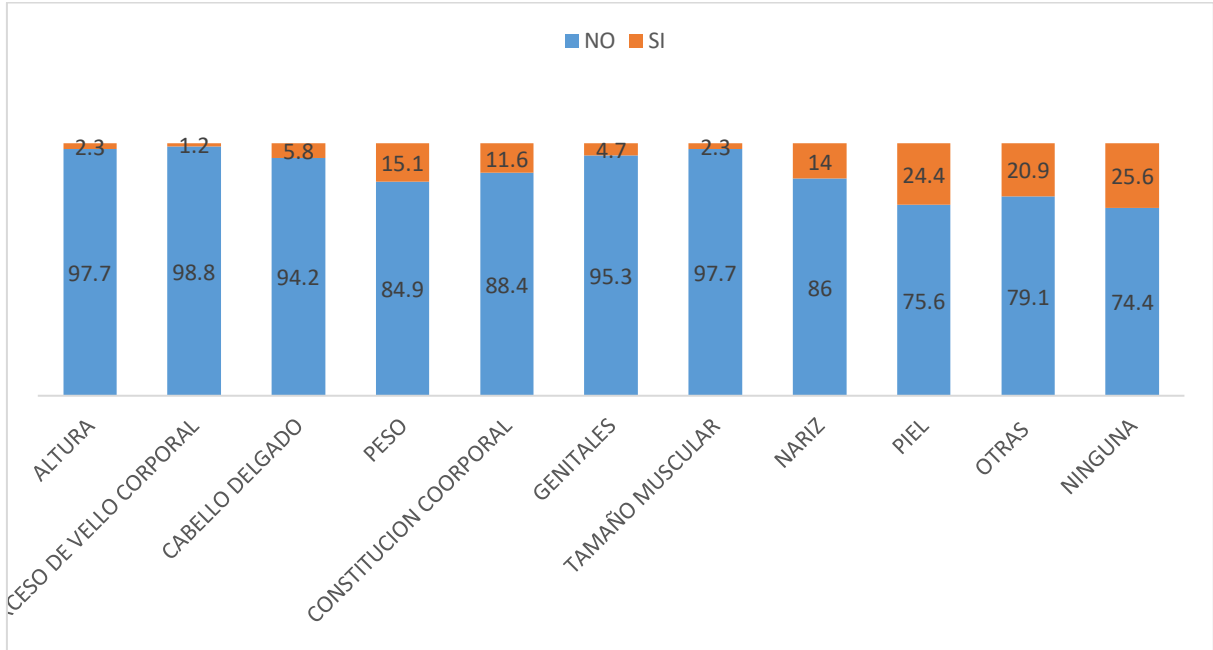
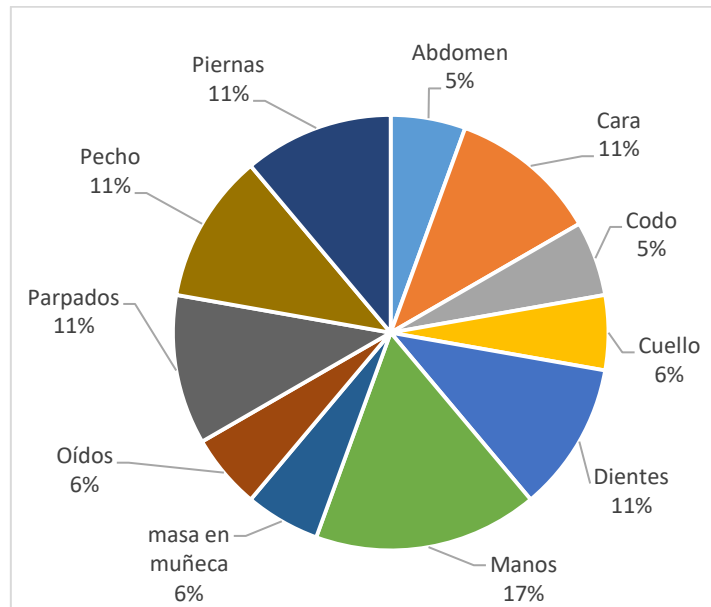


Ilustración 2 Distribución de Otras zonas de disconfort en hombres



Entre todos los hombres que se realizó la encuesta, la altura no es una zona de preocupación ocupando apenas un 2.3% de la población que sienten algún desagrado por su altura, 1.16% de los pacientes presentan disconfort por el exceso de vello corporal, siendo la preocupación de menor prevalencia, el adelgazamiento del cabello, representa el 5,8%, el peso representa una área de disconfort importante alrededor del 15% de la población aqueja de no sentirse a gusto

con su peso, seguido por el área de la nariz con 13,9%, constitución corporal del 11,6%, los genitales alcanzan un 4,6%, el tamaño muscular 2,3%, la piel constituye la primera área de discomfort en los hombres con el 24,2% existen otras áreas dentro de las no habituales que se preguntan dentro de la encuesta alrededor del 20% aquejan de disgusto por otras áreas a las no habituales las mismas se señalaran posteriormente.

Dentro de la opción otra que representa un 20,9% del total se puede observar que el mayor porcentaje en esta categoría se lo lleva las manos con 17% al que se puede agrupar defectos de codo en 5% y masa en muñeca con 6%, defectos de la cara como párpados, oídos, dientes, cuello y una opción encontrada como cara ocupa un 45% de esta categoría.

#### 4.1.2.3 Zonas que disgustan mujeres

Ilustración 3 Áreas que Disgustan a las Mujeres

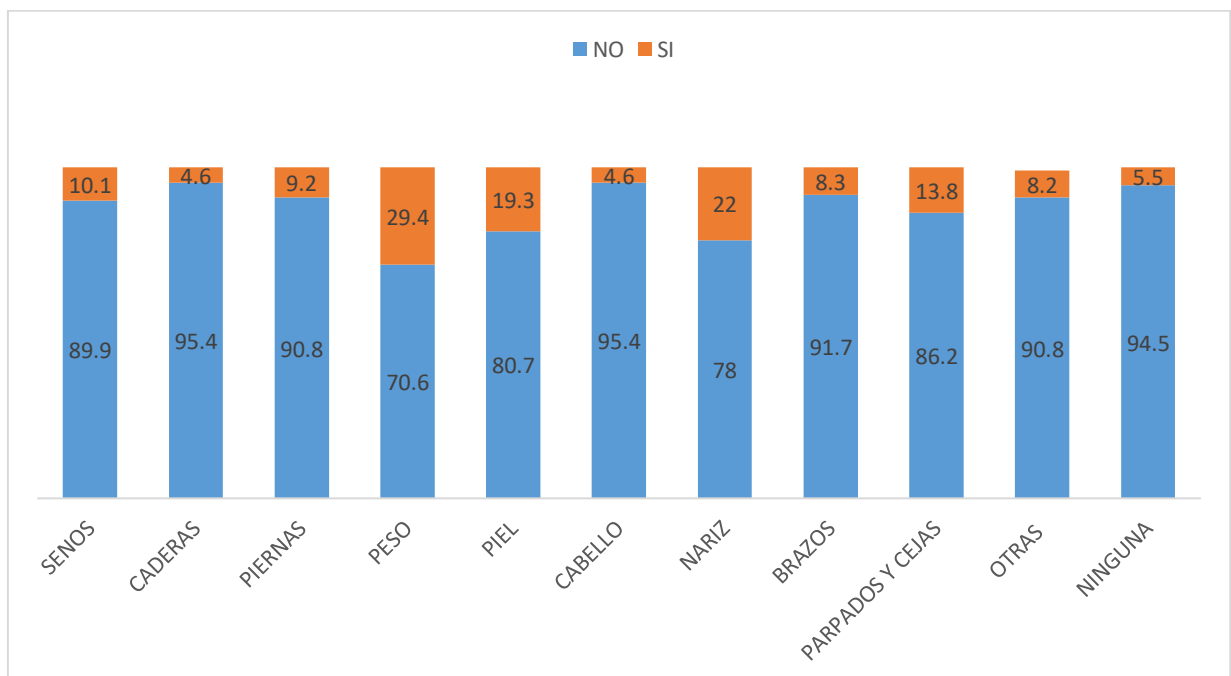
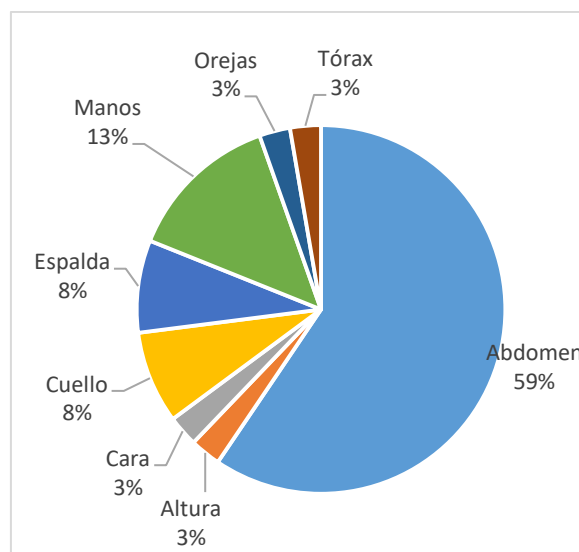


Ilustración 4 Distribución de otras zonas de discomfort en mujeres



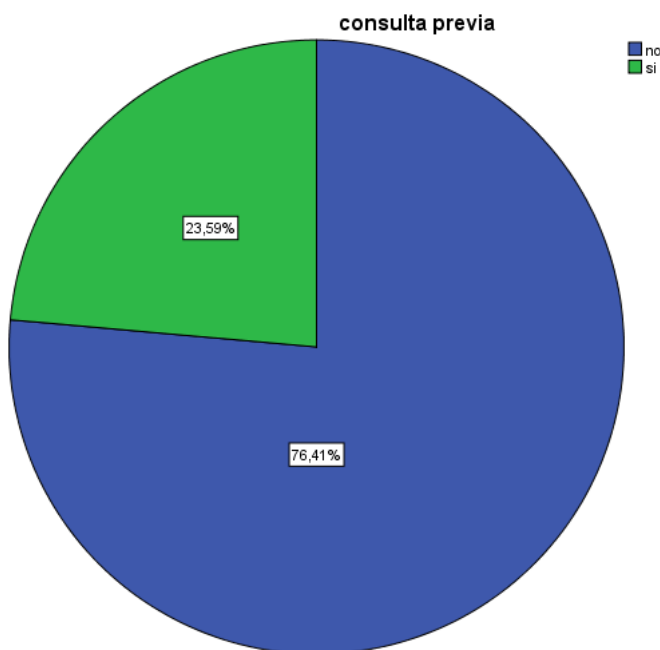
Dentro de las áreas de disconfort que aquejan las mujeres el peso constituye el área de mayor interés con un 29.4% de pacientes que aquejan por el disconfort de dicha área, seguida por el área de la nariz con un 22%, la piel representada con un 19.3% en otra de las áreas de interés en las mujeres representando alrededor del 70% el resto se reparte entre áreas como los senos, caderas, piernas, cabello, brazos, a diferencia de los hombres en las mujeres.

Si tomamos en cuenta solo la opción de Otra nos da como resultado que el abdomen representa el 59% de preocupación, seguido por las manos con un 13%, espalda y cuello con 8% y el resto en porcentajes menores, que cambia en relación a los datos obtenidos en los hombres.

### 4.1.3 Valoraciones Previas en el Trastorno Dismórfico

#### 4.1.3.1 Tratamiento previo

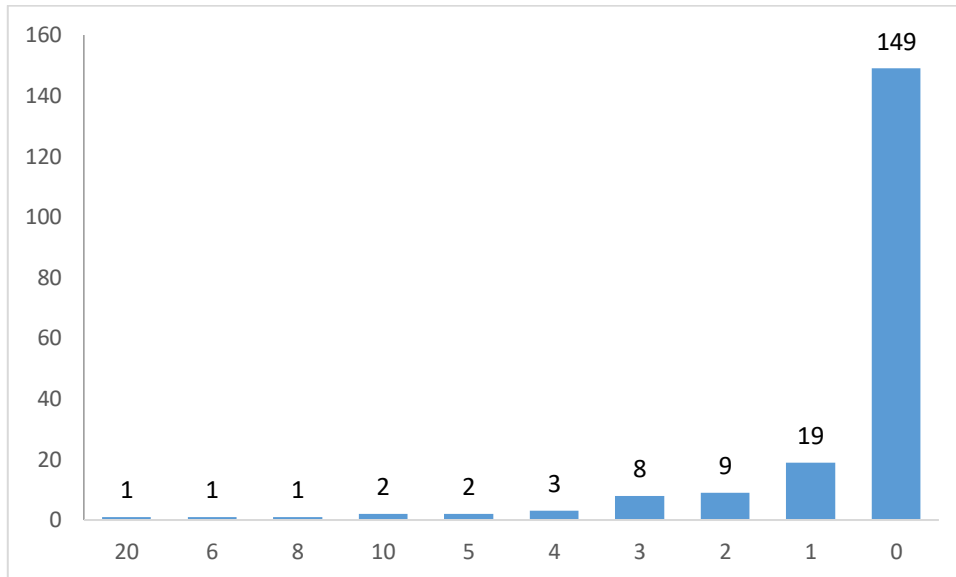
Ilustración 5 Consultas Previas



En nuestra población se pudo evidenciar pacientes que ya habían sido valorados previamente por cirugía plástica, ya sea en años previos o de manera particular por otros cirujanos plásticos fuera de la institución, esto representa alrededor del 23% del total de la población.

#### 4.1.3.2 **Numero de Citas**

Ilustración 6 número de citas previas en cirugía plástica



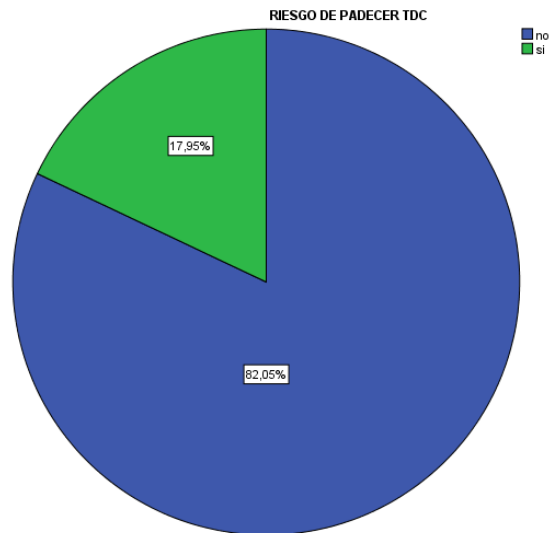
El número de consultas previas por especialistas de cirugía plástica antes de su primera cita en la consulta de cirugía plástica del hospital militar es un dato importante en nuestro estudio ya que puede estar relacionado con el trastorno investigado y reporta datos de que 14% de dichos pacientes ha recibido atención previa en cirugía plástica, en otras áreas relacionadas con la cirugía plástica o en otros centros que cuentan con el servicio de cirugía plástica, teniendo un rango de valoraciones previas que van desde 1 a 20 ocasiones.

El 10% indica que acudió una sola vez a una valoración previa, así mismo se observa que hay datos aislados como 10 y 20 visitas previas representado menos del 1%.

#### 4.1.4 Dismorfismo y salud mental

##### 4.1.4.1 Riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal

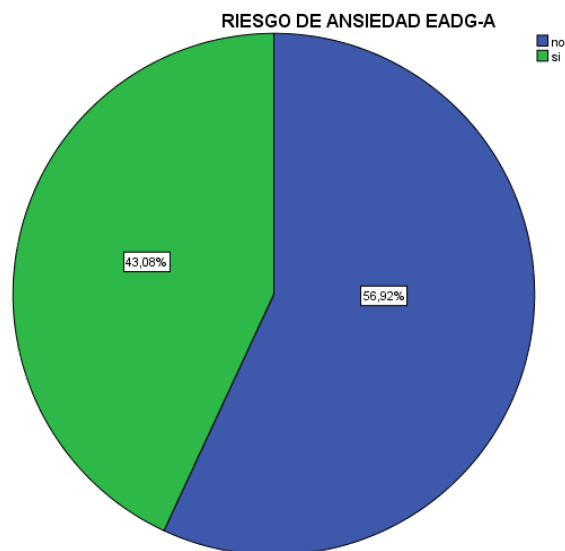
Ilustración 7 Riesgo de padecer TDC



Dentro de los pacientes incluidos en la muestra se pudo observar que 35 de ellos, que representa un 18%, tuvieron un resultado de riesgo positivo para TDC, valor importante a tomar en cuenta.

##### 4.1.4.2 Riesgo de Ansiedad

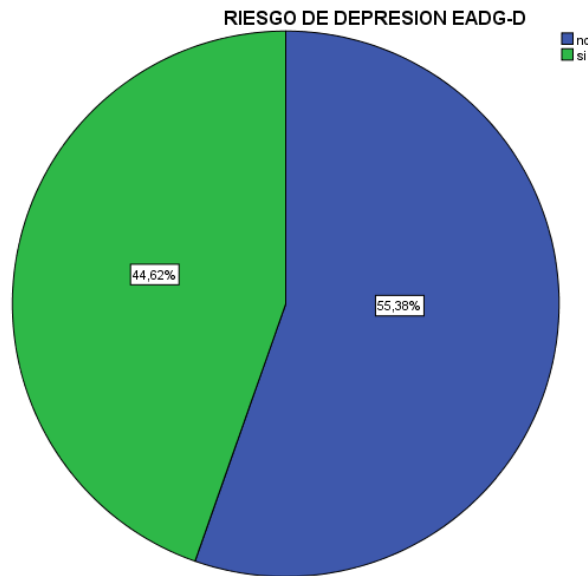
Ilustración 8 Riesgo de Ansiedad



En nuestra población se pudo observar que, del total de pacientes, el 43% correspondía a pacientes que presentan riesgo de ansiedad positivo según el test aplicado.

#### 4.1.4.3 *Riesgo de Depresión*

Ilustración 9 Riesgo de Depresión



Nuestra población presenta un alto número de pacientes con riesgo de depresión, llegando a 87 entrevistados que corresponde a un 45%.

#### 4.1.4.4 *Ansiedad y Depresión como patologías conjuntas*

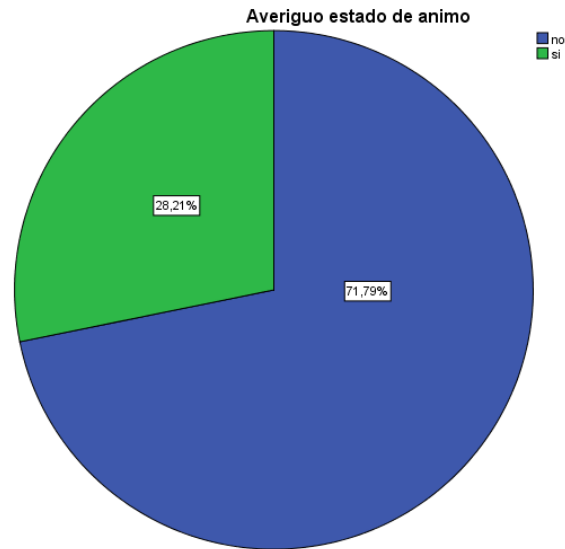
Tabla 7 Ansiedad y Depresión en conjunto

		Ansiedad y Depresión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	133	68,2	68,2	68,2
	si	62	31,8	31,8	100,0
Total		195	100,0	100,0	

Dentro del estudio el 31,8 % de la población encuestada presenta comorbilidades del aspecto psicológico en conjunto ansiedad y depresión siendo una cifra altamente alarmante.

#### 4.1.4.5 **Averigua Salud Mental**

Ilustración 10 consulta sobre estado de ánimo del paciente



Las personas entrevistadas refieren que en un número de 140 pacientes que corresponde al 72% no se consultó sobre el estado de ánimo al realizar la consulta.

#### 4.1.4.6 **Derivación a Salud Mental**

Ilustración 11 Derivación a Salud Mental

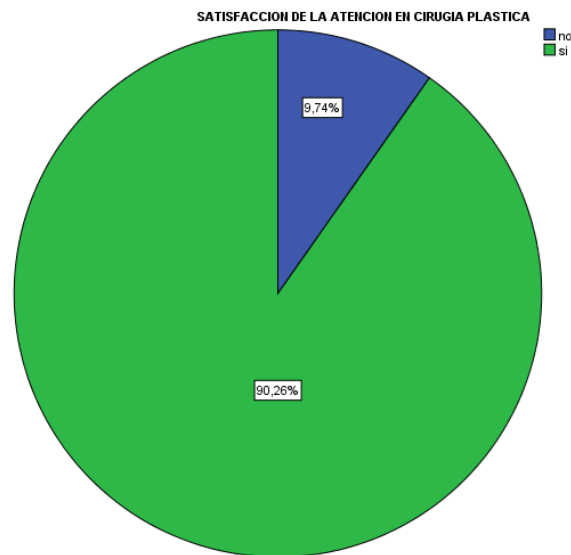


Los pacientes incluidos en la muestra no fueron derivados a salud mental para una atención, se observa según los datos obtenidos que llega a un 86%

#### 4.1.5 Satisfacción con la atención de Cirugía Plástica

##### 4.1.5.1 Satisfecho

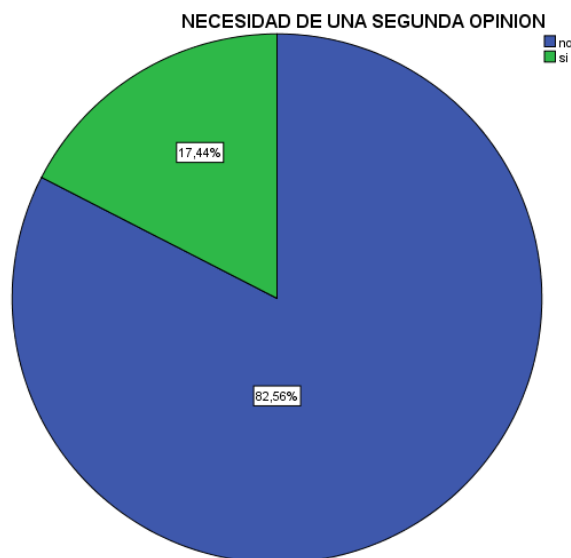
Ilustración 12 Satisfacción del Paciente



En nuestra población el 90% de los encuestados tienen un adecuado nivel de satisfacción con sus interrogantes y pudieron solucionar su problema apenas el 9.7% de la población se muestra insatisfecho pues no pudieron satisfacer todas sus dudas o no pudieron solucionar su problema

##### 4.1.5.2 Segunda Opinión

Ilustración 13 Necesidad de Segunda Opinión



Alrededor del 83% de los encuestados considera que no necesita una segunda opinión de un cirujano plástico para solucionar su problema sin embargo el 17% considera que necesita una segunda opinión para poder solucionar su padecimiento.

## 4.2 Análisis multivariable

### 4.2.1 Variables demográficas y la presencia de Trastorno Dismórfico Corporal

#### 4.2.1.1 Relación entre la edad y la presencia de Trastorno Dismórfico Corporal

Tabla 8 Relación entre la edad y la presencia de trastorno dismórfico corporal

Edad y Riesgo de dismorfismo	Obs	Mean	Min	25%	Median	75%	Max	Mode	
no	160	50,7125	18	38	50,5	64	92	45	p 0,0002
si	35	38,4	18	23	38	47	72	18	

En nuestro estudio se demuestra que la edad promedio para la presentación de los síntomas del trastorno dismórfico corporal es de 38,4 años al parecer los pacientes jóvenes se preocupan más por aspecto físico y probablemente son más vulnerables a que se presente este trastorno con un valor de p 0.0002 estadísticamente significativo de Mann-Whitney/Wilcoxon, la edad de presentación con mayor frecuencia es alrededor de los 18 años.

#### 4.2.1.2 Relación entre el sexo y la presencia de trastorno dismórfico corporal.

Tabla 9 Relación entre el sexo femenino y la presencia de trastorno dismórfico corporal

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio ( )	3,9012	1,6112	9,4464 (T)

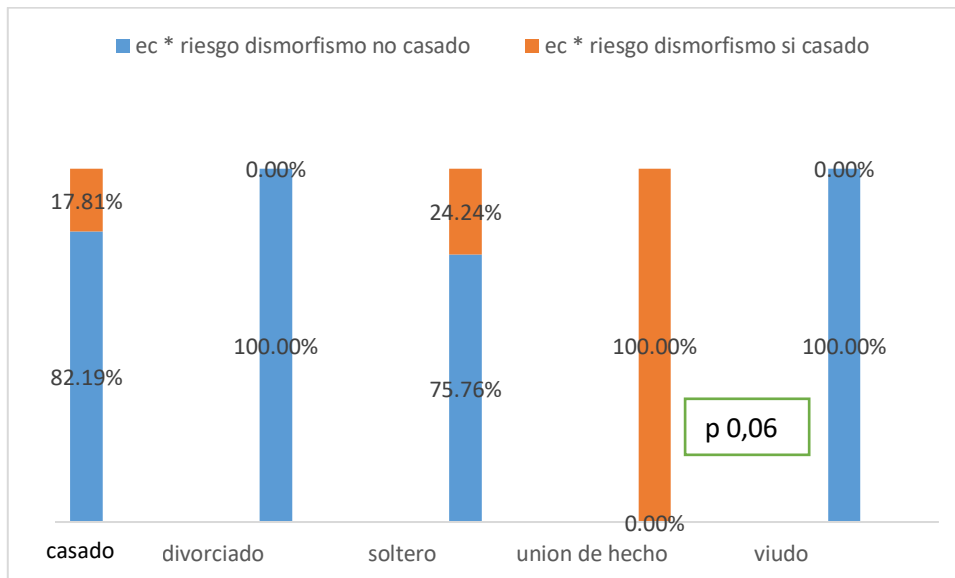
TEST ESTADISTICO	Chi-cuadrado	1-cola p	2-cola p
Chi-cuadrado - correlación (Yates)	8,8958		0,00285834

En nuestro trabajo se constata que el sexo influye sobre la presencia o no de trastorno dismórfico corporal es así que el hecho de ser hombre constituye un factor protector sobre la presencia del trastorno con (OR 0.2563, IC 95%, rango de 0.10-0.62) valor de p 0.0028. lo que indica que es un dato significativo.

Con respecto al sexo femenino el riesgo de padecer trastorno dismórfico corporal se ve incrementado en 3.9 veces siendo un riesgo moderado, con un (OR 3.90, IC 95%, rango de 1.61-9.44) valor de p 0.00285. lo que reporta un dato estadísticamente significativo.

#### 4.2.1.3 Estado civil y riesgo de dimorfismo corporal

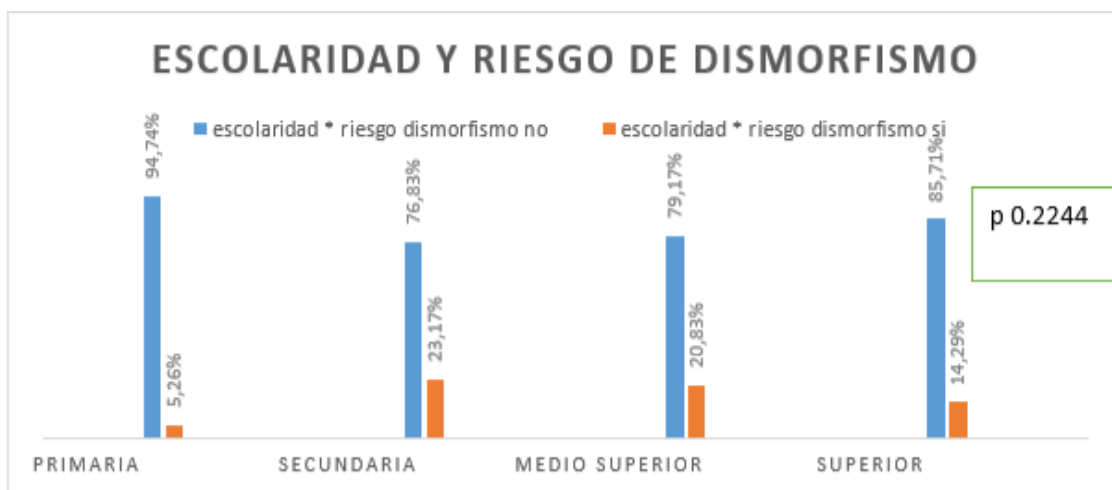
Ilustración 14 Estado Civil y Riesgo de Dismorfismo Corporal



Según los datos reportados en nuestra encuesta la unión de hecho reporta ser el más alto porcentaje para que los sujetos presenten dismorfismo corporal sin embargo los valores de p de 0.06 para estos hallazgos no son significativos para correlacionar su presencia.

#### 4.2.1.4 Relación entre el nivel de escolaridad y la presencia de trastorno dismórfico corporal

Ilustración 15 Escolaridad y Riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal

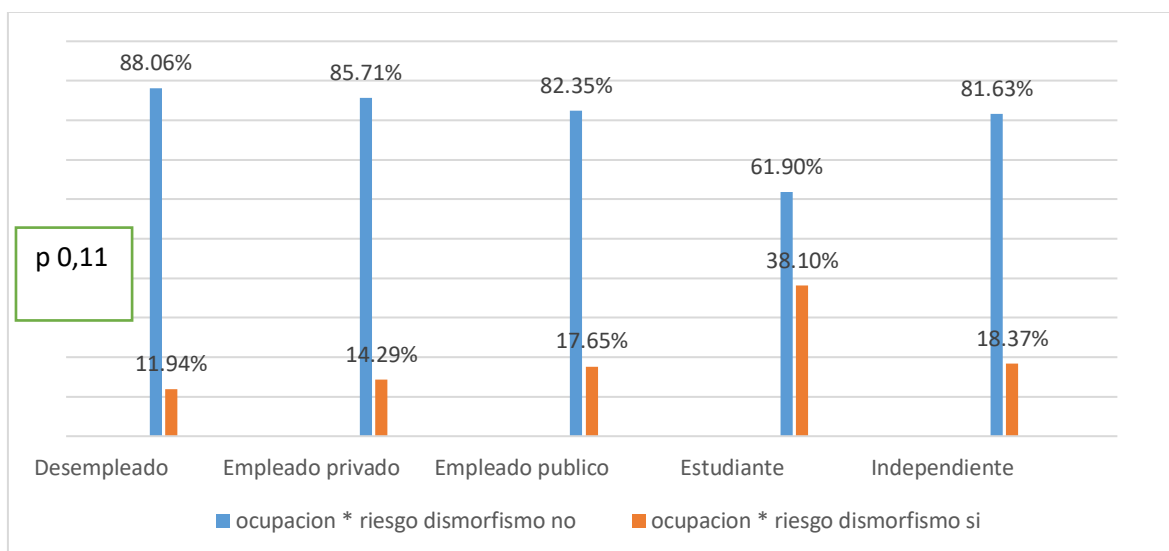


En los resultados definitivos se ve que las personas con un nivel de instrucción superior aparentemente presentan un riesgo mayor para presentar un trastorno dismórfico corporal

constituyendo alrededor del 35% de la población con riesgo quienes presentan una educación superior, sin embargo, el valor de  $p = 0.2244$ , lo que indica que la relación no es estadísticamente significativa por lo que la relación entre la escolaridad y el riesgo de dismorfismo no se justifica.

#### 4.2.1.5 Relación entre la ocupación y el trastorno dismórfico corporal.

Ilustración 16 Ocupación y Trastorno Dismórfico Corporal



En nuestra encuesta se ve que muy probablemente el hecho de estar dentro del grupo de individuos que se encuentran estudiando el riesgo de dismorfismo es mucho más alto sin embargo ninguno de los valores presentes en esta tabla demuestra valores estadísticamente significativos con un valor de  $p = 0.11$ .

#### 4.2.1.6 Relación del sexo con la cantidad de áreas de discomfort.

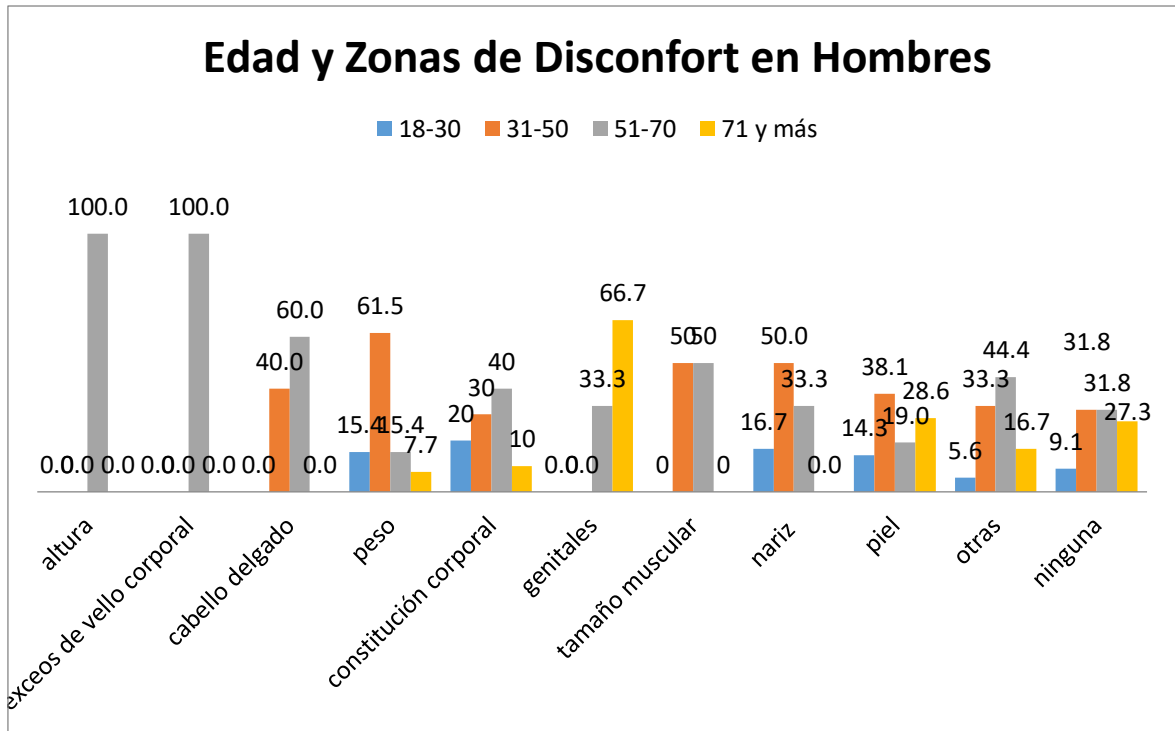
Tabla 10 Relación del sexo con la cantidad de áreas de discomfort

cuantas zonas disgustan * sexo	Obs	Mean	Min	25%	Median	75%	Max	Mode	
hombre	5	1,8	1	1	2	2	3	1	$p = 0,22$
mujer	11	1,3636	1	1	1	2	2	1	

En el presente trabajo se destaca la relación que existe entre el sexo y el numero de áreas de discomfort se estable que los hombres aparentemente tendrían mayor numero de zonas que disgustan con una media de 2 áreas sin embargo este dato no es un dato estadísticamente significativo pues su valor de  $p$  es de 0.22.

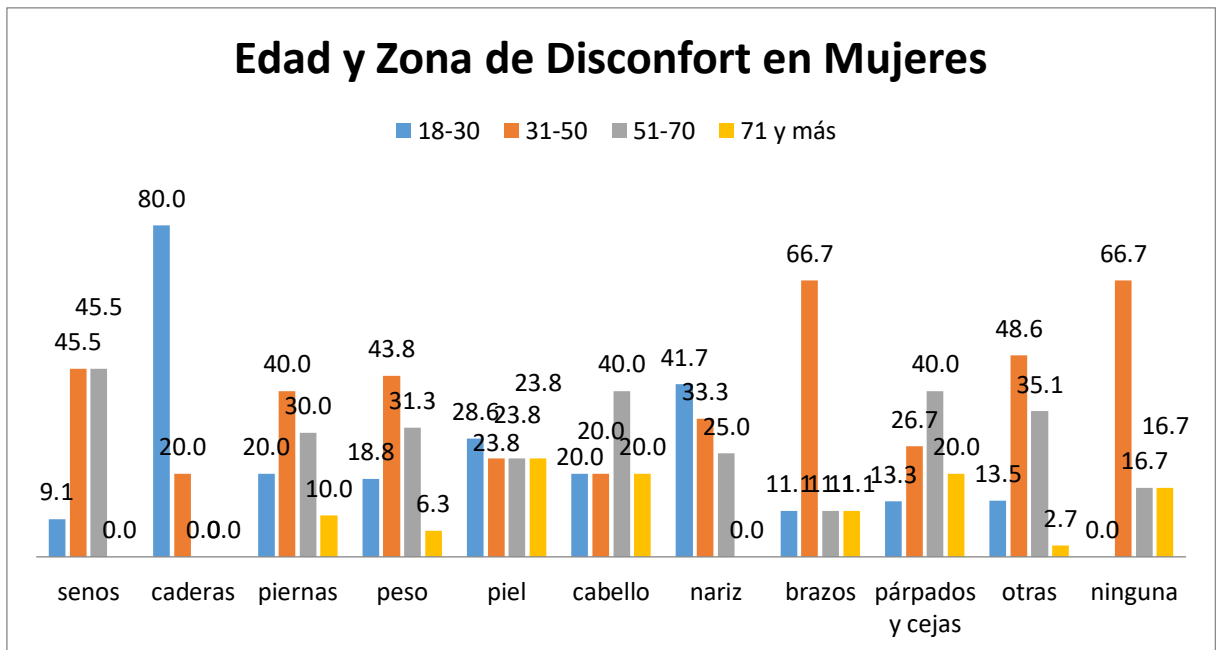
#### 4.2.1.7 Edad y áreas de disconfort. según el sexo.

Ilustración 17 Edad y Zonas de Disconfort en Hombres



En cuanto a la edad y las áreas que disgustan a los hombres se observa que a los hombres de 51 a 70 años la altura 100%, del exceso de bello corporal 100%, el cabello delgado 60% y el tamaño muscular el 100 entre sujetos de 31 a 71 años, el peso y la nariz son las áreas de mayor interés en sujetos de 31 a 50 años junto al tamaño de sus músculos, los genitales es el área de preocupación mayor en mayores de 71 años.

Ilustración 18 Edad y Zonas de Discomfort en Mujeres



Según los datos reportados en nuestra encuesta los senos es el área de mayor interés en mujeres de 31 a 71 años con un 91%, las caderas entre mujeres de 18-30 años con un 80%, las piernas es el área de mayor interés en mujeres de 31-50 años con un 40%, la piel en mujeres de 18 a 30 años con un 28.6%, el cabello en mujeres de 51-70 años con un 40%, la nariz en mujeres de 18 años con un 41.7%, los brazos en el 66.7% en mujeres entre los 31 y 50 años y los parpados y las cejas con un 40% en mujeres de 51-70 años. La zona con mejor distribución es la Piel presente en todos los grupos y en porcentajes similares.

4.2.2 Relación del trastorno dismórfico corporal con otras comorbilidades y calidad de atención recibida.

4.2.2.1 Relación entre la presencia de ansiedad y trastorno dismórfico corporal.

Ilustración 19 relación entre Ansiedad y Dismorfismo

		riesgo dismorfismo		
		si	no	
riesgo ansiedad	si	25 29,76 % 71,43 %	59 70,24 % 36,88 %	84 100,00 % 43,08 %
	no	10 9,01 % 28,57 %	101 90,99 % 63,13 %	111 100,00 % 56,92 %
		35 17,95 % 100,00 %	160 82,05 % 100,00 %	195 100,00 % 100,00 %

Tabla 11 Ansiedad y la presencia de trastorno dismórfico corporal

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio (producto del cruce)	4,2797	1,9218	9,5303 (T)

STATISTICAL TESTS	Chi-cuadrado	1-cola p	2-cola p
Chi-cuadrado - correlación (Yates)	12,6095		0,000383784

En base a los reportes de los datos de la población se estima que las personas con ansiedad tienen más riesgo de padecer TDC con un riesgo 4 veces mayor (OR 4.2; IC 95% 1.92-9.5), valor de p 0.00038 lo que nos indica un valor estadísticamente significativo.

#### 4.2.2.2 Relación entre depresión y trastorno dismórfico corporal.

Ilustración 20 Relación entre Depresión y Dismorfismo

		riesgo dismorfismo		
		si	no	
riesgo depresion	si	22 25,29 % 62,86 %	65 74,71 % 40,63 %	87 100,00 % 44,62 %
	no	13 12,04 % 37,14 %	95 87,96 % 59,38 %	108 100,00 % 55,38 %
		35 17,95 % 100,00 %	160 82,05 % 100,00 %	195 100,00 % 100,00 %

Tabla 12 Depresión y riesgo de trastorno dismórfico corporal

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio (producto del cruce)	2,4734	1,1628	5,2611 (T)

ANALISIS ESTADISTICO	Chi-cuadrado	1-cola p	2-cola p
Chi-cuadrado – correlación (Yates)	4,8799		0,02717154

Los datos estadísticos revelan la asociación entre la depresión y el riesgo de padecer trastorno dismórfico corporal 2 veces superior con un valor de (OR 2.47, IC 95% 1.16-5.26) con un valor de p 0.0271 valor que demuestra su asociación significativa.

4.2.2.3 **Ansiedad mas Depresión y el riesgo de padecer Trastorno Dismórfico Corporal.**

Ilustración 21 Relación Ansiedad y Depresión con Dismorfismo

		riesgo dismorfismo		
		si	no	
ansiedad y depresion	si	18 29,03 % 51,43 %	44 70,97 % 27,50 %	62 100,00 % 31,79 %
	no	17 12,78 % 48,57 %	116 87,22 % 72,50 %	133 100,00 % 68,21 %
		35 17,95 % 100,00 %	160 82,05 % 100,00 %	195 100,00 % 100,00 %

Tabla 13 Ansiedad y Depresión como Riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio (producto del cruce)	2,7914	1,3209	5,8989 (T)
TEST ESTADISTICO	Chi-cuadrado	1-cola p	2-cola p
Chi-cuadrado-correlación (Yates)	6,5192		0,010671443

La ansiedad y la depresión en conjunto juegan un papel como factor riesgo dos veces superior para desarrollar un trastorno dismórfico corporal con (OR 2.79, IC 95%, 1.32-5.89) con un valor de p 0.01067 cuyo factor de riesgo es estadísticamente significativo

#### 4.2.2.4 Trastorno Dismórfico corporal y satisfacción del usuario con la atención.

Ilustración 22 Satisfacción del usuario y Trastorno Dismórfico Corporal

		riesgo dismorfismo		
		si	no	
satisfecho	si	33 18,75 % 94,29 %	143 81,25 % 89,38 %	176 100,00 % 90,26 %
	no	2 10,53 % 5,71 %	17 89,47 % 10,63 %	19 100,00 % 9,74 %
		35 17,95 % 100,00 %	160 82,05 % 100,00 %	195 100,00 % 100,00 %

Tabla 14 Trastorno Dismórfico Corporal y el nivel de satisfacción del usuario con la atención.

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio (producto del cruce)	1,9615	0,4319	8,9086 (T)

TEST ESTADISTICO	Chi-cuadrado	1-cola p	2-cola p
Chi-cuadrado – correlación (Yates)	0,3281		0,566793064

El trastorno dismórfico corporal aparentemente presenta un riesgo con un (OR1.9, IC 95% 0.43-8.90) veces insatisfacción con la atención recibida durante la consulta sin embargo el valor, pero cuyo valor es estadísticamente no significativo con un valor de p 0.566.

#### 4.2.2.5 Trastorno dismórfico corporal y necesidad de segunda revaloración.

Ilustración 23 Trastorno Dismórfico Corporal y necesidad de Segunda Opinión

		riesgo dismorfismo		
		si	no	
segunda opinion	si	6 17,65 % 17,14 %	28 82,35 % 17,50 %	34 100,00 % 17,44 %
	no	29 18,01 % 82,86 %	132 81,99 % 82,50 %	161 100,00 % 82,56 %
		35 17,95 % 100,00 %	160 82,05 % 100,00 %	195 100,00 % 100,00 %

Tabla 15 Trastorno Dismórfico Corporal y Necesidad de una Segunda Opinión Medica

	Punto	95% Intervalo de Confianza	
	Estimado	Bajo	Alto
Odds Ratio (producto del cruce)	0,9754	0,3701	2,5705 (T)

TEST ESTADISTICO	Chi-cuadrado	1-cola p	2-colas p
Chi-cuadrado- correlación (Yates)	0		1

El trastorno dismórfico corporal y la necesidad de una segunda revaloración medica según los datos el riesgo estimado tiene un valor de (OR 0.97 IC 95% 0.3701-2.5705) con un valor de p 1 lo que lo indica como un valor no significativo.

## 5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Nuestro estudio comprende a 206 pacientes mayores de edad, de los cuales se incluye un total de 195 que cumplieron criterios de inclusión, como criterios de inclusión se tomó en cuenta a los pacientes que fueron atendidos por primera vez en la consulta externa de cirugía plástica sin importar si han tenido tratamiento previo en otra casa de salud o institución. Para el cálculo de la muestra se utiliza un intervalo de confianza del 95% con una prevalencia de patología de 0,15 apoyados en datos estadísticos encontrados en estudios previos. Nuestros criterios de exclusión fueron la presencia de antecedentes psicológicos o psiquiátricos ya identificados y en tratamiento al momento de la entrevista con lo que se excluyeron del estudio a 5 pacientes del total de entrevistados por tener antecedentes psicológicos o psiquiátricos y 6 que no fueron de primera vez en su consulta.

En cuanto a los resultados de las variables demográficas, la edad de la población comprende sujetos en un rango desde los 18 a 92 años, donde la moda es de 18 años, con una media y mediana en los 48 años, dentro de los cuales el 75% de la población es menor a los 60 años. (ver tabla

1) El sexo del paciente demostró que las mujeres acuden a consulta externa por primera vez en mayor porcentaje con un 55,9% y los hombres 44,1%.<sup>(ver tabla 2)</sup> El estado civil con mayor prevalencia es de casado con 74,9%, seguido de soltero en 16,9%, viudo 4,1%, divorciado 3,6% para finalizar con unión de hecho en 0,5%.<sup>(ver tabla 3)</sup> Con respecto al nivel de instrucción de los sujetos la mayoría de la población alcanza una educación básica con 52% (primaria 9,7% y secundaria 42,1%) y dentro de la población un 48% logra una educación profesional (medio superior 12,3% y superior 35,9%).<sup>(ver tabla 4)</sup> Así mismo, en cuanto a la ocupación de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de cirugía plástica es importante el porcentaje que se encuentra en una situación de desempleo llegando al 34,4%, las personas que son estudiantes que ocupa el 10,8% y sobre las personas que desarrollan una actividad laboral los empleados públicos tienen un 26,2%, los empleados privados un 3,6% e independientes 25,2% que sumado nos da un 54,9%.<sup>(ver tabla 5)</sup> Sobre las zonas que disgustan en cuanto al número se presenta disconfort en por lo menos una zona de su cuerpo en un 52,3%, 2 zonas 25,6%, 3 o más zonas 7,7%, hubieron casos en los que se señaló que ninguna zona causaba molestia que representó el 14,4%.<sup>(ver tabla 6)</sup> Las áreas que causan disconfort se dividió entre hombres y mujeres de nuestro estudio resultó que en hombres la altura representa un 2,3%, el exceso de vello corporal un 1,2%, adelgazamiento de cabello 5,8%, peso 15,1%, la constitución corporal 11,6%, los genitales 4,7%, el tamaño muscular 2,3%, la nariz 14%, piel 24,4%, otras 20,9% (divididas en abdomen 5%, cara 11%, codo 5%, cuello 6%, dientes 11%, manos 17%, masa en muñeca 6%, oídos 6%, párpados 11%, pecho 11%, piernas 11%) y ninguna 25,6%.<sup>(ver ilustración 1, 2)</sup> Lo mismo se evaluó en mujeres en donde se obtuvo que los senos tuvieron un 10,1%, caderas 4,6%, piernas 9,2%, peso 29,4%, piel 19,3%, cabello 4,6%, nariz 22%, los brazos 8,3%, párpados y cejas 13,8%, otras zonas 8,2% (dividido en abdomen 59%, altura 3%, cara 3%, cuello 8%, espalda 8%, manos 13%, orejas 3% y tórax 3%) y ninguna 5,5%.<sup>(ver ilustración 3, 4)</sup>

En nuestra población hubieron pacientes que ya fueron valorados previamente por cirugía plástica constituyendo un 23,59%, mientras los que no tienen un antecedente de atención previa en cirugía plástica u otra especialidad a fin llegan al 76,41%.<sup>(ver ilustración 5)</sup> Dentro de las citas previas hay varios valores que se detallan a continuación 1 vez 9,7%(19), 2 veces 4,6% (9), 3 veces 4,1%(8), 4 veces 1,5%(3), 5 veces 1,0%(2), 10 veces 1,0%(2), 6 veces 0,5%(1), 8 veces 0,5%(1), y 20 veces en 0,5%(1).<sup>(ver ilustración 6)</sup>

Un valor importante a observar era el riesgo a padecer Trastorno dismórfico Corporal que del total de encuestados dio como resultado 35 pacientes que representa el 17,95% con riesgo positivo, mientras que negativo para el mismo es de 82,05%.<sup>(ver ilustración 7)</sup> Según el test de Goldberg para riesgo de ansiedad arrojó un 43,06% positivo y un 56,92% negativo<sup>(ver ilustración 8)</sup>; así mismo el test de Goldberg para depresión nos dio un resultado de 44,62% positivo y negativo de 55,38%<sup>(ver ilustración 9)</sup>. Tomando en cuenta la similitud de los resultados se hizo un análisis de ansiedad y depresión como patologías conjuntas, que resultó en 31,8% positivo y 68,2% negativo.<sup>(ver tabla 7)</sup>

Con respecto a la atención brindada por los profesionales en la consulta externase observó que el médico averigua el estado de ánimo del paciente en un 28,21%, y no lo averigua en un 71,79%.<sup>(ver ilustración 10)</sup> En cuanto a la derivación a Salud Mental u otra especialidad esta se cumplió en un 14,36%, y negativo en un 85,64%, datos que tienen relación con la pregunta anterior.<sup>(ver ilustración 11)</sup> Esto aparentemente no influyó en su satisfacción ya que al ser preguntados se obtuvo un 90,26% para sí, mientras que no obtuvo un 9,74%.<sup>(ver ilustración 12)</sup> De nuestra población y posterior a su atención el 17,44% pensaba que necesitaba de una segunda opinión, y 82,56% no le era necesario.<sup>(ver ilustración 13)</sup>

El cruce de variables demográficas con riesgo de trastorno dismórfico nos arrojó que de las 35 personas que presentaron un riesgo positivo la media es de 38,4 años, la moda es de 18 años, con

un mínimo de 18 y máximo de 72, y el percentil de 25% es hasta los 23 años en donde se encontró un 40% de la población en este rango, todo esto nos representa una p significativa de 0,0002. (ver tabla 9)

En relación al sexo con la presencia de trastorno dismórfico corporal en hombres se evaluó dicha relación resultando un OR de 0,2563, con IC de 95% entre 0,1059 a 0,62907; chi-cuadrado de 8,89 que da una p significativa de 0,002. Para las mujeres la relación resultó en un OR 3,90, con IC de 95% entre 1,61 a 9,44; chi-cuadrado de 8,89 con una p significativa de 0,002. (ver tabla 9) Otro cruce realizado es el de estado civil con riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal en donde se ve que las personas casadas con riesgo llegan a un 17,81% y sin riesgo es de 82,19%; las personas divorciadas no presentaron riesgo en un 100%; el estado civil soltero con riesgo es de 24,2% y sin riesgo es de 75,76%; la unión de hecho obtuvo un riesgo de 100% mientras que las personas Viudas tuvieron un 100% en no riesgo. Chi-cuadrado 8,74 y una p no significativa de 0,06. (ver ilustración 14)

La relación entre escolaridad y riesgo de Trastorno Dismórfico Corporal se divide según el nivel y si presenta riesgo de la patología o no; de la misma tenemos que la educación primaria sin riesgo da un 94,74% y con riesgo es de 5,26%; la educación secundaria sin riesgo equivale a 76,83% y con riesgo 23,17%; educación medio superior sin riesgo 79,17% y con riesgo 20,83%; educación superior sin riesgo en 85,71% y con riesgo 14,29%. El chi-cuadrado es de 4,36 con una p no significativa de 0,22. (ver ilustración 15)

En cuanto a la relación entre la ocupación y trastorno dismórfico corporal se ve que el desempleo con riesgo es de 11,94% y sin riesgo 88,06%; empleado privado con riesgo 14,29% y sin riesgo 85,71%; empleado público con riesgo es de 17,65% y sin riesgo 82,35%; estudiantes con riesgo es de 38,10% y sin riesgo 61,90%; independiente con riesgo es de 18,37% y sin riesgo de 81,63%. El chi-cuadrado es de 7,50 con una p no significativa de 0,11. (ver ilustración 16)

La relación entre el sexo y la cantidad de áreas de discomfort nos arrojó que en los hombres la media es de 1,8 y en mujeres 1,3; la moda es 1 para ambos, con un mínimo de 1 y un máximo de 3 para hombres y 2 para mujeres, y el percentil de 25% es de 1 en donde se encontró una mediana de 2 para hombres y 1 para mujeres. La p encontrada fue de 0,22 no significativa. (ver tabla 10)

Se valoró la edad con las zonas de discomfort, para lo que se dividió en subgrupos de 18-30, 31-50, 51-70 y más de 70 años. En nuestros pacientes hombres se ve que la altura molesta en 100% en el rango de 51-70 años; el exceso de vello corporal molesta en un 100% al rango de 51-70%; el adelgazamiento de cabello presenta un 40% en las edades comprendidas de 31-50 y un 60% en edades de 51-70 años; el peso presenta un 15,4% en 18-30 años, 61,5% en 31-50 años, 15,4% en 51-70 años y 7,7% en 71 y más años; la constitución corporal presento unos resultados de 20% en los 18-30 años, 30% en los 31-50 años, 40% en los 51-70 años y 10% en los 71 y más años; el área de los genitales tuvo una distribución diferente presentando un 33,3% entre los 51-70 años y 66,7% entre 71 y más años de edad; El tamaño muscular se dividió en un 50% por igual para los rangos de 31-50 y 51-70 años; En la zona de la nariz se vió un 16,7% entre los 18-30 años, 50% entre los 31-50 años y 33,3% en 71 años y más; la piel tuvo una distribución más amplia con 14,3% entre los 18-30 años, 38,1% entre los 31-50 años, 19,0% entre los 51-70 años y 28,6% en los 71 años y más; al escoger otra zona se pudo ver que hubo un 5,6 % entre los 18-30 años, 33,3% entre los 31-50 años, 44,4% entre los 51-70 años y 16,7% entre los 71 años y más; para finalizar en el campo donde se escogió ninguna nos resultó un 9,1% entre los 18-30 años, 31,8% entre los 31-50 años, 31,85 entre los 51-70 y 27,3% entre los 71 años y más. (ver ilustración 17) En el mismo análisis anterior pero con pacientes mujeres se observa que los senos tiene un 9,1% entre los 18-30 años, 45,5% entre los 31-50 años, 45,5% entre los 51-70 años; para la zona de la cadera se tiene un 80%

en los 18-30 años y el 20% restante se ubica en los 31-50 años; el área de las piernas tiene una distribución más amplia de 20% entre los 18-30 años, 40% entre los 31-50 años, 30% entre los 51-70 años y un 10% entre los 71 y más años; el peso siendo un campo importante en mujeres presentó el 18,8% en las edades de 18-30, un 43,8% en edades de 31-50, el 31,3% entre 51-70 años y 6,3% en personas de 71 años y más; la piel tiene una distribución más equitativa con 28,6% en el rango de 28,6 años, 23,8% en 31-50 años, 23,8% entre 51-70 años y 23,8% para las personas de 71 años y más; el cabello significó un 20% en pacientes de 18-30 años, 20% entre 31-50 años, un 40% para las personas de 51-70 años y finalmente un 20% para gente de 71 años y más; la nariz nos da un 41,7% para el rango de edad de 18-30, la edad de 31-50 años tiene un 33,3%, y el 25% para las personas de 51-70 años; los brazos son un área que tiene una distribución de 11,1% para edades de 18-30 años, un 66,7% para 31-50 años y los rangos de 51-70 y 70 y más comparten un 11,1%; los párpados y cejas presentaron un 13,3% en personas de 18-30 años, 26,7% entre 31-50 años, 40% entre 51-70 años y un 20% para 71 años y más; la opción de otra zona arrojó un 13,5% para 18-30 años, 48,6% entre 31-50 años, 35,1% para las edades de 51-70 y apenas un 2,7% en 71 años y más; por último en ninguna zona de disconfort se aprecia un 66,7% para los 31-50 años, y un 16,7% en los campos de 51-70 y el rango de 71 años y más. <sup>(ver ilustración 18)</sup>

La relación entre la presencia de ansiedad con trastorno dismórfico corporal nos dio resultados de un OR de 4,2797, con IC de 95% entre 1,9218 a 9,5303; chi-cuadrado corregido de 12,6095 que da una p significativa de 0,00038. <sup>(ver tabla 11)</sup> Así mismo para la relación entre depresión y trastorno dismórfico corporal resultó en un OR de 2,4734, con IC de 95% entre 1,1628 a 5,2611; chi-cuadrado corregido de 4,8799 con una p significativa de 0,027. <sup>(ver tabla 12)</sup> Con estos resultados se realizó la relación entre la presencia de riesgo de ansiedad y depresión con riesgo de padecer dismorfismo corporal que resultó con un OR de 2,7914, con IC de 95% entre 1,3209 a 5,8989; chi-cuadrado corregido de 6,5192 y una p significativa de 0,0106. <sup>(ver tabla 13)</sup>

Para terminar, se compararon variables de atención al usuario y su relación con la presencia de riesgo de trastorno dismórfico corporal. La primera fue de su relación con satisfacción del usuario con la atención que arrojó un OR de 1,9615, con IC de 95% entre 0,4319 a 8,9086; chi-cuadrado corregido de 0,3281 y una p no significativa de 0,5667. <sup>(ver tabla 14)</sup> Así mismo se comparó el riesgo con una necesidad de una segunda opinión médica en donde se obtuvo un OR de 0,9754, con IC de 95% entre 0,3701 a 2,5705; chi-cuadrado corregido de 0 y una p no significativa de 1. <sup>(ver tabla 15)</sup>

## 6 DISCUSIÓN

Actualmente el Trastorno Dismórfico Corporal es un problema de salud que implica el adecuado conocimiento de su comportamiento junto a un diagnóstico oportuno por parte de los especialistas tanto de salud Mental como de Cirugía Plástica, todo esto debido a que se ha convertido en una patología creciente en nuestro medio, con un alto porcentaje de casos no diagnosticados que según datos reportados en la población general llega al 5,8% (Mollmann et al., 2017), y en trabajos reportados por médicos especialistas en psiquiatría alcanzan una frecuencia de TDC de 11.9% (Phillips et al) hasta 32.9%. La prevalencia de TDC en la consulta de cirugía plástica alcanza un porcentaje de alrededor del 15% según datos reportados (Rafael V, Eiras R. 2017), en nuestro trabajo el porcentaje alcanzado no se aleja de esta realidad alcanzando un 17.95% de la población estudiada de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta de cirugía plástica.

Entre varios estudios, la edad de presentación de los síntomas del TDC indica una mayor frecuencia en la adolescencia tardía con un 70% (Veale D., et al 2000), en otros trabajos (Flores M. et al, 2009) la edad de presentación de los síntomas está entre los 18 y 23 años con un porcentaje

del 41%, según los datos obtenidos en nuestra investigación los resultados son similares a los observados con la presencia de esta alteración en las edades comprendidas desde los 18 a los 92 años, y con mayor frecuencia en menores a los 38,4 años con un 70% de la población; la edad de 18 años sigue siendo la edad donde se presenta con mayor frecuencia con un 40% de la población de 18 a 23 años, esto es atribuible a que en este rango de edad los pacientes se interesan más por su aspecto físico al que le dedican más tiempo de lo habitual, sin embargo no se puede excluir a los pacientes de la tercera edad pues la patología también puede evidenciarse en menor cuantía, en dichos sujetos aparentemente el aspecto físico no es algo importante o los sujetos indican conformidad con su aspecto sin embargo hay que tener en cuenta dicho hallazgo, ya que en ciertos trabajos se indica que la frecuencia puede incrementarse luego de la menopausia (Bjornsson et al., 2010), aquí la presencia del TDC en nuestro estudio alcanza valores de 8.5% en sujetos mayores de 60 años con una significancia estadística ( $p = 0.0002$  valores significativos).

En cuanto al sexo las mujeres son las que en su mayoría consultan un servicio de cirugía plástica (Carrero M. 2009), en nuestro estudio este hecho sigue manteniéndose, pues la mayor cantidad de la población sigue siendo mujeres que acude a una valoración en cirugía plástica representando por el 55.9% con una relación 1.2 a 1 entre mujeres vs hombres; en cuanto a la prevalencia del TDC dentro de la población femenina encuestada se encuentra alrededor del 25.88% , es decir que 4 de cada 10 mujeres encuestadas presentan riesgo para esta patología, lo que puede constituirse como un factor de riesgo para padecer dismorfismo con un OR de 3.70 (I.C. 95% 1.61-9,44 valor de  $p = 0.002$ ) valores con significancia estadística. En el caso de los hombres el sexo al contrario de las mujeres constituye un factor protector.

Según datos revisados en la literatura el estado civil aparentemente influye sobre la presencia de dismorfismo, se indica que alrededor del 50% de sujetos en estado de unión libre pueden presentar dicho padecimiento (Davila P., Patricio C. 2014). En nuestro estudio se registra un porcentaje del 100% de los participantes en unión libre, sin embargo los datos no son estadísticamente significativos con valor de  $p = 0.06$ , atribuible a el número de participantes en dicho estado civil, sin embargo puede ser un tema de interés para investigaciones futuras ya que en estados civiles como el de soltería los valores alcanzan un 24% y en estados civiles de casados se llega a un 17% atribuibles a que los pacientes desean mejorar su aspecto físico para ser más atractivos para sus parejas, en estados civiles de divorcio y viudo no se registra porcentajes de dismorfismo pues a decir de los sujetos no hay mucha importancia con relación a su aspecto físico. Insistimos que este puede ser un campo a tomarse en cuenta en investigaciones futuras.

Son escasos los trabajos relacionados con la influencia negativa del nivel de escolaridad sobre la presencia de dismorfismo corporal, en un estudio previo se encontró que a nivel instrucción escolar básica el porcentaje de sujetos que presentan esta patología va del 21.3% al 22.9% (Davila P., Patricio C. 2014), a nivel de estudiantes universitarios el porcentaje de TDC llega al 56% (Flores M. et al, 2009), en nuestro trabajo el porcentaje de pacientes con un nivel de instrucción superior y dismorfismo alcanza 35% y en pacientes con instrucción básica el 28% sin embargo los datos registrados son estadísticamente no significativos con valores de  $p = 0.22$ , atribuibles a la distribución poblacional pues la mayoría de sujetos de nuestro estudio alcanza un nivel de instrucción básico por lo que se constituye un tema para futuras investigaciones para lograr conseguir una muestra más homogénea de la población.

En cuanto a la ocupación desempeñada por los participantes y la presencia de dismorfismo no se encuentran estudios para poder realizar una comparación de los resultados, sin embargo, en nuestra población se registran datos elevados de la presencia de este trastorno en sujetos que se encuentran desempeñando una actividad de estudios básicos o universitarios con el 38%, muy por debajo de los resultados reportados del 56% (Flores M. et al. 2008). Según datos

demográficos reportados en publicaciones previas (Giraldo M. 2017) se registran altas tasas de desempleo en sujetos con dismorfismo corporal, en nuestra muestra la presencia de empleo, desempleo y ocupación no influye sobre la población y la presencia o ausencia del síndrome con valores de  $p < 0.1$ , lo que muestra que no existe una asociación entre dichas variables y probablemente dicha situación se debe a que toda la población encuestada pertenece a la seguridad social de las fuerzas armadas y tiene atención médica sin costo.

El equilibrio entre las diferencias globales de género es mínimo, los datos de otros trabajos indican algunas diferencias en relación con la parte del cuerpo sobre el que existe discomfort; en las mujeres las preocupaciones recaen sobre áreas como la piel, el abdomen y el peso, en hombres las áreas de preocupación se centran en defectos como los genitales, la estructura corporal, y el cabello, (Camacho-Laraña, Alcalá-Pérez y Nieves-Alcalá, 2015; Phillips et al., 2005). En nuestro estudio las áreas de mayor interés para las mujeres se centran en áreas como el peso, la nariz, la piel, los párpados y cejas; en base a los grupos de edad y su área de interés en la población femenina los senos son el área de mayor interés en el rango de 31 a 71 años con un 91%, las caderas en edades de 18-30 años con un 80%, de 31-50 años son las piernas con un 40%, la piel de 18 a 30 años con un 28.6%, el cabello entre 51-70 años con un 40%, la nariz en edades de los 18 años con un 41.7%, los brazos en el 66.7% en mujeres entre los 31 y 50 años, así como los párpados y las cejas con un 40% en mujeres de 51-70 años. Para los hombres las áreas de mayor interés son la piel, la nariz, el peso y la constitución corporal, tomando en cuenta esto en base a los grupos de edad, se observa que en los pacientes masculinos de 51 a 70 años su principal preocupación es la altura en un 100% además del exceso de vello corporal en un 100%, el cabello delgado en 60% y el tamaño muscular en el 100% entre sujetos de 31 a 71 años, el peso y la nariz son las áreas de mayor interés en sujetos de 31 a 50 años con 61,5% y 50% respectivamente, así mismo los genitales es el área de mayor preocupación en mayores de 71 años con 66,7% y en cuanto a la cantidad de áreas de discomfort relacionado con el sexo no se registran datos significativos de diferencia.

Cabe mencionar que dentro de los parámetros de la encuesta se utilizó una opción abierta en donde se podía mencionar otra zona no enlistada anteriormente, donde se evidenció que es de gran importancia para las mujeres la zona del abdomen, llegando a un 59%, concentrando la mayoría de su campo en personas de 31 a 50 años. En hombres no se encontraron zonas representativas no enlistadas, pero si un dato que llama la atención y es que el 25,6% de los hombres indican no tener ninguna área de interés o preocupación en su aspecto físico, que puede ser relacionado con mayor grado conformidad con el mismo (corroborado con los resultados de nuestra investigación) o tal vez está en relación con que la población a nivel de hombres en su mayoría pertenece a militares en servicio activo y pasivo, probablemente existiendo ciertos prejuicios por dichos comportamientos.

No se registran estudios en cuanto al número de citas previas de los padecimientos de cirugía plástica pero los datos de nuestra encuesta indican que los sujetos pueden consultar desde 1 a 20 ocasiones por el mismo padecimiento a cirugía plástica o a otras especialidades, teniendo porcentajes de 1 al 10% datos no muy relevantes en nuestro estudio al momento, pero a tomar en cuenta en futuras investigaciones.

Algunos trabajos informan sobre tasas elevadas de comorbilidad entre el TDC y trastornos tan diversos como depresión con una prevalencia cercana al 75% y ansiedad con una prevalencia 35%, (Gunstad y Phillips, 2003; Phillips, Menard, Fay, y Weisberg, 2005). En nuestro trabajo se registran cifras del 44% para depresión, y ansiedad del 43% y la presencia conjunta de estas dos patologías alcanza el 31.8% de la población con estos datos se estima que el riesgo de presentar ansiedad y TDC se incrementa hasta 4.27 veces, superior al de la población general la presencia de

depresión y TDC el riesgo se incrementa 2.4 veces y que las dos comorbilidades estén en conjunto puede incrementar el riesgo de padecer TDC en 2.7 veces.

Como datos adicionales en cuanto al nivel de satisfacción en nuestro estudio se indica que los pacientes tienen alto grado de satisfacción calculado en un 90,26% y apenas un 9.74% registran insatisfacción, dentro de este último grupo el 5.7% presenta TDC; el alto grado de satisfacción es atribuible a la calidad de atención recibida por parte del personal que labora en la institución que se correlaciona con los pacientes que no requieren una segunda opinión por parte de otro personal médico pues alrededor del 71.79 % indican no requerir una segunda opinión y apenas el 28.21% quisiera segunda opinión de otro especialista de estos el 17.4% presenta TDC. Al correlacionar los datos no se muestra una correlación entre ninguna de estas variables en nuestra estadística con valores de OR 1.96 para satisfacción con una p 0.5 y un OR de 0.97 con un valor de p de 1 esto probablemente a que los pacientes indican haber encontrado satisfacción con la atención recibida pero se tendría que revalorar a los pacientes cuando su padecimiento haya sido resuelto para constatar si realmente lograron satisfacer sus expectativas.

## **7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.1 Conclusiones**

El TDC es un trastorno obsesivo que genera una preocupación con un defecto imaginario, ligeramente presente o normal y que es percibido en su autoimagen como un defecto anormal, esta patología causa un importante debilitamiento a nivel social, afectivo y funcional, ya que influye al crear una obsesión sobre estos defectos e impide relacionarse con el entorno; Dicha enfermedad es infra valorada por el personal médico perteneciente a cirugía plástica.

La prevalencia de TDC en pacientes que acuden a consulta externa de cirugía plástica está presente en un importante porcentaje; en donde el sexo femenino, jóvenes y en edad productiva puedan constituirse en factores de riesgo para desarrollar dismorfismo.

Las áreas o zonas que se causan disgusto en los pacientes son similares para ambos sexos con pequeñas diferencias en porcentajes, y la piel es el área que obtuvo una distribución más homogénea, y que genera mayor interés en la población estudiada.

Al igual que otros estudios que informan sobre tasas elevadas de comorbilidad entre el TDC y trastornos de salud mental como depresión y ansiedad, hay que tenerlos presentes durante las valoraciones iniciales pues constituyen factores de riesgo para que los pacientes que las padecen desarrollen un trastorno dismórfico corporal. Por lo tanto, se considera que consultar sobre su estado de ánimo actual puede ayudar a tamizar pacientes y tener un adecuado abordaje terapéutico.

Todos estos datos tienen que ser tomados en cuenta por los profesionales de cirugía plástica antes de realizar cualquier procedimiento por el riesgo que pueden constituir, ya que pueden influir al causar inconformidad y expectativas poco realísticas de los resultados; sin importar si estos procedimientos sean de tipo estético o reconstructivo, y así evitar que se generen conflictos que desgasten a los profesionales e inclusive evitar demandas o persecución para el personal médico que labora en cirugía plástica.

### **7.1.1 Fortalezas**

Estudio de muestra representativa que serviría para extrapolar datos a la población general, con una distribución equitativa de un grupo específico, lo que permite tener alto grado de confianza en los resultados presentados y que sirva como pionero en este tipo de estudios en el país y la región.

El tema presentado es de gran importancia para los médicos pertenecientes a la especialidad de cirugía plástica o afines y nos invita a dar más importancia al aspecto afectivo y emocional del paciente para así mejorar su atención, dar apoyo integral y evitar posibles complicaciones posteriores.

### **7.1.2 Debilidades**

Existe gran cantidad de pacientes que pertenecen o pertenecieron a las fuerzas militares, al realizar preguntas sobre su aspecto físico pudo ocultarse información por prejuicios existentes en la sociedad.

Los resultados de la presencia de dismorfismo podrían variar, pues al momento la valoración que se realiza, se incluye no solo a pacientes que buscan mejoría del aspecto estético si no también son pacientes con secuelas de traumas o lesiones previas que están en busca de una mejoría de su lesión.

## **7.2 Recomendaciones**

Los datos obtenidos en nuestra investigación tienen que ser tomados en cuenta por los profesionales de cirugía plástica en su atención diaria, para así obtener un nivel de satisfacción elevado de los procedimientos realizados ya sean de tipo estético o reconstructivo, y evitar conflictos que desgasten a los profesionales e inclusive evitar demandas o persecución para el personal médico que labora en cirugía plástica.

No dejar de lado la importancia de una evaluación de salud mental oportuna al paciente que acude a consulta de cirugía plástica por primera ocasión, indagar sobre su estado emocional previo a las preocupaciones que genera su padecimiento y el tiempo que dedica al mismo, así como la aplicación de cuestionarios simples y rápidos, que pueden ser realizados por cualquier persona no involucrada con el ámbito médico, hasta lograr crear un protocolo de detección de estas patologías; lo mismo que puede tener ventajas a la hora de seleccionar un paciente o brindar el apoyo necesario previo a la realización de cualquier procedimiento.

Se debe replicar dicho estudio en instituciones de salud tanto públicas como privadas para observar si existe una variación de los porcentajes aquí presentados, ya que las prestaciones de servicios pueden ser diferentes.

## 8 BIBLIOGRAFÍA

- Pavan C, Vindigni V, Semenzin M, Mazzoleni F, Gardiolo M, Simonato P, et al. Personality, temperament and clinical scales in an Italian plastic surgery setting: what about body dysmorphic disorder?. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2006; 10:91-6.
- Veale D. Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull R Coll Psychiatr* 2000; 24:218-21.
- Castelló JR, Barros J, Chinchilla A. Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: case report. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22:329-31.
- Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005; 29:503-9.
- Morselli PG, Micai A, Boriani F. Eumorphic plastic surgery: Expectation versus satisfaction in body dysmorphic disorder. *Aesthetic Plast Surg* 2016;40:592–601.
- Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(6):573-91.
- Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, pheA sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(2):243-59.
- Knorr NJ, Edgerton MT, Hoopes JE. The “insatiable” cosmetic surgery patient. *Plast Reconstr Surg*. 1967;40(3):285-9.
- Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970;116(533):399-406.
- Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008;5(1):50-8
- Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plast Surg*. 2008;32(2):473-84.
- Franca K, Rocchia MG, Castillo D, AlHarbi M, Tchernev G, Chokoeva A, et al. Body dysmorphic disorder: history and curiosities [epub ahead of print]. *Wien Med Wochenschr* 2017;167(Suppl 1):5–7.
- Sweis IE, Spitz J, Barry Jr DR, Cohen M. A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. *Aesthetic Plast Surg* 2017;41:949–54.
- Anderson RC. Body dysmorphic disorder: Recognition and treatment. *Plast Surg Nurs* 2003;23:125–8.
- De Brito MJ, Nahas FX, Cordas TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and body weight concerns in patients seeking abdominoplasty. *Aesthet Surg J* 2016;36:324–32.

- Bouman TK, Mulkens S, van der Lei B. Cosmetic professionals' awareness of body dysmorphic disorder. *Plast Reconstr Surg* 2017;139:336–42.
- Mollmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res* 2017;254:263–7.
- Locatelli K, Boccara D, De Runz A, Fournier M, Chaouat M, Villa F, et al. A qualitative study of life events and psychological needs underlying the decision to have cosmetic surgery. *Int J Psychiatry Med* 2017;52:88–105.
- Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrum*, 13, 316-322.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Braehler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36, 877-885.
- Danesh M, Beroukhim K, Nguyen C, Levin E, Koo J. Body dysmorphic disorder screening tools for the dermatologist: A systematic review. *Pract Dermatol* 2015;2:44–9.
- Kyle A. Body dysmorphia and plastic surgery. *Plast Surg Nurs* 2012;32:96–8.
- Mosley PE. Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:191–8.
- Phillips, K.A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E.R, & Stout, R.L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 43, 1109–1117.
- Patchin JW. New national bullying and cyberbullying data [Internet]. [cited 2017 August 27]. Available from: <https://cyberbullying.org/new-national-bullying-cyberbullying-data>; 2016.
- McConnell LK, Duffel PG, Lee WW, Black DW, Shriver EM. Beauty is in the eye of the beholder: Body dysmorphic disorder in ophthalmic plastic and reconstructive surgery. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2015;31
- Mufaddel A, Osman OT, Almugaddan F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013;15.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., & Steketee, G. (2013). *Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Veale, D. & Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 150-160.
- Crerand, C.E., Phillips, K.A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 549-555.

- Grant, J.E., Kim, S.W., & Crow, S.J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 517-522.
- Phillips, K.A., Didie, E.R., Feusner, J., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1111-1118.
- Fang, A. & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187–212.
- Veale, D. & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1381-1393.
- Marqués, L.M., Weingarden, H.M., LeBlanc, N.J., & Wilhelm, S. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment engagement among people with body dysmorphic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 286–93.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J.A. (2006). Body Dysmorphic Disorder. In J.E. Fisher & W.T. Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp 142-150). New York: Springer.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 317-325.
- Bellino, S., Zizza, M., Oaradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, S., & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144, 73-78.
- Phillips, K.A. (2007). Suicidality in body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 14, 58-66.
- Ross J, Gowers S. Body Dysmorphic Disorder. *Adv Psychiatr Treat*.2011;17:142-9.
- Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro F, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg*. 2002;25(6):305-8. 7.
- De Brito MJ, Nahas FX, Ferreira LM. Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorder? *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(2):406e-7e
- Jorge RT, Sabino Neto M, Natour J, Veiga DF, Jones A, Ferreira LM. Brazilian version of the body dysmorphic disorder examiBrazilian version of the body dysmorphic disorder examination. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(2):87-95.
- Rafael V. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesth Plast Surg* 2017 Aug;41(4):964-970.
- Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):47-53.

De Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Felix GA, Neto MS, Ferreira LM Understanding the psychopathology of body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: a literature review. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica 2014 29 (4), 599-608.

Phillips, K.A. & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. American Journal of Psychiatry, 163, 1280-1282.

Bjornsson, A.S., Didie, E.R., & Phillips, K.A. (2010). Body Dysmorphic Disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience, 12, 221-232.

Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L.C., Greenberg, J.L., & Dimaitre, R.A. (2010). A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder. Cognitive and Behavioral Practice, 17, 241–247.

Sabina B, Gun W, Barbro W and Klaas W, Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women, 2013, Psychiatry Research, (210), 2, 647-652.

Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.

Giraldo M. Belloch A. El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22, 69-84, 2017

Carrero M. Importancia en la detección de trastorno dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo, Med UNAB, Vol. 12 Número 1, abril de 2009.

Davila P. Carrion P; Insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato de los colegios particulares mixtos 2013-2014; Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Tesis 2013-2014.

Flores C. et al, Prevalence of dysmorphic disorder in students of medicine at the “Universidad Autónoma de Aguascalientes”, Dermatología cosmética, médica y quirúrgica Volumen 8 / Número 1 n enero-marzo de 2010.

## 9 ANEXOS

### 9.1 ANEXO 1: MODELO DE ENCUESTA

Anexo 1. Modelo de Encuesta

CODIGO-CC
-----------

#### VALORACION DEL TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL (TDC) EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA PLASTICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS NÚMERO 1.

El objetivo de la presente encuesta es obtener datos sobre la prevalencia del TDC y la atención psicológica que se brinda en su atención médica lo que permitirán obtener datos para poder evaluar prevalencias y poder mejorar la calidad de su atención para futuras citas.

1. Edad en años cumplidos: ( )

**MARQUE CON UNA X CADA PREGUNTA ENTRE LOS PARENTESIS SEGÚN CORRESPONDA SU RESPUESTA**

2. Sexo:

Hombre ( )

Mujer ( )

3. Estado Civil:

Soltero ( ), Casado ( ), Unión Libre ( ), Unión de hecho ( ), Divorciado ( ), Viudo ( )

4. Nivel de escolaridad:

Primaria ( ), Secundaria ( ), Medio superior ( ), Superior ( )

5. Ocupación:

Estudiante ( )

Empleado Público ( )

Empleado Privado ( )

Independiente ( )

Desempleado ( )

6. Indique cuantas partes de su cuerpo le disgustan y la que a usted más le preocupa una área o zona ( ), dos áreas o zonas ( ), más de 2 áreas o zonas ( )

Indique la zona que le preocupa .

MUJERES

Los senos, ( )

Las caderas, ( )

Las piernas, ( )

El peso corporal, ( )

La piel, ( )

El cabello ( )

La nariz ( )

Los brazos ( )

Los parpados o cejas ( )

OTRA \_\_\_\_\_

HOMBRES

Altura, ( )

El exceso de vello corporal, ( )

El adelgazamiento del cabello, ( )

El peso, ( )

La constitución corporal, ( )

Los genitales, ( )

El tamaño muscular,

La nariz, ( )

La piel, ( )

OTRA \_\_\_\_\_

7. Ha consultado o ha recibido tratamiento por un especialista en cirugía plástica o estética previamente antes de esta cita en caso de su respuesta sea afirmativa indique el número de citas previas.

Si ( ) No ( )

Numero de citas \_\_\_\_\_

8. Antes de contestar las siguientes preguntas indique si usted ha recibido previamente atención por su salud mental o emocional previamente en los últimos años en el caso de ser afirmativa pase a la pregunta (12).

Si ( ) No ( )

9. BDDQ

1. Está preocupado (a) por su aspecto físico.  
Si ( ) No ( )
2. Si la respuesta es **SI** piensa en sus problemas de apariencia y desearía pensar menos en ellos.  
Si ( ) No ( )
3.
  - a. Le molesta con frecuencia su preocupación sobre el aspecto físico  
Si ( ) No ( )
  - b. La preocupación por si aspecto físico ha interferido en hacer cosas con sus amigos, en salir, relacionarse con otras personas o en sus actividades sociales de forma frecuente.  
Si ( ) No ( )
  - c. La preocupación por su aspecto físico le ha generado algún problema en la universidad, trabajo o en otras actividades.  
Si ( ) No ( )
  - d. Hay cosas que evita debido a su aspecto físico  
Si ( ) No ( )
4. En un día normal cuanto tiempo emplea pensando en su apariencia (sume todo el tiempo que emplea en total en un día y después seleccione una de las siguientes opiniones).

Menos de 1 hora al día ( )

De 1 a 3 horas al día ( )

Más de 3 horas al día ( )

5. ¿Su principal preocupación con su apariencia es que no es lo suficientemente delgado o que puede engordar?  
Si ( ) NO ( )

Para colocar el total de cada TEST

## 10. EADG-A

**En los últimos quince días usted ha sentido alguno de los siguientes síntomas**

- Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión.  
Si ( ) No ( )
- Ha estado muy preocupado por algo.  
Si ( ) No ( )
- Se ha sentido muy irritable.  
Si ( ) No ( )
- Ha tenido dificultad para relajarse (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar este cuestionario).  
Si ( ) No ( )
- Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir.  
Si ( ) No ( )
- Ha tenido dolores de cabeza o nuca.  
Si ( ) No ( )
- Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea.  
Si ( ) No ( )
- Ha estado preocupado por su salud.  
Si ( ) No ( )
- Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido  
Si ( ) No ( )

## 11. EADG-D

**En los últimos 15 días usted ha sentido alguno de los siguientes síntomas**

- Se ha sentido con poca energía.  
Si ( ) No ( )
- Ha perdido usted su interés por las cosas.  
Si ( ) No ( )
- Ha perdido la confianza en sí mismo.  
Si ( ) No ( )
- Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar).  
Si ( ) No ( )
- Ha tenido dificultades para concentrarse.  
Si ( ) No ( )
- Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito).  
Si ( ) No ( )
- Se ha estado despertando demasiado temprano.  
Si ( ) No ( )
- Se ha sentido usted enlentecido  
Si ( ) No ( )
- Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas  
Si ( ) No ( )

**12. Su médico durante esta atención averiguo sobre su estado de ánimo.**

Si ( ) No ( )

**13. Su médico le sugirió una derivación o apoyo a su problema emocional por otra especialidad antes de ser sometido a su intervención.**

Si ( ) No ( )

**14. Piensa usted que en esta consulta se satisfago sus interrogantes y solucionaran su problema.**

Si ( ) No ( )

**15. Piensa usted que necesita una segunda opinión de su padecimiento por otro especialista.**

Si ( ) No ( )

PARA PONER SI SE APUNTO ALGO EN LA HCL



## 9.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Anexo 2. Consentimiento Informado*

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Mena I. Williams; Moreno G. Ivo

Este formulario de consentimiento Informado se dirige a pacientes de la consulta externa de primera cita de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1 de la ciudad de Quito y servirá para valorar el Trastorno dismórfico corporal una patología infravalorada en la consulta inicial del paciente de cirugía plástica en el periodo comprendido entre octubre a Febrero del 2019.

Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme, su participación es totalmente voluntaria.

Usted puede elegir participar o no hacerlo, durante esta investigación si decide su participación se realizará una encuesta con preguntas abiertas y cerradas sobre sus datos de filiación y cerradas sobre su condición clínica la duración de la encuesta tiene un tiempo estimado de 10 a 20 minutos, dichos datos nos permitirán tener información veraz y adecuada para mejorar la calidad de atención a los usuarios, el presente estudio no cuenta con ningún tipo de incentivo económico para los investigadores y los participantes.

Nosotros procuramos mantener la confidencialidad no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación pues los datos de este proyecto se mantendrán confidenciales. La información acerca de usted que se recoja durante la investigación será puesta fuera del alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a ella.

Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre, solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie. Excepto el análisis de los datos en un informe de resultados para el consejo académico de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el departamento de Docencia e Investigación de esta casa de salud. Usted puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera si es su elección y todos sus derechos serán respetados. Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde incluso después de haberse iniciado el estudio, si desea hacer preguntas más tarde puede contactarse con cualquiera de las siguientes personas. Dr. Mena Iza Williams Gustavo, Residente de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva de la PUCE, [williamsg24@hotmail.es](mailto:williamsg24@hotmail.es), Dr. Moreno González Ivo Ricardo, Residente de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva de la PUCE, [ivo260287@hotmail.com](mailto:ivo260287@hotmail.com)

*He sido invitado a participar en la investigación para valorar el Trastorno dismorfico corporal como una patología infravalorada en la consulta inicial del paciente de cirugía plástica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Número 1. Sé que no existe ningún beneficio para mi persona y que no recibiré ningún tipo de recompensa económica de los investigadores ni las instituciones participantes. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.*

**He leído la información proporcionada o me la ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en la investigación como participante y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.**

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_  
Día/mes/año

**Si es analfabeto o no puede realizar la acción de escritura**

**Nombre del testigo** \_\_\_\_\_

**Huella dactilar del participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del testigo** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_  
Día/mes/año

**He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirмо que el individuo ha dado consentimiento libremente.**

**Nombre del Investigador que realiza entrevista** \_\_\_\_\_

**Firma del Investigador** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_  
Día/mes/año

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/asistente)**