



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”
ESCUELA DE MEDICINA

TÍTULO: TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ASOCIADO AL TRASTORNO DE
CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES QUE
ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA ESTÉTICA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO PARA EL
TÍTULO DE:**

Médico

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:
MAYTE MAYLIN AUHING FERRIN

TUTOR: DR. CARLOS ORELLANA ROMAN

SAMBORONDÓN, JUNIO, 2019

Carta del tutor

HOJA DE APROBACION DE TUTOR

Guayaquil, 15 de Septiembre del 2020

Sr. Dr

Pedro Barberán Torres

Decano

Facultad de Medicina

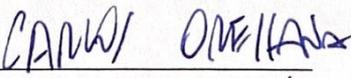
Universidad de Especialidades Espiritu Santo

De mis consideraciones

Yo, **CARLOS ORELLANA ROMÁN**, en calidad de tutor de trabajo de titulación con el tema: **"TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ASOCIADO AL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE CIRUGÍA ESTÉTICA"**, presentado por la estudiante MAYTE MAYLIN AUHING FERRIN egresada de la carrera de Medicina.

Mediante la presente certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y que reúne los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica; así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a una evaluación del jurado examinador designado por el honorable Consejo de la Facultad de Ciencias Medicas "Dr. Enrique Ortega Moreira", de la universidad de Especialidades Espiritu Santo.

Atentamente,


DR. CARLOS ORELLANA ROMÁN

Samborondón, 15 de Septiembre del 2020

Doctor

Pedro Barberán Torres

Decano

Facultad de Medicina

Yo, MAYTE MAYLIN AUHING FERRIN, interna de la Carrera de Medicina, hago la entrega oficial del trabajo de titulación **“Trastorno Dismórfico Corporal asociado al Trastorno de Conducta Alimentaria y Obsesivo Compulsivo en pacientes que acuden a la consulta de cirugía estética”**, previo a la obtención de título de Médico. Ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforma las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. Dicho trabajo ha sido debidamente revisado y certificado por el Dr. Carlos Orellana Román, tutor de tesis. Además adjunto documentación solicitada previo a la sustentación.

En virtud de esta declaración hago entrega oficial, y me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del trabajo de titulación referido.

Agradezco la atención a la presente.

MAYTE MAYLIN AUHING FERRIN

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por ser los primeros promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por apoyarme día a día durante mis días de estudio, velando siempre por mis necesidades.

Gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo, por poner su hombro cuando lo necesitaba, por escuchar mis quejas en mis noches de estudio y por cada una de sus palabras que siempre aportaban de manera positiva y me han guiado durante mi vida.

A mi tutor; Dr. Carlos Enrique Orellana Román quien aprecio y admiro mucho, agradezco por su apoyo a lo largo de esta investigación, aportando sus conocimientos y supervisión para la elaboración de esta tesis gracias por sus consejos, por estar siempre presente y sobre todo muchas gracias por su formación.

A mis hermanas; Karen, Yudy y a todos los amigos que me apoyaron de una u otra manera, ya sea con risas o lágrimas, en las buenas y en las malas. Es un placer poder compartir esto con ustedes.

Gracias a Dios por la vida y este nuevo triunfo, gracias a las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi padre Victor Hugo Auhing Sánchez, quien ha sido el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional.

Así mismo; a mi madre, Hilder Jannina Ferrin Giler, quien estuvo día a día preocupándose por mi bienestar durante toda esta etapa.

Ambos, me formaron con reglas y normas, pero siempre motivándome, constantemente, para alcanzar mis sueños y anhelos. Muchos de mis logros se los debo a ustedes, incluyendo este.

Por ello, les dedico esta tesis, por haberme forjado como la persona que soy actualmente.

Índice General

Capítulo I - Anteproyecto.....	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Descripción del problema	11
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo general.....	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 Hipótesis	15
1.6 Pregunta de investigación	15
Capítulo II - Marco teórico	16
2.1 Trastorno dismórfico corporal	16
2.1.1 Factores que afectan la imagen corporal y los trastornos de la imagen corporal ...	17
2.1.1.1 Índice de masa corporal (IMC)	18
2.1.1.2 Familia	18
2.1.1.3 Presiones sociales.....	19
2.1.1.4 Redes sociales	19
2.1.1.5 Autoestima	20
2.1.2 Abordaje y diagnóstico	20
2.1.3 Tratamiento	22
2.1.3.1 Técnicas cognitivas conductuales generales	22
2.1.3.2 Técnicas para mejorar la condición física.....	23
2.1.3.3 Técnicas para proporcionar alfabetización mediática y promover la resistencia mediática	23
2.1.3.4 Técnicas para mejorar la autoestima.....	23
2.1.3.5 Técnicas de psicoeducación relacionadas con la imagen corporal	23
2.1.3.6 Tratamiento farmacológico	24
2.2 Trastorno obsesivo compulsivo	24
2.2.1 Etiología.....	26
2.2.2 Epidemiología	27
2.2.3 Fisiopatología.....	28
2.2.4 Presentación clínica	28
2.2.5 Abordaje y evaluación	29
2.2.6 Manejo y tratamiento	30
2.2.7 Pronóstico	32
2.3 Trastorno de la conducta alimentaria	32
2.4 Anorexia nerviosa (AN).....	33

2.5 Trastorno por atracón (TPA).....	33
2.6 Relación del TDC con otros trastornos.....	33
Capítulo III – Aspectos metodológicos.....	35
3.1 Diseño del estudio.....	35
3.2 Población y muestra.....	35
3.2.1 Población.....	35
3.2.2 Muestra	35
3.2.3 Criterios de inclusión	35
3.3.4 Criterios de exclusión	35
3.2 Operacionalización de las variables.....	35
3.4 Herramientas de recolección.....	39
3.4.1 Cuestionario IMAGEN	39
3.4.2 Escala de Evaluación de la Imagen corporal de Gardner	39
3.4.3 Inventario de trastornos de la alimentación	40
3.5 Aspectos Éticos.....	42
Capitulo IV – Análisis de resultados	43
4.1 Resultados.....	43
4.2 Discusión.....	54
4.3 Conclusión	59
4.4 Recomendaciones	60
4.5 Limitaciones del estudio	61
Anexos	70
Anexo 1: Cuestionario IMAGEN	70
Anexo 3: Adaptacion Española de la escala de evaluacion de la imagen corporal de GARDNER	73
Anexo 4: Carta de aprobación del tema de trabajo de titulación por el decano de la Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Ortega Moreira”	74
Anexo 5: Carta de aprobación del Centro de cirugía estética para realización del trabajo de titulación	75
Anexo 6: Formulario de selección para trabajo de titulación	76
Anexo 7: Cronograma de actividades	77

Índice de tablas

Tabla 1. Índice de masa corporal	43
Tabla 2. Características antropométricas de la población.....	43
Tabla 3. Medidas de tendencia central de los resultados del test de Gardner.....	45
Tabla 4. Mediana de imagen corporal percibida, imagen corporal deseada e imagen corporal real según los grupos del IMC	46
Tabla 5. Resultados del índice de insatisfacción y de distorsión del Test de Gardner según la categoría del IMC.	47
Tabla 6. Estadística descriptiva de los percentiles de escala imagen	48
Tabla 7. Grado de trastorno de conducta alimentaria	49
Tabla 8. Medidas de tendencia central de los rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, bulimia, y trastorno obsesivo compulsivo.	50
Tabla 9. Tabla cruzada entre trastorno dismórfico corporal y el grado de trastorno de conducta alimentaria según test de imagen.....	50
Tabla 10. Prueba de chi cuadrado que muestra la asociación entre el TDC y el grado de TCA.	51
Tabla 11. Tabla cruzada entre trastorno dismórfico corporal y la categoría del IMC	51
Tabla 12. Prueba de chi cuadrado que muestra la asociación entre el TDC y la categoría del IMC	51
Tabla 13. Comparación de las medianas de PD total entre paciente con TDC y sin TDC	52
Tabla 14. Comparación de las medianas del puntaje de rasgo anoréxico y bulímico entre paciente con TDC y sin TDC	52
Tabla 15. Comparación de medias del rasgo perfeccionismo según el TDC	53
Tabla 16. Prueba de T de Student que compara medias del rasgo perfeccionismo según el TDC.....	53
Tabla 17. Correlación entre el índice de insatisfacción y de distorsión del test de Gardner y las subescalas del EDI.....	54

Índice de figuras

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes con trastorno dismórfico corporal	44
Gráfico 2. Gráfico de cajas que relaciona el índice de insatisfacción según la categoría del IMC	47
Gráfico 3. Gráfico de cajas que relaciona el índice de distorsión según la categoría del IMC	48

Resumen

El objetivo del estudio fue relacionar el trastorno dismórfico corporal (TDC) con el trastorno de conducta alimentaria (TCA) y obsesivo compulsivo (TOC) en pacientes que acuden a la consulta de cirugía en la ciudad de Quevedo, en el periodo junio 2019- agosto 2019. Se estudiaron 75 pacientes, el 50.7%, de las pacientes sometidas a cirugía plástica tenían un peso normal, 28 (37.3%) tuvieron sobrepeso, 3 (4%) obesidad tipo I, 4 (5.3%) tipo II y 2 (2.7%) tipo III. El 61.3% de las pacientes presentaron TDC. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la imagen deseada ($p=0.002$) y la imagen real ($p=0.0001$) para cada categoría del IMC. Existió una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de insatisfacción de acuerdo con las categorías de IMC ($P=0.007$). El TCA se presentó en 27 pacientes (36%) de forma mínima y moderada, en 18 pacientes (24 %) marcada y en 3 (4%) severa. Los rasgos psicológicos y comportamentales de AN, bulimia, y TOC fueron determinados mediante EDI: impulso a la delgadez media de 5 DS 5; sintomatología bulímica media de 1 DS 3; perfeccionismo medio de 5 DS 3. La prueba de chi cuadrado permitió observar una fuerte asociación entre las variables TDC y el grado de TCA (27.836; $P=0.0001$) según el test de IMAGEN. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del rasgo impulso a la delgadez (subrogado de anorexia) (valor $P= 0.212$) y el rasgo sintomatología bulímica (valor $P= 0.965$). Así mismo se demostró una correlación leve pero estadísticamente significativa entre el índice de insatisfacción y el impulso a la delgadez ($r=0.376$, $p <0.001$), indicando que, a mayor índice de insatisfacción de un paciente, mayor es el rasgo de impulso a la delgadez.

Capítulo I - Anteproyecto

1.1 Antecedentes

La imagen corporal es la imagen subjetiva de los individuos de su propio cuerpo, independientemente de cómo se ve realmente su cuerpo (1). La imagen corporal es una construcción compleja que comprende pensamientos, sentimientos, evaluaciones y comportamientos relacionados con el cuerpo (2). La satisfacción corporal difiere en diferentes grupos de edad y género.

Los estudios observan los niveles más altos de insatisfacción corporal en la adolescencia, la edad adulta temprana y las mujeres. En general, la tasa de percepción errónea de la imagen corporal ha sido reportada hasta en un 50%, y la tasa de insatisfacción corporal reportada está entre 30% y 75% (3). Según estudios transversales, la prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal puede llegar al 71% entre los adolescentes. Una encuesta transversal de 24 países de niños en edad escolar ha indicado que la insatisfacción corporal es altamente prevalente y es más común entre niñas que niños, entre adolescentes mayores que adolescentes más jóvenes y con sobrepeso que sin sobrepeso (4). Otras encuestas transversales de los Estados Unidos, Canadá, Europa, Pakistán, Corea y China indican que aproximadamente el 45% de los niños y adolescentes experimentan preocupaciones relacionadas con la imagen corporal (4).

Eiras-Ribeiro (5) en el año 2017, realizó un estudio que evaluó la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes de cirugía plástica y dermatología, mediante una revisión sistemática de la literatura y el metanálisis. El estudio verificó que el 15,04% de los pacientes de cirugía plástica tenían trastorno dismórfico corporal (rango 2,21-56,67%); la edad media de los pacientes fue de 34.54 ± 12.41 años, y la mayoría eran mujeres (74.38%). Entre los pacientes de dermatología, 12.65% (rango 4.52-35.16%) tenían trastorno dismórfico corporal; la edad media de los pacientes fue de 27.79 ± 9.03 años, y la mayoría eran mujeres (76.09%) (5).

Así mismo Houschyar y col. (6) en el año 2019 realizaron una búsqueda electrónica en la literatura en alemán e inglés para identificar todos los instrumentos de detección para el TDC. Concluyó el estudio mencionando que, entre las herramientas de detección utilizadas actualmente, el TDCC-DV y el DCQ parecen ser los más adecuados (6).

De la misma manera Joseph y col. (7) en el año 2017 estudiaron la prevalencia de TDC en los entornos de práctica de cirugía facial plástica y oculoplástica, y estimar la capacidad de los cirujanos para detectar TDC. El estudio reclutó una cohorte de 597 pacientes que se sometieron a prácticas académicas y privadas de cirugía plástica facial y oculoplástica facial desde marzo de 2015 hasta febrero de 2016. Todos los pacientes fueron examinados para TDC usando el Cuestionario de trastorno dismórfico corporal (TDCC). Después de cada encuentro clínico, los cirujanos evaluaron de forma independiente la probabilidad de que un paciente participante tuviera TDC. Se utilizaron instrumentos validados para evaluar la satisfacción con la apariencia facial, incluyendo FACE-Q, Evaluación de resultados de blefaroplastia (BOE), Evaluación de resultados de estiramiento facial (FOE), Evaluación de resultados de rinoplastia (ROE) y Evaluación de resultados de rejuvenecimiento de la piel (SROE).

En general, 58 pacientes [9.7%] dieron positivo para TDC con el instrumento TDCC, mientras que solo 16 de 402 pacientes [4.0%] eran clínicamente sospechosos de TDC por cirujanos. Un mayor porcentaje de pacientes que se presentaron para cirugía estética (37 de 283 pacientes [13,1%]) en comparación con los que se presentaron para cirugía reconstructiva (21 de 314 pacientes [6,7%]) dieron positivo en el TDCC (odds ratio, 2,10; IC del 95%, 1.20-3.68; $P = .01$). Los cirujanos solo pudieron identificar correctamente a 2 de 43 pacientes (4.7%) que dieron positivo para TDC en el TDCC, y la razón de probabilidad positiva fue de solo 1.19 (IC 95%, 0.28-5.07). Los pacientes que dieron positivo para TDC por el TDCC tuvieron una menor satisfacción con su apariencia medida por el FACE-Q, ROE, BOE, SROE y FOE (7).

El trastorno dismórfico corporal es una condición relativamente común en los entornos de práctica de cirugía plástica y facial. Los pacientes que dan positivo en el TDCC tienen una menor satisfacción con su apariencia facial al inicio del estudio. Los cirujanos tienen una capacidad pobre para detectar pacientes con TDC en comparación con los instrumentos de detección validados como el TDCC. La implementación rutinaria de instrumentos de detección de TDC validados puede mejorar la atención al paciente (7).

1.2 Descripción del problema

La imagen corporal ha sido objetivo de varios estudios de investigación en varios aspectos, como la percepción de la imagen y la satisfacción corporales. Tanto la distorsión de la imagen corporal como la insatisfacción de la imagen corporal son globales y se consideran relacionadas. Los hallazgos de la prevalencia de insatisfacción corporal varían

considerablemente, dependiendo de varios factores, incluida la población estudiada, la ubicación geográfica, la escala de evaluación y el cuestionario utilizado para medir este constructo.

La percepción errónea de la imagen corporal es común en la población general y también es un componente central de varias enfermedades graves, como el trastorno dismórfico corporal, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (8). Las distorsiones en la imagen corporal son desagradables y pueden tener resultados trágicos (9). La mala imagen corporal puede afectar la salud física y psicológica y puede influir en la autoestima, el estado de ánimo, la competencia, el funcionamiento social y el funcionamiento ocupacional. La comprensión de las distorsiones neurotípicas en la cognición sana y las distorsiones perceptivas en las condiciones clínicas es esencial para abordar las preocupaciones de la imagen corporal y permitir que las personas tengan vidas más satisfechas y productivas (10).

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es a menudo una condición incapacitante que consiste en molestos pensamientos intrusivos que provocan una sensación de incomodidad. Para reducir la ansiedad y la angustia asociadas con estos pensamientos, el paciente puede emplear compulsiones o rituales. Estos rituales pueden ser personales y privados, o pueden involucrar a otros a participar; Los rituales son para compensar los sentimientos ego-distónicos de los pensamientos obsesivos y pueden causar una disminución significativa en la función (11).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) -5, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 2013, el trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra en su propia categoría de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (11).

La prevalencia de por vida del TOC es de 1.6 a 2.3% en la comunidad; La prevalencia puntual es del 1% (11,12). La edad promedio de inicio es de 19.5 (13). Alrededor del 50% de las personas con TOC tienen la aparición de síntomas en la infancia y la adolescencia. Es inusual tener TOC inicialmente presente sobre la edad de 40 años (14).

El tiempo promedio de tratamiento es de 11 años. Se especula sobre la demora en el tratamiento, ya que las personas con TOC pueden sentirse avergonzadas con sus pensamientos intrusivos, como las creencias sexuales inapropiadas o el comportamiento ritual.

Aproximadamente el 90% de las personas con TOC tienen diagnósticos psiquiátricos coexistentes, más comúnmente son trastornos de ansiedad (14). Los pacientes de sexo

masculino se presentan antes, pero en la edad adulta, más mujeres se ven afectadas. Las mujeres posparto tienen hasta 2 veces más probabilidades que la población femenina general de

1.3 Justificación

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una afección psiquiátrica que se clasifica como un trastorno obsesivo compulsivo relacionado. Los pacientes con TDC tienen una preocupación obsesiva por los defectos percibidos de su apariencia que son minúsculos o inexistentes y comúnmente involucran la nariz, los ojos, la piel o el cabello. Los pacientes con TDC a menudo sufren angustia emocional significativa y deterioro funcional. El estado de ánimo, la ansiedad y los trastornos de la personalidad son comorbilidades psiquiátricas comunes en estos pacientes.

Los pacientes con TDC exhiben comportamientos compulsivos o repetitivos que apuntan a mejorar u ocultar sus defectos percibidos. De hecho, hasta el 76% de los pacientes con TDC buscan consulta para procedimientos cosméticos, y hasta el 60% de los pacientes con TDC en realidad se someten a procedimientos quirúrgicos innecesarios por sus defectos percibidos. Una gran mayoría (84%) de los cirujanos plásticos cosméticos informaron haber operado a pacientes que creían que tenían TDC, y el 82% de estos pacientes tuvieron un resultado negativo.

La prevalencia de insatisfacción corporal en niños y adolescentes de los países desarrollados varía entre el 35% y el 81% en las niñas y del 16% al 55% en los niños (15). Los estudios revelan que del 40 al 70% de las adolescentes no lesionadas no están contentas con al menos dos características de sus cuerpos, y del 50 al 80% afirman que desean ser más delgadas (4). La distorsión de la imagen corporal es menos común en adultos jóvenes que en adolescentes. Los adultos más jóvenes tienden a sobreestimar el tamaño de su cuerpo. El 25% de los hombres y el 45% de las estudiantes universitarias sobrestiman su cuerpo (16). En general, las mujeres perciben su cuerpo más pesado y más grande de lo que realmente es, probablemente debido a la idealización de un cuerpo ideal delgado. Los hombres tienden a infravalorar el tamaño de su cuerpo, probablemente debido a la idealización de un cuerpo musculoso y más grande. Las adolescentes aspiran a adelgazarse, y los adolescentes tienden a desear la forma atlética del cuerpo (17).

También hay diferencias entre los grupos étnicos. Las mujeres afroamericanas suelen informar menos insatisfacción con la imagen corporal en comparación con las mujeres blancas. La

insatisfacción de la imagen corporal en otros grupos étnicos parece estar relacionada con el nivel de aculturación (5).

Numerosos estudios han demostrado que los pacientes tienden a tener poca satisfacción después de la cirugía y muestran una mayor tasa de agresión y litigios hacia los cirujanos. Por lo tanto, es importante identificar con precisión a los pacientes con TDC en las prácticas de cirugía plástica, porque el tratamiento adecuado para estos pacientes es la atención psiquiátrica y, en ocasiones, la cirugía con atención psiquiátrica y / o apoyo psicológico intensivo.

Con ayuda del ministerio de salud pública en sus lineamientos propuestos en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual tiene cuatro componentes principales que son: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad, poder ayudar a la comunidad mediante acciones terapéuticas con los materiales de información, así mismo la capacitación para las jóvenes de la sociedad, para poder mejorar la salud mental en el Ecuador.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Evaluar la relación entre el trastorno dismórfico corporal con el trastorno de conducta alimentaria y obsesivo compulsivo en pacientes que acuden a la consulta de cirugía estética

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar la presencia de trastorno dismórfico corporal
- Evaluar la percepción de imagen corporal según el test de Gardner y relacionarlo con el IMC
- Calificar el grado trastorno de conducta alimentaria según la escala IMAGEN.
- Identificar rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, bulimia, y trastorno obsesivo compulsivo mediante EDI.
- Valorar la relación entre el trastorno dismórfico corporal con los trastornos de conducta alimentaria y obsesivo compulsivo

1.5 Hipótesis

El trastorno dismórfico funcional está asociado con la conducta alimentaria y la obsesión compulsiva en los pacientes de cirugía estética

1.6 Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre el trastorno dismórfico funcional con la conducta alimentaria y la obsesión compulsiva en los pacientes de cirugía estética?

Capítulo II - Marco teórico

2.1 Trastorno dismórfico corporal

A principios de la década de 1900, los neurólogos hicieron esfuerzos considerables para comprender formas inusuales de percepción corporal informadas por pacientes con lesión cerebral o experiencia de extremidad fantasma en amputados. Los primeros conceptos de la imagen corporal de hecho estaban enraizados en la neuropatología. Head, en 1920, definió por primera vez la imagen corporal como una unidad de experiencias pasadas creadas en la corteza sensorial cerebral. Schilder, que era neurólogo, propuso un enfoque biopsicosocial de la imagen corporal, destacando la necesidad de examinar sus componentes neurológicos, psicológicos y socioculturales. Newell señaló que la imagen corporal es dinámica y cambia con la edad, el estado de ánimo o incluso la ropa. Krueger sugirió que la imagen corporal es la representación de la identidad derivada de experiencias corporales externas e internas (18).

La imagen corporal es uno de los componentes de la identidad personal. La imagen corporal es la figura que uno tiene en sus medidas antropométricas, contornos y forma del cuerpo; y también los sentimientos correlacionados con estos factores que afectan la satisfacción con el cuerpo o partes específicas del cuerpo (19). De hecho, la imagen corporal representa cómo pensamos, sentimos, percibimos y nos comportamos con respecto a nuestros cuerpos (18).

La imagen corporal es un concepto multidimensional. La complejidad de la imagen corporal se puede apreciar al observar sus componentes. Estos componentes se aplican a personas con percepciones saludables y no saludables de sus cuerpos e incluyen:

- **Cognitivo:** Pensamientos y creencias sobre el cuerpo.
- **Perceptual:** Cómo las personas perciben el tamaño y la forma de su cuerpo y partes del cuerpo
- **Afectivo:** Sentimientos sobre el cuerpo.
- **Comportamiento:** Las acciones que las personas realizan para controlar, tender, alterar u ocultar su cuerpo

Los términos relacionados pero diferentes a menudo se usan indistintamente en la literatura sobre el estado de conciencia en el que hay una percepción alterada de la imagen corporal, incluida la distorsión de la imagen corporal, la percepción errónea de la imagen corporal, la

alteración de la imagen corporal, la imagen negativa del cuerpo, la imagen corporal alterada y la insatisfacción corporal. El problema de los términos variables se intensifica por el hecho de que algunos estudios se centran en pacientes psiquiátricos o médicos, algunos tratan con pacientes no pacientes y otros tratan con ambos grupos.

La distorsión de la imagen corporal es un síntoma multidimensional, que comprende varios componentes de la imagen corporal. Los componentes más ampliamente aceptados son el cognitivo, el perceptivo y el afectivo. El componente cognitivo proviene de pensamientos y creencias sobre la forma y apariencia del cuerpo, y la representación mental del cuerpo. El componente perceptivo implica la identificación y estimación del cuerpo, e indica la precisión de la evaluación de los individuos del tamaño, la forma y el peso de su cuerpo en comparación con sus proporciones reales. Finalmente, el componente afectivo incluye sentimientos que los individuos desarrollan hacia su cuerpo y la satisfacción o insatisfacción de los individuos sobre su cuerpo.

Entonces, la alteración de la imagen corporal puede manifestarse como una alteración de la percepción (es decir, la distorsión) y el concepto (es decir, la insatisfacción del cuerpo). La perturbación perceptiva implica la incapacidad de evaluar con precisión el tamaño del cuerpo. La insatisfacción corporal incluye la percepción actitudinal o afectiva del cuerpo y los sentimientos y cogniciones negativas. Se cree que las alteraciones de la imagen corporal también se manifiestan en un nivel de comportamiento, como la evitación del cuerpo, el control del cuerpo o la dieta (20).

La imagen negativa del cuerpo muestra característicamente una insatisfacción del cuerpo o partes del cuerpo, preocupación por la apariencia y conductas tales como la comprobación frecuente del espejo, el autopeso o la evitación de situaciones públicas. La imagen negativa del cuerpo a menudo se mide como insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal es atribuible a una discrepancia entre la percepción de la imagen corporal y su imagen idealizada (20).

2.1.1 Factores que afectan la imagen corporal y los trastornos de la imagen corporal

Hasta la fecha, se han estudiado varios factores que influyen en la imagen corporal, como el IMC, la familia, los compañeros, la sociedad, los medios de comunicación, la cultura, la autoestima, la psicopatología, el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la actividad física, , comportamiento de control de peso,

religiosidad y espiritualidad (16). Dado que la insatisfacción corporal es perjudicial para el bienestar, es esencial identificar sus correlatos.

2.1.1.1 Índice de masa corporal (IMC)

Uno de los factores más importantes que influyen en la imagen y la satisfacción corporales es el IMC, una variable continua que utiliza la fórmula estándar de kilogramos sobre la altura al cuadrado. Como componente biológico, se ha encontrado que el IMC contribuye a la imagen corporal y al miedo a la evaluación negativa (miedo a que uno sea evaluado desfavorablemente por su apariencia). Las personas con sobrepeso tienen más probabilidades de informar la sensación de miedo asociada con la evaluación negativa al participar en situaciones sociales en comparación con sus contrapartes de peso normal. También tienden a mostrar actitudes afectivas negativas hacia su cuerpo (21). La discordancia de la imagen corporal es la discrepancia entre la imagen corporal y el IMC y se define como el tamaño corporal percibido menos el tamaño real del cuerpo. La subestimación es percibir el cuerpo como más pequeño que el IMC real, y la sobreestimación es percibir el cuerpo como más grande que el IMC real. La discordancia de la imagen corporal se asocia con la insatisfacción de la imagen corporal y afecta negativamente la salud mental, incluida la disminución de la autoestima y el aumento de la depresión (21).

2.1.1.2 Familia

La familia juega un papel importante en el desarrollo de la imagen corporal de los niños, las actitudes de tamaño corporal y los patrones de alimentación, tal como se forman en la primera infancia. La familia es una influencia prominente y continua, ya que los niños desarrollan la necesidad de admiración y aprobación de los padres. Los padres pueden aumentar o disminuir el riesgo del desarrollo de la imagen corporal y las preocupaciones alimentarias en sus hijos, directa o indirectamente. Los padres con especial atención a los comportamientos de control de peso tienen influencias significativas en la satisfacción corporal de los niños (22).

Las actitudes directas de los padres pueden incluir comentarle a un niño sobre su peso o apariencia, burlarse del peso de un niño, presionarlo para que baje de peso o alentarle a que haga dieta. Los comportamientos indirectos de los padres son acciones o actitudes que no están necesariamente planificadas para influir en el niño, incluidos los comentarios negativos de los padres sobre sus cuerpos y la participación de los padres en el ejercicio excesivo o la dieta. Estos comportamientos pueden modelar la autocrítica e inspirar a los niños a juzgarse a sí mismos o a los demás según su apariencia y resaltar la importancia de adherirse a los ideales

sociales y culturales del tamaño del cuerpo. Algunas otras características familiares también pueden contribuir a la satisfacción corporal, como el estado socioeconómico de la familia y el hecho de vivir en grandes ciudades (22).

2.1.1.3 Presiones sociales

Aunque la imagen corporal es un concepto mental, es observable como un fenómeno social. Tanto las mujeres como los hombres intentan presentarse y mantenerse en una forma corporal socialmente deseable. La aceptación social es un componente crítico del ciclo de vida y es fundamental para el bienestar. En respuesta a la necesidad de aceptación social, los individuos desarrollan respuestas conductuales que mejoran su deseabilidad social. A través del proceso de aprendizaje social, los individuos observan, imitan y refuerzan su comportamiento para aumentar la probabilidad de aceptación social; Esto es particularmente importante en los adolescentes para lograr la aceptación en los grupos de pares (23). La intimidación relacionada con el peso durante la adolescencia contribuye significativamente al desarrollo de percepciones corporales negativas e insatisfacción corporal. La presión para perder peso o ganar músculo que los adolescentes experimentan en la sociedad está asociada con la insatisfacción corporal (23).

2.1.1.4 Redes sociales

Las redes sociales son una forma más reciente de medios que se ha vuelto cada vez más popular en todo el mundo, y hoy en día, los mensajes sobre los ideales de apariencia transmitidos a través de las redes sociales. Debido a su disponibilidad continua (por ejemplo, en teléfonos inteligentes), las influencias de las redes sociales pueden ser más potentes que las formas tradicionales de medios. Varios estudios han sugerido que la participación activa en las redes sociales puede influir negativamente en la imagen corporal y parece estar asociada con la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios. Se han propuesto diferentes mecanismos teóricos, como las comparaciones de apariencia corporal y la auto objetivación (24). En las redes sociales, los usuarios publican sus fotografías y ven fotos de otros, y la apariencia física es un factor importante en estas actividades.

Además de recibir mensajes y comentarios sobre sus cuerpos en las redes sociales, los usuarios ven imágenes de las redes sociales cuidadosamente editadas y seleccionadas, que incluyen representaciones de cuerpos delgados (adelgazamiento) o cuerpos delgados y musculares (ataques). Los usuarios con frecuencia pueden compararse con los ideales de apariencia que se les transmiten a través de las redes sociales e internalizar estos ideales como los estándares para

su propio cuerpo. Cuando su apariencia física no coincide con los ideales internalizados, esto puede resultar en insatisfacción corporal. Este concepto es particularmente importante en los adolescentes que pasan más tiempo y reciben más comentarios sobre su aparición en las redes sociales (3).

2.1.1.5 Autoestima

La imagen corporal está altamente relacionada con la autoestima y el autoconcepto de un individuo. La autoestima puede ser un factor potencial que reduce la asociación adversa del IMC, la imagen corporal y el miedo a la evaluación negativa. Una mayor autoestima puede servir como un factor protector, disminuyendo la asociación negativa entre el IMC y los sentimientos de las personas sobre su cuerpo, y también reduciendo el nivel de ansiedad causada por los juicios desfavorables de los demás. Además, la insatisfacción corporal se asocia negativamente con la autoestima y es un fuerte predictor de la reducción de la autoestima, particularmente en los adolescentes. Esta asociación no es igual para todos los adolescentes, y puede ser más influyente en grupos raciales, étnicos o de género que prestan más atención a la apariencia y la forma del cuerpo (25).

2.1.2 Abordaje y diagnóstico

La imagen corporal implica dos modalidades independientes:

- Componente actitudinal: Sentimientos que un individuo tiene sobre el tamaño y la forma de su cuerpo.
- Componente perceptual: Precisión con la que un individuo puede juzgar las dimensiones de su cuerpo o partes del cuerpo

Las preguntas que se pueden hacer para diagnosticar el trastorno dismórfico corporal (TDC) incluyen (26) :

- ¿No estás contento con tu apariencia de alguna manera?
- ¿Qué no te gusta de tu apariencia? O ¿Cuál es tu preocupación?
- ¿No está satisfecho con otros aspectos de su apariencia, como su cara, cabello, piel, nariz o el tamaño o la forma de cualquier otra área del cuerpo?
- Aproximadamente, ¿qué cantidad de tiempo pasas por día pensando en tu apariencia si tuvieras que sumar todo el tiempo que pasas?

- ¿Cuánta angustia te causan estas preocupaciones de apariencia?
- ¿Estas preocupaciones de apariencia interfieren con su vida o le causan dificultades de alguna manera?

Es esencial preguntar con precisión qué áreas del cuerpo le preocupan al paciente y qué área del cuerpo es la preocupación más apremiante, en lugar de asumir cuáles son. Este enfoque es particularmente importante porque algunos pacientes pueden tener defectos de apariencia reales sin una preocupación significativa y sugerir que estas áreas parecen defectuosas puede socavar la relación terapéutica y molestar al paciente. Además, algunos pacientes están demasiado avergonzados para compartir todas sus preocupaciones de apariencia. Estos pacientes requieren reunirse con el médico varias veces para sentirse más cómodos. Los pacientes que están deprimidos, socialmente ansiosos, confinados a la casa, que abusan de sustancias o que tienen tendencias suicidas deben hacerse una prueba de detección de TDC (27).

Al entrevistar a un paciente para diagnosticar TDC, la actitud del clínico es muy importante. Las preguntas sobre problemas de apariencia deben ser de forma racional y empática. Todas las preocupaciones deben tomarse en serio y no considerarse vanidad. Muchos de estos pacientes son sensibles al rechazo y no están dispuestos a revelar sus preocupaciones, ya que temen que otros los vean como superficiales o vanidosos. TDC es una enfermedad grave, y estos pacientes sufren tremendamente y pueden ser altamente suicidas.

Al intentar diagnosticar TDC, es fácil cometer errores y pasar por alto el diagnóstico. Se recomienda evitar ciertos tipos de preguntas. Un clínico debe evitar preguntar si el paciente está preocupado por un defecto imaginado. La palabra "imaginado" es problemática debido al hecho de que la mayoría de los pacientes con TDC tienden a tener una visión deficiente y consideran que su problema es real. Otra pregunta que debe evitarse es si el paciente cree que está desfigurado o deformado. En cambio, el clínico puede guiar al paciente preguntándole: "¿Qué palabras usa para describir su apariencia? Algunas personas dirían que se ven feas, poco atractivas o incluso deformadas. ¿Alguna de estas palabras describe cómo te ves a ti mismo? Además, un médico no debe preguntar si los pacientes piensan que hay algo mal con su cuerpo.

Aunque, por definición, los defectos de apariencia son mínimos o inexistentes, la apariencia del paciente puede proporcionar pistas sobre la presencia de TDC. Por ejemplo:

- Escoger la piel o tener lesiones notables en la piel o cicatrices.
- Usar maquillaje pesado o inusual
- Usando un sombrero todo el tiempo
- Cubriendo la cara con la mano o el cabello
- Usar ropa grande o voluminosa para cubrir el cuerpo o partes del cuerpo.
- Siempre tomando el sol
- Usar gafas de sol incluso en días nublados
- Depilación excesiva (por ejemplo, cejas inusualmente delgadas), peinados o postizos inusuales
- Cirugías plásticas excesivas.

2.1.3 Tratamiento

Se han desarrollado varias intervenciones para mejorar la imagen corporal.

2.1.3.1 Técnicas cognitivas conductuales generales

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la intervención más comúnmente utilizada y con mayor respaldo empírico para mejorar la imagen corporal. La TCC apunta a los procesos cognitivos y conductuales centrales que contribuyen a la imagen corporal negativa y ayuda a las personas a modificar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos disfuncionales relacionados con su imagen corporal.

Ejemplos de técnicas:

- Discutir las cogniciones y el papel que juegan en la imagen corporal.
- Enseñar el autocontrol y la reestructuración de las cogniciones.
- Enseñar el autocontrol de la conducta.
- Cambiar el lenguaje corporal negativo
- Realizar imágenes guiadas
- Realizar ejercicios de exposición

- Escribe sobre el cuerpo
- Proporcionar estrategias de prevención de recaídas.
- Proporcionar capacitación sobre el manejo del estrés.

2.1.3.2 Técnicas para mejorar la condición física

Las intervenciones de entrenamiento físico incluyen ejercicios aeróbicos o anaeróbicos para mejorar las capacidades físicas, como la fuerza muscular, y también para alentar a las personas a centrarse más en la funcionalidad y menos en la apariencia.

2.1.3.3 Técnicas para proporcionar alfabetización mediática y promover la resistencia mediática

Las intervenciones de alfabetización mediática tienen como objetivo enseñar a las personas a evaluar críticamente los ideales de apariencia que les transmitieron los medios. Ejemplos de técnicas:

- Discutir el ideal de belleza
- Proporcionar capacitación en alfabetización mediática

2.1.3.4 Técnicas para mejorar la autoestima

Se ha encontrado que las intervenciones para mejorar la autoestima son beneficiosas, seguras y adecuadas para mejorar la imagen corporal. Ejemplos de técnicas:

- Discutir alternativas para enfocarse en la apariencia.
- Discutir las relaciones interpersonales.
- Discutir diferencias individuales

2.1.3.5 Técnicas de psicoeducación relacionadas con la imagen corporal

La psicoeducación tiene como objetivo educar a las personas sobre el concepto de imagen corporal, la imagen negativa del cuerpo y sus causas y consecuencias. La psicoeducación a menudo es útil junto con otras intervenciones, como intervenciones de entrenamiento físico o mejora de la autoestima. Ejemplos de técnicas :

- Discutir las causas de la imagen corporal negativa.
- Discutir las consecuencias de la imagen corporal negativa.

- Discutir el concepto de imagen corporal.
- Discutir la expresión conductual de la imagen corporal negativa.

2.1.3.6 Tratamiento farmacológico

Las directrices clínicas actuales indican que la terapia cognitivo-conductual (TCC) más los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS) son los tratamientos de primera línea para el trastorno dismórfico corporal. La farmacoterapia adecuada mejora los síntomas centrales de TDC, las tendencias suicidas y el funcionamiento psicosocial en la mayoría de los pacientes. La disposición del paciente a aceptar y adherirse a la farmacoterapia requiere identificación, ya que muchos pacientes tienen una visión deficiente y pueden desear un tratamiento cosmético en lugar de farmacoterapia. Las dosis de medicación SRI necesarias para tratar el TDC son a menudo más altas que las dosis necesarias para tratar otros trastornos psiquiátricos comunes, y los pacientes deben permanecer en la medicación durante períodos relativamente largos (28).

2.2 Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es a menudo una condición incapacitante que consiste en molestos pensamientos intrusivos que provocan una sensación de incomodidad. Para reducir la ansiedad y la angustia asociadas con estos pensamientos, el paciente puede emplear compulsiones o rituales. Estos rituales pueden ser personales y privados, o pueden involucrar a otros a participar; Los rituales son para compensar los sentimientos ego-distónicos de los pensamientos obsesivos y pueden causar una disminución significativa en la función (11).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) -5, que fue publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 2013, el trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra en su propia categoría de trastornos *obsesivo-compulsivos y relacionados*. Dentro de eso se ubicaron las siguientes subcategorías:

- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno dismórfico corporal (TDC)
- Trastorno de acaparamiento
- Tricotilomanía
- Trastorno de excoiación (raspado)

- Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado con sustancias / medicamentos
- Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado como resultado de otra afección médica.
- Otro trastorno obsesivo compulsivo y relacionado especificado
- Trastorno obsesivo compulsivo y relacionado no especificado

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por **(1)** y **(2)**:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como no deseados, y que en la mayoría de las personas causan angustia marcada
2. El individuo intenta suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, con algún otro pensamiento o acción (es decir, reemplazando con una compulsión).

Las compulsiones se definen por **(1)** y **(2)**:

1. Comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión.
2. Los comportamientos o actos mentales apuntan a reducir la ansiedad o la angustia o prevenir alguna situación temida; sin embargo, estos comportamientos o acciones mentales no se conectan de manera realista con lo que están diseñados para prevenir o son claramente excesivos.

Las obsesiones se definen como pensamientos o impulsos intrusivos que causan angustia significativa; El paciente intenta neutralizar esta angustia desviando pensamientos o realizando rituales. Las compulsiones son acciones que el paciente se siente presionado a realizar en respuesta a la ansiedad / angustia que produce obsesiones o para evitar que ocurra una situación incómoda. Estas compulsiones pueden ser ilógicas o excesivas (13).

Las obsesiones más comunes incluyen el miedo a la contaminación, el miedo a la agresión / daño, el miedo sexual, el miedo religioso y la necesidad de hacer las cosas "correctas". Las compulsiones compensatorias por estas obsesiones incluyen lavar y limpiar, verificar, buscar tranquilidad, repetir y ordenar y organizar (29).

Como el TOC tiene la posibilidad de obstaculizar el crecimiento y el desarrollo social de uno, la OMS enumera al TOC como una de las diez condiciones más incapacitantes por pérdida financiera y disminución de la calidad de vida (30).

Llamada "neurosis obsesiva" por Freud en 1895, el TOC ha tenido reconocimiento durante siglos. Sin embargo, solo recientemente el DSM enumeró el TOC como un trastorno menos de "ansiedad" y más como un trastorno similar al acaparamiento, dismorfia corporal, tricotilomanía (trastorno del tirón del cabello) y trastorno de excoriación (raspado de la piel) (30). El uso de la tecnología moderna nos ha permitido mapear áreas del cerebro que han sido afectadas por este trastorno. Estas áreas del cerebro no suelen corresponder con la ansiedad y el miedo como se pensaba anteriormente y separan aún más el TOC como un trastorno de "ansiedad".

2.2.1 Etiología

La causa exacta del TOC sigue siendo desconocida, pero es probable que sea multifactorial. Existe una predisposición genética, ya que del 45 al 65% de la varianza del TOC es atribuible a factores genéticos. En ratones y experimentos en humanos, el NMDA mutado puede causar un aumento en el comportamiento similar al TOC. Por ejemplo, las mutaciones en la subunidad NMDA "NR2" se han relacionado con el temor a la contaminación y la limpieza compulsiva (31). La incapacidad para hacer frente a la incertidumbre, un mayor sentido de responsabilidad, así como el pensamiento mágico, parecen predisponer a aquellos a los hábitos obsesivo-compulsivos.

El inicio temprano del TOC repentino precedido por una infección por *Streptococcus* se conoce como PANDAS (trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones estreptocócicas). Así como la corea de Sydenham puede presentarse como una secuela de las infecciones por *Streptococcus*, la teoría detrás del TOC es similar en que la infección por estreptococos, a través de la imitación molecular, causa anticuerpos autoinmunes contra los ganglios basales que conducen a pensamientos obsesivos y hábitos compulsivos (32). Sin embargo, el término PANDAS está cayendo en desgracia en lugar de los síntomas neuropsiquiátricos agudos de la infancia (CANS), lo que permite que el desarrollo del TOC en la población pediátrica sea atribuible a otras fuentes distintas de Strep, como los metabolitos y las toxinas.

El TOC parece ser heredable, confirmado por estudios de gemelos y familiares. La investigación ha demostrado que la heredabilidad puede ser tan alta como 45 a 65% en niños y 27 a 45% en adultos (33). Tener una familia con TOC aumenta el riesgo de desarrollar TOC. El TOC tiene vínculos con otros trastornos neurológicos, particularmente aquellos que afectan el circuito cortico-estriato-talamo-cortico, como la enfermedad de Parkinson, la corea de Sydenham, la lesión cerebral traumática (TBI), el síndrome de Tourette, la enfermedad de Huntington y la epilepsia, por nombrar algunos (34).

2.2.2 Epidemiología

Los estudios epidemiológicos han informado que el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una enfermedad psiquiátrica común (35). Sin embargo, las estimaciones de prevalencia han variado entre los principales estudios, en parte debido a las diferencias metodológicas, y el estudio del área de captación epidemiológica informa una prevalencia de por vida de 1.9 % – 3.3%, el Grupo Colaborativo Transnacional que informa una prevalencia de 1.1 meses de 1.1% a 1.8%, la Encuesta Nacional de Comorbilidad Británica que informa una prevalencia de 1.1 meses de 1.1%, y la Comorbilidad Nacional Encuesta Replicación que informa una prevalencia de por vida del 2.3%. Estudios asiáticos de Irán y Singapur informaron una prevalencia de por vida de 1.8% y 3%, respectivamente (35).

Además de la alta prevalencia de TOC clínico diagnosticable, existe evidencia de que muchas personas sin el síndrome de TOC experimentan los síntomas del TOC. Los estudios han informado que hasta una cuarta parte de la población experimenta síntomas obsesivo-compulsivos (OCS), a veces en sus vidas (36). Algunos estudios que han examinado el TOC subliminal han informado una tasa de prevalencia de hasta 12.6% (37). Los estudios comunitarios de TOC han informado un ligero predominio femenino (38). Un estudio informó una mayor prevalencia de TOC por debajo del umbral entre los hombres. Los sujetos con TOC en estudios epidemiológicos informan fenomenológicamente obsesiones predominantes (39).

Según la Organización Mundial de la Salud, el TOC es el sexto trastorno psiquiátrico más incapacitante. Estudios recientes han informado que incluso los sujetos que informan un TOC por debajo del umbral sufren una discapacidad significativa. El TOC es altamente comórbido con otras enfermedades psiquiátricas, (40) con mayor frecuencia trastornos de depresión y ansiedad (41). El TOC también se asocia con un alto riesgo de conducta suicida. En estudios comunitarios, los sujetos con TOC tienden a tener altas tasas de trastornos por consumo de sustancias y alcohol; sin embargo, en muestras clínicas, la prevalencia del trastorno por

consumo de alcohol es algo baja (42). Existe evidencia sólida que relaciona el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) con el TOC infantil; sin embargo, los datos con respecto a la relación con el TOC en adultos son inconsistentes con los informes de tasas de concurrencia que van del 0% al 60%. Pocos estudios también informan altas tasas de abuso sexual en el TOC (43).

2.2.3 Fisiopatología

La causa exacta del TOC sigue siendo un misterio. Al evaluar a las personas que desarrollan TOC después de desarrollar una lesión cerebral o accidente cerebrovascular, investigadores han podido localizar los síntomas del TOC en ciertas áreas del cerebro (44). Ahora, a través de imágenes fMRI, DTI y SPECT, se ha observado que el TOC está relacionado con los circuitos cortico-estriato-talamo-corticales, particularmente la corteza orbitofrontal, el caudado, la corteza cingulada anterior y el tálamo (45).

2.2.4 Presentación clínica

Al tomar un historial completo de un paciente para evaluar el TOC, uno debe preguntarse si tiene alguna reflexión o pensamientos intrusivos incesantes que consuman más tiempo del que quisieran (menos de 1 hora) o interfieran con su vida de alguna manera. Se debe preguntar lo mismo sobre las compulsiones o los comportamientos repetitivos, como los deseos de hacer tapping, contar, reorganizar o comportarse de cualquier manera que pueda tranquilizarlos (46). Busca hábitos rígidos, arrebatos agresivos, comportamiento coercitivo, como reacciones de enojo fácilmente desencadenadas por incitaciones triviales.

Dado que hay un componente heredable del trastorno, también es esencial preguntar si algún miembro de la familia ha sido diagnosticado o experimenta síntomas similares. A medida que el curso del TOC aumenta y disminuye, la gravedad de los síntomas puede variar. Para recibir un diagnóstico formal, el DSM V requería más de 1 hora / día para ser consumido por la obsesión o las compulsiones o que causaran un estrés diario significativo.

La prevalencia de TOC a los 12 meses en los Estados Unidos es de 1.2%, con una incidencia similar a nivel internacional (1.1 a 1.8%). Las mujeres se ven afectadas a una tasa ligeramente más alta que los hombres en los adultos, aunque los hombres se ven más comúnmente afectados en la infancia.

Las personas con TOC pueden presentar evidencia de sus rituales, como manos agrietadas por el lavado excesivo compensatorio o bajo peso de las restricciones alimentarias secundarias a los temores de contaminación. Es importante estar atento a los signos: es poco probable que las personas con TOC busquen tratamiento temprano, ya que pueden avergonzarse de su obsesión y compulsiones. Las obsesiones de los pacientes son ego-distónicas, y pueden parecer ansiosas cuando no pueden neutralizar su "miedo". Esta incomodidad puede parecer similar a un trastorno de pánico (46).

2.2.5 Abordaje y evaluación

Es esencial detectar los síntomas correctos. Una herramienta común es el Short OCD Screener. Con seis preguntas de largo y una sensibilidad del 97%, es una forma simple y efectiva de evaluar a los pacientes para detectar síntomas de TOC. Sin embargo, la herramienta más ampliamente aceptada para detectar el TOC es la escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (47).

Las tasas de Y-BOCS en una escala de 0 a 40 (40 es la sintomatología más grave) (48). Requiere que el paciente se clasifique, según la gravedad:

- El tiempo ocupado por pensamientos obsesivos y compulsiones.
- La interferencia de los pensamientos obsesivos.
- La angustia de los pensamientos obsesivos.
- Resistencia contra las obsesiones
- Grado de control sobre los pensamientos obsesivos.
- El tiempo ocupado por el comportamiento compulsivo.
- La interferencia del comportamiento compulsivo.
- La angustia asociada con el comportamiento compulsivo.
- Resistencia contra el comportamiento compulsivo.
- Grado de control sobre los comportamientos compulsivos.

2.2.6 Manejo y tratamiento

La base del tratamiento del TOC son los ISRS y la terapia cognitivo-conductual (TCC) con prevención de exposición y respuesta (ERP).

Históricamente, el antidepresivo tricíclico (TCA) clomipramina se utilizó como primera línea para el TOC debido a su fuerte predilección por la serotonina. Sin embargo, dado el perfil de efectos secundarios, los ISRS han ganado popularidad (36).

La ERP implica exponer al paciente a sus miedos y hacer que resista el impulso de realizar una compulsión. El objetivo es reestructurar la mente y alterar la habituación creada al participar en la compulsión (49). Las tasas de éxito varían.

El TOC se trata con mayor frecuencia con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y a dosis mucho más altas que las utilizadas para tratar la ansiedad o la depresión. Los ISRS aprobados por la FDA incluyen fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina (50).

Se cree que dos neurotransmisores primarios contribuyen al TOC: la serotonina y el glutamato. La hipótesis de la serotonina surgió después de que los síntomas del TOC disminuyeron con el uso de antidepresivos serotoninérgicos.

El glutamato ha ido ganando apoyo a medida que salen a la luz más datos. El uso de d-cicloserina (DCS), un agonista parcial del receptor de NMDA (un receptor de glutamato), ha llamado la atención ya que la investigación ha demostrado que DCS mejora el aprendizaje de la extinción en estudios con animales. Esta información podría ser útil para aumentar la TCC. Otros medicamentos actualmente investigados incluyen memantina, lamotrigina, N-acetilcisteína, ketamina, topiramato, glicina y riluzol, aunque se necesitan más estudios para demostrar su eficacia (51).

Los antipsicóticos se han entretenido como una terapia complementaria. El aripiprazol, el haloperidol (hallazgo basado en un solo ensayo) y la risperidona fueron significativamente superiores al placebo. Por el contrario, la olanzapina, la paliperidona y la quetiapina no pudieron diferenciarse del placebo medido por la mejoría total media de Y-BOCS (52).

Ha habido casos de casos refractarios que tienen tratamiento con neurocirugía de lesión ablativa; sin embargo, no hay ensayos controlados. La estimulación cerebral profunda también se ha considerado para casos severos de TOC refractario. La estimulación magnética

transcraneal (TMS) no ha tenido éxito en el tratamiento del trastorno (52). En 1989 se demostró que la fluvoxamina es un tratamiento efectivo para el TOC. Desde la década de 1980, se han realizado más de 20 estudios para respaldar la eficacia de los ISRS para el tratamiento del TOC. Hasta ahora, han descubierto que la fluvoxamina no es superior a otros ISRS como monoterapia (53).

Los siguientes son los medicamentos y las dosis apropiadas que se usan generalmente para tratar el TOC: fluoxetina 80 mg, escitalopram 40 mg, 300 mg de fluvoxamina y 100 mg de paroxetina. Citalopram ya no es un agente recomendado, dado el riesgo de prolongación de QTc en dosis más altas. Aquellos tratados con un ISRS para TOC necesitarán una prueba más larga de 8 a 12 semanas con el medicamento, ya que generalmente tardan más en responder que aquellos que reciben tratamiento para la depresión por una razón aún desconocida (53).

La clomipramina fue aprobada para el TOC a fines de los años 80, pero ya no es la primera línea para tratar el TOC, dado su complicado perfil de efectos secundarios y el potencial de provocar arritmias, convulsiones y efectos secundarios anticolinérgicos, por nombrar algunos. El tratamiento con ISRS puede aumentarse con el uso del antagonista del receptor NMDA Memantina. En un estudio controlado doble ciego en Irán, la memantina fue beneficiosa; Después de ocho semanas de tratamiento, hubo una respuesta del 100% con una remisión del 89%. Otros medicamentos que se han probado para la modulación del TOC a través de los receptores NMDA incluyen topiramato, lamotrigina, ketamina y riluzol, pero hasta ahora, los datos no han sido concluyentes (54). Otros medicamentos que se están explorando como terapia de aumento incluyen ondansetrón, tramadol y anfetaminas; sin embargo, no se puede extraer evidencia concluyente en este momento.

La estimulación cerebral profunda sigue siendo un tratamiento novedoso y, debido a los altos costos y la naturaleza invasiva del procedimiento, todavía no se utiliza de forma rutinaria. En los últimos 20 años, solo 200 a 300 pacientes con TOC han recibido tratamiento con DBS. En un estudio de Amsterdam publicado en octubre de 2019, descubrieron que DBS dirigido a la extremidad anterior ventral de la cápsula interna hace que las personas con TOC estén más abiertas al cambio ambiental y puedan participar en más actividades que sus compulsiones (55).

2.2.7 Pronóstico

El TOC generalmente es una enfermedad de por vida, aunque algunos experimentan un curso menguante. Incluso con TCC y / o ISRS, rara vez se resuelven los síntomas. Aproximadamente el 30% de los pacientes rechazan el tratamiento, abortan el tratamiento o no responden al tratamiento. De aquellos que tienen un tratamiento exitoso, alrededor del 50% tienen síntomas residuales. El acaparamiento concurrente tiene un peor pronóstico (56).

En los ensayos de campo del DSM-IV con 431 pacientes, el temor a hacerse daño era la obsesión más prevalente. Según lo informado por la Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica del Adulto, se ha establecido una asociación entre el TOC y el suicidio y, de manera predecible, tiene vínculos con ansiedad comórbida, depresión e intentos de suicidio anteriores. Un estudio transversal de enero de 2019 encontró que el TOC y el suicidio están relacionados independientemente de los síntomas de depresión o inestabilidad del estado de ánimo (56). Si el TOC no recibe tratamiento, el curso suele ser crónico y puede ser episódico, y una minoría tiene un curso deteriorado. Sin tratamiento, las tasas de remisión en adultos son bajas. El inicio en la infancia o adolescencia puede conducir a enfermedades crónicas. Sin embargo, el 40% de las personas con aparición de TOC en la infancia o la adolescencia experimentan remisión al comienzo de la edad adulta. Otros trastornos a menudo complican el curso del TOC.

2.3 Trastorno de la conducta alimentaria

Los pacientes con trastornos alimentarios a menudo tienen miedo de ser juzgados o criticados. Estos temores son más notables, ya que los informes muestran en repetidas ocasiones que las actitudes de los profesionales de la salud hacia los pacientes con trastornos alimentarios no siempre son positivas. Las estrategias de entrenamiento y apoyo pueden minimizar estos efectos (57). Los médicos tienen acceso a numerosas medidas estandarizadas de autoinforme y medidas basadas en entrevistas. Siempre ha habido debates sobre la superioridad de las entrevistas clínicas en oposición a las medidas de autoinforme; sin embargo, la elección depende del propósito y el contexto de la evaluación, las limitaciones de tiempo y la disponibilidad de capacitación y factores clínicos (26).

La administración de cuestionarios estandarizados de autoinforme es rápida y fácil. En situaciones de atención primaria, donde se sospecha un trastorno alimentario, las medidas más cortas, como la Prueba de Actitud Alimentaria y SCOFF, son más útiles. Las medidas de autoinforme más largas, como el Inventario de trastornos alimentarios (EDI-3), son más útiles

en entornos especializados para recopilar información precisa sobre la gravedad y el alcance de la psicopatología. Las entrevistas clínicas requieren más tiempo, requieren capacitación, a menudo se consideran estándares de oro y es más probable que sean útiles para fines de investigación en comparación con los entornos clínicos.

2.4 Anorexia nerviosa (AN)

Los trastornos alimentarios (DE) se encuentran entre las manifestaciones más graves de la disfunción de la imagen corporal. Tradicionalmente, el tratamiento de los trastornos alimentarios implica el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal. La distorsión de la imagen corporal es una característica central de la anorexia nerviosa (AN), y esta distorsión existe tanto en el nivel de actitud como en el de percepción. La anorexia nerviosa es la restricción de la ingesta de energía, la distorsión de la imagen corporal y la percepción errónea del peso corporal, el miedo a aumentar de peso o engordar, y un IMC significativamente bajo. En el DSM-5, el criterio de amenorrea ya no se aplica a la anorexia nerviosa. La AN tiene una prevalencia del 0,4% y se considera uno de los trastornos psiquiátricos más desafiantes para tratar con las tasas de mortalidad más altas en los trastornos mentales (58).

2.5 Trastorno por atracón (TPA)

El DSM-5 caracteriza el trastorno por atracón como episodios recurrentes de consumo de grandes cantidades de alimentos (es decir, atracones), rápidamente y hasta sentirse incómodamente lleno. Los criterios adicionales incluyen comer solo, comer sin tener hambre, sentirse culpable, disgustado o deprimido después de comer en exceso, una angustia marcada con respecto a los atracones y la ausencia de comportamientos compensatorios regulares como la purga. Aunque los criterios para TPA no incluyen un criterio relacionado con la imagen corporal, la nueva evidencia muestra que la alteración de la imagen corporal podría desempeñar un papel en TPA y podría ser un objetivo para el tratamiento.

2.6 Relación del TDC con otros trastornos

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5 (DSM-5) caracteriza el trastorno dismórfico corporal como una preocupación angustiante o una preocupación marcadamente excesiva con uno o más defectos percibidos o leves en la apariencia física, asociados con angustia significativa y funcional discapacidad. Los criterios también especifican que, en algún momento durante la enfermedad, las personas realizan

comportamientos repetitivos y compulsivos en respuesta a sus preocupaciones de apariencia. Estas compulsiones irresistibles y angustiosas pueden ser conductuales (p. Ej., Comprobación de espejos, aseo excesivo, camuflaje, punción de la piel, búsqueda de tranquilidad) o actos mentales (p. Ej., Comparar las características de apariencia desagradables con las de otras personas).

La mayoría de los pacientes exhiben una excesiva autoconciencia, a menudo con ideas o delirios de referencia, que son creencias irracionales de que incidentes aleatorios en el mundo se relacionan directamente con ellos. Por ejemplo, pensar que otros están prestando especial atención, hablando sobre ellos, juzgándolos o burlándose de ellos debido al defecto o defecto percibido (59). Como en la anorexia y la bulimia nerviosa, las alteraciones de la imagen corporal preceden a la enfermedad. Es importante tener en cuenta que, si un trastorno alimentario explica todas las preocupaciones sobre la apariencia del paciente, un trastorno alimentario es un diagnóstico más apropiado que el TDC (60).

El TDC se asocia con un deterioro psicosocial significativo y altas tasas de depresión, suicidio y hospitalización. Las estimaciones de la prevalencia de TDC en la población general están entre 0.7% y 3.2%. El TDC se encuentra con frecuencia en entornos clínicos, con una prevalencia de 13% a 16% en pacientes psiquiátricos, 4.8% en pacientes adolescentes, 9% a 12% en entornos dermatológicos, 8% a 37% en individuos con TOC, 3% a 53% en entornos de cirugía estética, 11% a 13% en fobia social, y 14% a 42% en trastorno depresivo mayor atípico (60).

Capítulo III – Aspectos metodológicos

3.1 Diseño del estudio

La presente investigación es de tipo observacional, prospectiva, corte transversal, de carácter cualitativo. El alcance del presente estudio es de tipo descriptivo puesto que se describen las características de la población junto con su perfil psicológico y además se relacionan con el trastorno dismórfico corporal. Se llevó a cabo en el Centro de Cirugía Estética en la ciudad de Quevedo, en el periodo junio 2019- agosto 2019.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Todas las pacientes que acuden a consulta privada de cirugía plástica en el centro de cirugía plástica.

3.2.2 Muestra

Compuesta por nuestra población seleccionada en aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo constituida 75 pacientes que acudieron a la consulta de cirugía plástica en la ciudad de Guayaquil, en el periodo junio 2019- agosto 2019.

3.2.3 Criterios de inclusión

- Pacientes que asisten a consulta privada por primera vez al centro de cirugía estética
- Pacientes que se hayan realizado más de una intervención quirúrgica estética.
- Pacientes que den su aprobación mediante la firma del consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 18 años

3.3.4 Criterios de exclusión

- Pacientes con indicación médica de cirugías de reconstrucción

3.2 Operacionalización de las variables

Variable dependiente: Grado de Insatisfacción de imagen corporal, Percentil de Insatisfacción de imagen corporal, Anorexia, Bulimia, Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Variable Independiente: Trastorno dismórfico corporal, índice de insatisfacción, índice de distorsión.

VARIABLES INTERVINIENTES: Edad, peso, estatura, IMC, categoría del IMC, imagen percibida, imagen deseada, imagen real

TABLA DE OPERACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala de medición	Tipo de Variable	Estadística
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad	Número de años	Encuesta	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kolmogorov-Smirnov
Peso	Fuerza medida en kilogramos con que la Tierra atrae a un cuerpo	Peso en kg	Balanza	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kolmogorov-Smirnov
Estatura	Altura desde los pies hasta la cabeza	Altura en metros	Cinta métrica	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kolmogorov-Smirnov
IMC	Índice calculado en base al peso en Kg y altura de una persona	Calculo de kg/m ²	Calculadora	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kolmogorov-Smirnov -Prueba de Kruskal-Wallis
Categoría del IMC	Las categorías que se asignan según los valores del IMC	Peso Normal (18.50 a 24.99) • Sobrepeso (25 a 29.99) • Obesidad leve (tipo I) (30 a 34.99) • Obesidad moderada (tipo II) (35 a 39.99) • Obesidad mórbida (Tipo III) (40 o más)	No aplica	Cualitativa Ordinal	-Frecuencia y Porcentaje -Chi cuadrado -Prueba de Kruskal-Wallis

Trastorno dismórfico corporal	Trastorno mental en el cual hay una preocupación obsesiva por uno o más defectos físicos percibidos en el físico del propio individuo	-Si -No	Diagnóstico según criterios del DSM-V	Cualitativa nominal	-Frecuencia -Porcentaje - chi cuadrado - U de Mann Whitney -T de student
Imagen Percibida (P de Gardner)	la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal	Número de silueta	Test de Gardner	Cuantitativa discreta	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kruskal-Wallis
Imagen Deseada (D de Gardner)	la silueta que representa la figura deseada que le gustaría obtener	Número de silueta	Test de Gardner	Cuantitativa discreta	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kruskal-Wallis
Imagen Real (R de Gardner)	la silueta que representa la figura real, otorgada por el examinador.	Número de silueta	Test de Gardner	Cuantitativa discreta	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kruskal-Wallis
Índice de insatisfacción de la imagen corporal	La razón entre la imagen corporal percibida y la deseada. Es un subrogado de TDC	Imagen percibida/Imagen deseada	Test de Gardner	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kruskal-Wallis - Correlación de Spearman
Índice de distorsión de la imagen corporal	La razón entre la imagen percibida y la real. Es un subrogado de TDC	Imagen percibida/Imagen real	Test de Gardner	Cuantitativa continua	-Medidas de tendencia central -Prueba de Kruskal-Wallis - Correlación de Spearman

Grado de Insatisfacción de imagen corporal test IMAGEN	Representación simbólica global del propio cuerpo. Representa trastornos de conducta alimentaria	-Mínima o ausente -Moderada -Marcada -Severa	Encuesta del Test de Imagen	Cualitativa Ordinal	-Frecuencia y Porcentaje -Prueba de Kruskal-Wallis -Prueba chi cuadrado
Percentil de insatisfacción de imagen corporal test IMAGEN	Medida numérica de la Representación simbólica global del propio cuerpo. Representa trastornos de conducta alimentaria	Percentil	Encuesta del Test de Imagen	Cuantitativa discreta	-Medidas de tendencia central -U de Mann Whitney
Anorexia	Trastorno de la conducta alimenticia donde hay pérdida de peso provocada y conlleva a un estado de inanición. Se utiliza a la subescala de Impulso a la delgadez del EDI como suborgano de Anorexia	-Valor subescala Impulso a la delgadez del EDI	Encuesta EDI	Cuantitativa Discreta	-U de Mann whitney Correlación de Spearman
Bulimia	Trastorno de la conducta alimenticia en el cual hay atracones donde se ingieren grandes cantidades de comida, seguido de arrepentimiento con el uso del vómito para deshacerse de las calorías	-Valor Subescala Sintomatología Bulímica del EDI	-Encuesta EDI	Cuantitativa Discreta	-Medidas de tendencia central -U de Mann whitney Correlación de Spearman

	ingeridas. Se utiliza a la subescala de Sintomatología Bulímica del EDI como subrogado de Bulimia				
Trastorno obsesivo Compulsivo	Pensamiento excesivo que llevan a comportamientos repetitivos. Se utiliza a la subescala de Perfeccionismo del EDI como subrogado de Bulimia	-Valor Subescala Perfeccionismo del EDI	-Encuesta EDI	Cuantitativa Discreta	-Medidas de tendencia central -T de student Correlación de Spearman

3.4 Herramientas de recolección

3.4.1 Cuestionario IMAGEN

El cuestionario IMAGEN fue diseñado con el objetivo de realizar una detección temprana del TCA. Consta de 38 ítems y su aplicación permite la obtención de una puntuación total de con la imagen corporal, y puntuaciones en sus principales componentes:

-Escala ICE (insatisfacción cognitivo-emocional): Deseo y necesidad de tener un cuerpo delgado o realizar una dieta, miedo a engordar, sensación de estar ganando peso o la irritabilidad y el malestar emocional asociados al aspecto físico.

-Escala IPE (insatisfacción perceptiva): Creencia o sensación subjetiva de haber alcanzado un peso por encima del deseado o una figura deformada.

-Escala ICL (insatisfacción comportamental): Producirse el vómito, utilizar laxantes, tirar comida, realizar ejercicio físico de manera excesiva, etc.(8)

3.4.2 Escala de Evaluación de la Imagen corporal de Gardner

Cuestionario de 11 siluetas autoadministrado y heteroadministrado por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas

situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6).

La figura media representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia; sobre esta se realizaron modificaciones que incrementaban o disminuían un 30% su volumen, hasta formar seis siluetas que representan el orden creciente de incremento de peso (5%, 10%, 15%, 20%, 25%, 30%), y otras seis que representaban la disminución de peso (-5%, -10%, -15%, -20%, -25%, -30%), con esto se dispone de un continuo de siluetas, cuyos extremos representan una figura extremadamente delgada y otra obesa.

Primero, la paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener.

Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el *Índice de Insatisfacción* de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el *Índice de Distorsión* de la imagen corporal.

Figura central con el valor 0, mientras que asignamos valores negativos (de -1 a -6) para las figuras ubicadas a la izquierda de la figura central que representan el decremento en la masa corporal; del mismo modo se asignaron valores positivos (de 1 a 6) para las figuras situadas a la derecha de la silueta central, que representan el incremento paulatino de masa corporal (13).

3.4.3 Inventario de trastornos de la alimentación

El inventario de trastornos de la alimentación es un cuestionario diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes:

- Impulso a la delgadez (7 ítems).
- Sintomatología bulímica (7 ítems)
- Insatisfacción corporal (9 ítems)
- Inefectividad y baja autoestima (10 ítems)
- Perfeccionismo (6 ítems)
- Desconfianza interpersonal (7 ítems)

- Conciencia interoceptiva
- Miedo a madurar

Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van <<siempre>> a <<nunca>> y de las cuales tres se puntúan de (1 a 3). Por ello, la puntuación total de este cuestionario puede oscilar entre 0 y 192.

Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que la puntuación total. Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- proporciona un perfil de las 8 áreas anteriormente señaladas

La puntuación en cada área se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los ítems que la componen

- Impulso a la delgadez: ítems 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 (en los ítems 7, 11, 16, 25, 32 y 49: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En el ítem 1: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Sintomatología bulímica: ítems 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Insatisfacción corporal: ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62 (en los ítems 2, 9, 45 y 59: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 12, 19, 31, 55 y 62: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Inefectividad y baja autoestima: ítems 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56 (en los ítems 10, 18, 24, 27, 41 y 56: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto 0 puntos. en los ítems 20, 37, 42 y 50: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos)
- Perfeccionismo: ítems 13, 29, 36, 43, 52, 63 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Desconfianza interpersonal: ítems 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57 (en los ítems 34 y 54: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los

ítems 15, 17, 23, 30, y 57: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

3.5 Aspectos Éticos

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo después de firmar el consentimiento informado (CI) aprobado por el tutor de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud. El consentimiento se socializó verbalmente y por escrito a cada uno de los participantes, de esta manera se explicó en qué consistía la investigación y cómo se darían a conocer los resultados, aclarando que sus nombres y cédula de identidad no serían expuestos a más de esto se les comunicó que podrían negarse a participar en cualquier momento durante el estudio. La información se analizó de acuerdo con la naturaleza y el grado de medición de cada variable, se llevaron a cabo con el programa Excel.

Como establece la Ley Orgánica de la Salud en el Capítulo II, Talento Humano en Salud; Sección I, Normas Comunes; artículo 62, El Secreto Profesional: “Todos los profesionales de salud, personal de apoyo en salud y profesionales del apoyo en el Sistema Nacional de Salud, tienen el deber y el derecho de garantizar la confidencialidad y silencio, sobre toda aquella información en cualquier ámbito y circunstancia de lo que vieron, oyeron, descubrieron o realizaron, durante el ejercicio de su profesión.”

Capítulo IV – Análisis de resultados

4.1 Resultados

En el siguiente estudio se incluyeron 75 pacientes. A esta totalidad de pacientes se valoraron las variables peso y talla, lo que permitió el cálculo del índice de masa corporal (IMC), obteniendo como resultado que el 50.7%, es decir 38 de los pacientes sometidos a cirugía plástica tenían un peso normal de acuerdo al cálculo previamente mencionado; 28 de los pacientes (37.3%) tuvieron sobrepeso, 3 (4%) obesidad tipo I, 4 (5.3%) obesidad tipo II y 2 (2.7%) obesidad tipo III. El chi cuadrado de IMC arrojó un valor P menor a 0.05, lo que indica que los datos fueron distribuidos en proporciones diferentes para cada una de las categorías descritas en la tabla 1.

Tabla 1. Índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje %	Valor P
IMC CATERGORIA PESO NORMAL	38	50.7%	0.0001
SOBREPESO	28	37.3%	
OBESIDAD TIPO I	3	4.0%	
OBESIDAD TIPO II	4	5.3%	
OBESIDAD TIPO III	2	2.7%	
(MORBIDA)			

Las medidas antropométricas de la población se describen en la tabla 2. Estas variables fueron sometidas a la prueba de Kolmororov-Smimov para una muestra. Las variables edad, peso e IMC, obtuvieron un valor P de 0.0001, es decir que la distribución de los datos no es normal, sin embargo, la variable talla obtuvo un valor P de 0.191, que es mayor a 0.05 indicando que los datos de esta variable si presentan una distribución normal.

Tabla 2. Características antropométricas de la población

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Valor P
EDAD	31	29	18	49	9	0.0001
Peso	68	62	49	150	16	0.0001
Talla	2	2	1	2	0	0.191
IMC	26.21	24.69	19.17	51.90	5.43	0.0001

En el gráfico 1, se establece la frecuencia y porcentaje de pacientes que presentaron trastorno dismórfico corporal, como se describe en el primer objetivo de la presente investigación. El 61.3% (46 pacientes) del total de la muestra presentó TDC, y el 38.7% (29 pacientes) no presentaron TDC.

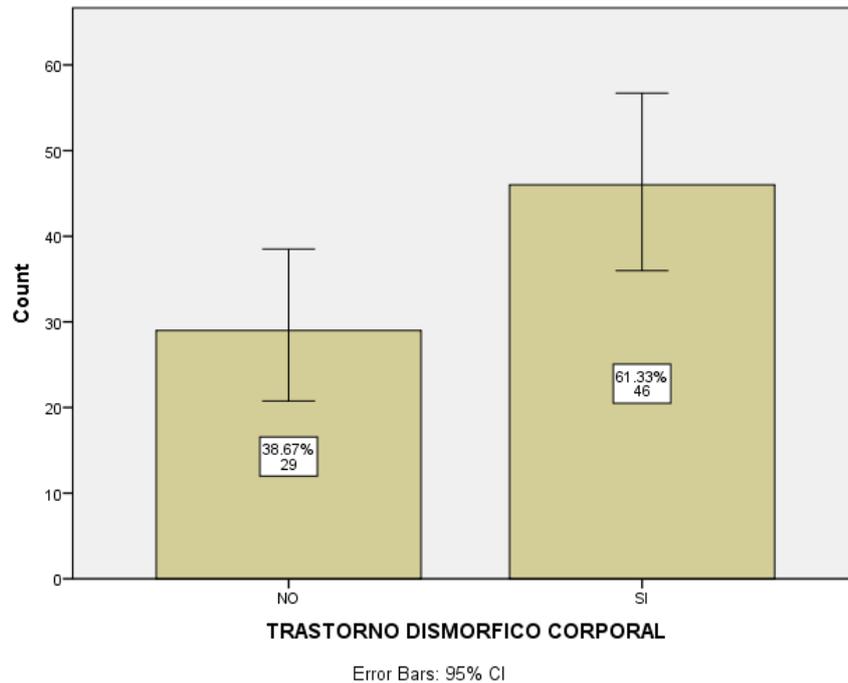


Gráfico 1. Porcentaje de pacientes con trastorno dismórfico corporal

Según el test de Gardner se obtuvo la imagen percibida (P de Gardner), la imagen deseada (D de Gardner) y la imagen real (R de Gardner) de las diferentes pacientes, para posteriormente determinar el cual determina los índices de satisfacción y de distorsión de la imagen corporal que son subrogados de TDC. Las medidas de tendencia central de los resultados del Test de Gardner se encuentran resumidos en la Tabla 3.

Tabla 3. Medidas de tendencia central de los resultados del test de Gardner

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Valor P
P DE GARDNER	1	1	-4	6	3	0.021
D DE GARDNER	-1.7	-2.0	-6.0	4.0	2.3	0.0001
R DE GARDNER	1	1	-5	6	3	0.031
INDICE DE INSATISFACCION	3	4	-7	8	3	0.0001
INDICE DE DISTORSION	0	1	-8	3	2	0.0001

La escala de Gardner permite evaluar la percepción de la imagen corporal, de acuerdo al grado de distorsión percibido por el paciente. En la tabla 4 se aplica la prueba de Kruskal-Wallis, para realizar la evaluación de la percepción de imagen corporal según el test de Gardner y su relación con el IMC, cumpliendo de esta forma el segundo objetivo del siguiente trabajo. La mediana de la imagen percibida por la paciente fue mayor en el grupo de obesidad tipo III al compararlo con la mediana de los pacientes con peso normal, sobrepeso y los tipos de obesidad I y II. Este hallazgo fue estadísticamente significativo ($P=0.0001$). De igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la imagen deseada (0.002) y la imagen real (0.0001) para cada categoría del IMC.

Tabla 4. Mediana de imagen corporal percibida, imagen corporal deseada e imagen corporal real según los grupos del IMC

			Mediana	Valor P
IMC CATERGORIA	PESO NORMAL	P DE GARDNER	1	0.0001
	SOBREPESO	P DE GARDNER	2	
	OBESIDAD TIPO I	P DE GARDNER	4	
	OBESIDAD TIPO II	P DE GARDNER	4	
	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	P DE GARDNER	6	
IMC CATERGORIA	PESO NORMAL	D DE GARDNER	-3.0	0.002
	SOBREPESO	D DE GARDNER	.0	
	OBESIDAD TIPO I	D DE GARDNER	-1.0	
	OBESIDAD TIPO II	D DE GARDNER	-3.0	
	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	D DE GARDNER	.5	
IMC CATERGORIA	PESO NORMAL	R DE GARDNER	0	0.0001
	SOBREPESO	R DE GARDNER	2	
	OBESIDAD TIPO I	R DE GARDNER	4	
	OBESIDAD TIPO II	R DE GARDNER	2	
	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	R DE GARDNER	5	

Mediante la prueba de Kruskal-Wallis se encontró que una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de insatisfacción de acuerdo a las categorías de IMC ($P=0.007$). Por otra parte, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de distorsión según las diferentes categorías del IMC ($P=0.231$). Dichos resultados se evidencian en la Tabla 5, donde se demuestra que los pacientes con Obesidad tipo 2 tienden a estar más insatisfechos con su imagen corporal y en cambio los pacientes con peso normal son los que presentan mayor satisfacción con su imagen corporal.

Tabla 5. Resultados del índice de insatisfacción y de distorsión del Test de Gardner según la categoría del IMC.

			Mediana	Valor P
IMC CATERGORIA	PESO NORMAL	INDICE DE INSATISFACCION	3	0.007
	SOBREPESO	INDICE DE INSATISFACCION	4	
	OBESIDAD TIPO I	INDICE DE INSATISFACCION	5	
	OBESIDAD TIPO II	INDICE DE INSATISFACCION	7	
	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	INDICE DE INSATISFACCION	5	
IMC CATERGORIA	PESO NORMAL	INDICE DE DISTORSION	1	0.231
	SOBREPESO	INDICE DE DISTORSION	1	
	OBESIDAD TIPO I	INDICE DE DISTORSION	0	
	OBESIDAD TIPO II	INDICE DE DISTORSION	2	
	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	INDICE DE DISTORSION	1	

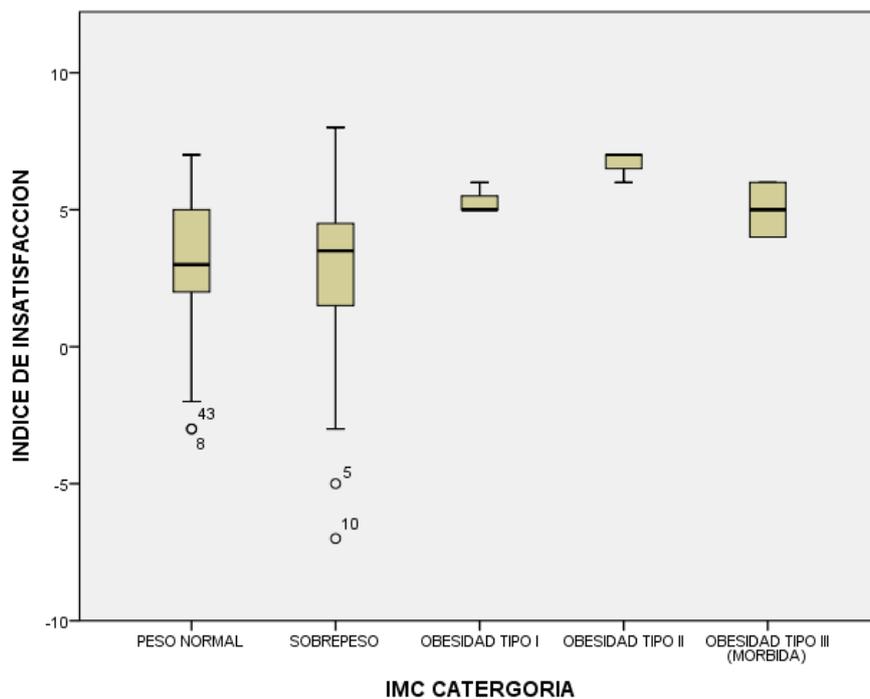


Gráfico 2. Gráfico de cajas que relaciona el índice de insatisfacción según la categoría del IMC

El gráfico 2 indica que los pacientes con obesidad tipo II presentan mayor tendencia a la insatisfacción con la imagen corporal propia; los pacientes con peso normal en contraste, presentan mayor satisfacción en su imagen corporal.

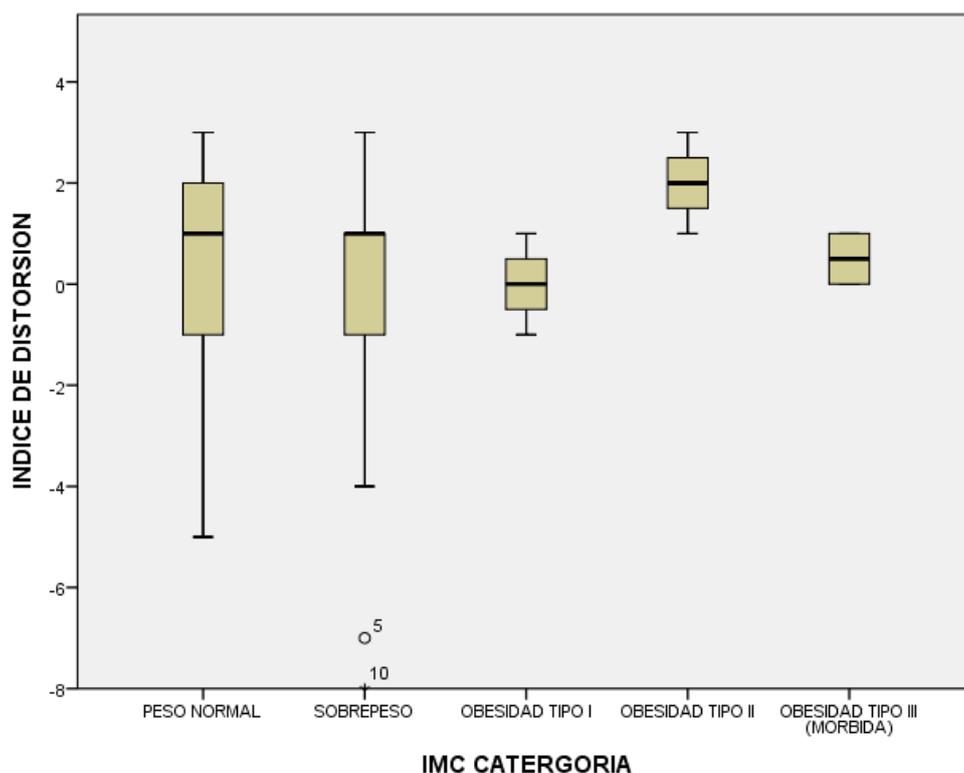


Gráfico 3. Gráfico de cajas que relaciona el índice de distorsión según la categoría del IMC

No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana del índice de distorsión para las diferentes categorías del IMC, lo cual se refleja en el gráfico 3.

En la tabla 6, se describen los percentiles de los resultados obtenidos con el cuestionario IMAGEN, la media fue de 74, mediana de 80, valor mínimo de 3 y máximo de 133 con una desviación estándar de 36. Se encontró un valor P de 0.0001 según la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 6. Estadística descriptiva de los percentiles de escala imagen

	Media	Mediana	Minimuo	Maximuo	Desviación estándar	Valor P
PERCENTIL DE INSATISFACCIÓN DE IMAGEN CORPORAL	74	80	3	133	36	0.0001

En la tabla 7 se describe el grado de trastorno de conducta alimentaria, el cual se presentó en 27 pacientes (36%) de forma mínima y moderada, en 18 pacientes (24 %) de forma marcada y en 3 (4%) de forma severa. Para la obtención de estos resultados se realizó la prueba de chi cuadrado. Obteniendo un valor P de 0.0001 para la prueba de chi cuadrado para una muestra, indicando que los datos se distribuyen en proporciones diferentes para cada una de las categorías.

Tabla 7. Grado de trastorno de conducta alimentaria

		Conteo	Porcentaje %	Valor P
GRADO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (PD TOTAL)	MÍNIMA O AUSENTE	27	36.0%	0.0001
	MODERADA	27	36.0%	
	MARCADA	18	24.0%	
	SEVERA	3	4.0%	

En la tabla 8 se detallan los resultados obtenidos al realizar el inventario de trastornos de alimentación (EDI), llevando a cabo el cuarto objetivo de este trabajo. En la categoría de impulso a la delgadez se obtuvo una media de 5 con una desviación estándar de 5; en la categoría sintomatología bulímica se obtuvo una media de 1 con una desviación estándar de 3; en la categoría de insatisfacción corporal se obtuvo una media de 6 con una desviación estándar de 5; en la categoría inefectividad y baja autoestima se obtuvo una media de 3 con una desviación estándar de 3; en la categoría de perfeccionismo se obtuvo una media de 5 con una desviación estándar de 3; en la categoría de desconfianza interpersonal se obtuvo una media de 8 con una desviación estándar de 4; en la categoría de conciencia interoceptiva se obtuvo una media de 3 con una desviación estándar de 3; en la categoría de miedo a madurar se obtuvo una media de 7 con una desviación estándar de 3. Las demás medidas de tendencia central se pueden apreciar en la Tabla 8. Según la prueba de Kolmogorov-Smirnov las variables impulso a la delgadez, sintomatología bulímica, insatisfacción corporal, inefectividad y baja autoestima no tienen una distribución normal de sus datos. Por otro lado, las demás variables si exhibieron una distribución normal.

Tabla 8. Medidas de tendencia central de los rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, bulimia, y trastorno obsesivo compulsivo.

	Media	Mediana	Minimo	Maximo	Desviación estándar	Valor P
IMPULSO A LA DELGADEZ	5	4	0	16	5	0.0001
SINTOMATOLOGIA BULIMICA	1	0	0	14	3	0.0001
INSATISFACCION CORPORAL	6	5	0	23	5	0.001
INEFECTIVIDAD Y BAJA AUTOESTIMA	3	2	0	10	3	0.0001
PERFECCIONISMO	5	5	0	12	3	0.063
DESCONFIANZA INTERPERSONAL	8	8	0	18	4	0.200
CONCIENCIA INTEROCPETIVA	3	3	0	14	3	0.200
MIEDO A MADURAR	7	7	0	15	3	0.200

Para la valoración de la asociación entre el trastorno dismórfico corporal con los trastornos de conducta alimentaria y obsesivo compulsivo, se realizaron tablas cruzadas y chi cuadrado con el grado de TCA. Como se observa en la tabla 9, 7 de los pacientes con TDC tenían un grado de TCA mínimo o ausente, 18 tenían un grado de TCA moderado, 18 tenían un grado marcado, y finalmente 3 tenían un grado de TCA severo.

Tabla 9. Tabla cruzada entre trastorno dismórfico corporal y el grado de trastorno de conducta alimentaria según test de imagen

		GRADO DE TCA (PD TOTAL)				Total
		MÍNIMA O AUSENTE	MODERADA	MARCADA	SEVERA	
TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL	NO	20	9	0	0	29
	SI	7	18	18	3	46
Total		27	27	18	3	75

Al realizarse la prueba de chi cuadrado, se observó fuerte asociación entre las variables TDC y el grado de TCA como se muestra en la tabla 10, presentando significancia estadística (27.836; P=0.0001) entre el trastorno dismórfico corporal y el grado de TCA según el test de IMAGEN.

Tabla 10. Prueba de chi cuadrado que muestra la asociación entre el TDC y el grado de TCA.

	Valor	Valor P
Pearson Chi-Square	27.836 ^a	.000
N of Valid Cases	75	

Al evaluar la presencia de trastorno dismórfico corporal según las diferentes categorías del IMC, se encontró que estuvo presente en 23 pacientes con peso normal, 16 con sobrepeso, 3 con obesidad tipo I, 2 con obesidad tipo II y III, del total de los 75 pacientes incluidos en el estudio, datos que se observan en la tabla 11.

Tabla 11. Tabla cruzada entre trastorno dismórfico corporal y la categoría del IMC

		IMC CATERGORIA					Total
		PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD TIPO I	OBESIDAD TIPO II	OBESIDAD TIPO III (MORBIDA)	
TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL	NO	15	12	0	2	0	29
	SI	23	16	3	2	2	46
	Total	38	28	3	4	2	75

En la tabla 12 se observan los resultados obtenidos al realizar la prueba estadística chi cuadrado, la cual muestra que no existe asociación entre el trastorno dismórfico corporal y el grado de TCA (3.587; P=0.465).

Tabla 12. Prueba de chi cuadrado que muestra la asociación entre el TDC y la categoría del IMC

	Valor	Valor P
Pearson Chi-Square	3.587 ^a	.465
N of Valid Cases	75	

Debido a que la variable del percentil del grado de TCA (PD total) no sigue una distribución normal se utilizó la prueba no paramétrica, U de Mann-Whitney para muestras independientes (Tabla 13.). Se determina la diferencia entre las medianas del PD TOTAL según la presencia o ausencia de TDC. La diferencia de medianas si es estadísticamente significativa (P= 0.0001) donde el grupo con TDC tuvo una mediana de PD total (que es una medida del grado de TCA)

mayor en comparación con el grupo que tenía TDC. Este resultado corrobora el hallazgo previo de asociación entre TDC y grado de TCA.

Tabla 13. Comparación de las medianas de PD total entre paciente con TDC y sin TDC

		PD TOTAL	Valor P
		Mediana	
TRASTORNO	NO	43	0.0001
DISMORFICO CORPORAL	SI	94	

Para establecer la comparación de las medianas de los puntajes obtenidos de rasgo anoréxico y bulímico entre pacientes con TDC y sin TDC, se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. En la tabla 14 se observan los resultados obtenidos, y se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del rasgo impulso a la delgadez (subrogado de anorexia) (valor P= 0.212) y el rasgo sintomatología bulímica (valor P= 0.965) en este grupo de pacientes.

Lo que sugiere que no hay relación entre el TDC y los rasgos de anorexia o bulimia; lo cual difiere con el hallazgo previo en el cual se estableció una fuerte asociación entre el TDC y el TCA; lo cual se debe probablemente que el test de IMAGEN es una variable más general, es decir, engloba ambos problemas de conducta alimenticia, mientras que el EDI únicamente utiliza rasgos psicológicos de anorexia y bulimia.

Tabla 14. Comparación de las medianas del puntaje de rasgo anoréxico y bulímico entre paciente con TDC y sin TDC

		IMPULSO A LA DELGADEZ	Valor P	SINTOMATOLOGIA BULIMICA	Valor P
		Mediana		Mediana	
TRASTORNO	NO	3	0.212	0	0.965
DISMORFICO CORPORAL	SI	5		0	

La comparación de medias del rasgo perfeccionismo (subrogado del TOC) según el TDC se describe en la tabla 15 y 16. Estos resultados fueron obtenidos mediante la prueba estadística T de Student (debido a que la distribución de los datos del rasgo perfeccionismo siguen una distribución normal). Se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa (P=0.255) al comparar los grupos de pacientes que presentan TDC y los que no.

Tabla 15. Comparación de medias del rasgo perfeccionismo según el TDC

	TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL	N	Media	Desviación estándar
PERFECCIONISMO	NO	29	4.14	2.875
	SI	46	4.91	2.835

Tabla 16. Prueba de T de Student que compara medias del rasgo perfeccionismo según el TDC

	t-test for Equality of Means							
	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
PERFECCIONISMO Equal variances assumed	.674	1.147	73	.255	-.775	.676	2.122	.572

Finalmente se realizó una correlación entre los índices de insatisfacción y de distorsión del test de Gardner con las subescalas del EDI mediante la prueba de correlación Rho Spearman, y se demostró una correlación leve estadísticamente significativa entre el índice de insatisfacción y el impulso a la delgadez ($r=0.376$, $p < 0.001$) (Tabla 17.), indicando que, a mayor índice de insatisfacción de una paciente, mayor es el rasgo de impulso a la delgadez (subrogado de anorexia). Sin embargo, el índice de distorsión del Test de Gardner el cual es un subrogado del trastorno dismórfico corporal, no tiene correlación con las subescalas del EDI.

Tabla 17. Correlación entre el índice de insatisfacción y de distorsión del test de Gardner y las subescalas del EDI.

			IMPULSO A LA DELGADEZ	SINTOMATOLOGIA BULIMICA	PERFECCIONISMO
Spearman's rho	INDICE DE INSATISFACCION	Correlation Coefficient	.367	.092	-.170
		Sig. (2- tailed)	.001	.433	.145
		N	75	75	75
	INDICE DE DISTORSION	Correlation Coefficient	.216	.067	-.033
		Sig. (2- tailed)	.063	.566	.781
		N	75	75	75

4.2 Discusión

El trastorno dismórfico corporal (TDC, por sus siglas en inglés) se define como una obsesión constante con la apariencia externa y los defectos, y se enmarca en los criterios de trastornos neuropsiquiátricos. Las personas que padecen este trastorno pueden buscar procedimientos cosméticos innecesarios, así como acudir a la consulta de dermatólogos o cirujanos plásticos. Los tratamientos cosméticos se han vuelto fácilmente disponibles, lo que ha llevado a una afluencia de pacientes con TDC no diagnosticados que eligen someterse a dichos tratamientos.

Estimaciones recientes han indicado que la prevalencia ponderada de TDC en la población general es de 1.9%, mientras que oscila entre 5.8% y 7.4% entre pacientes psiquiátricos. Esto destaca la importancia clínica de TDC (61). Al Shuhayb, realizó un estudio que incluyó 453 pacientes sauditas que buscaban cirugía plástica facial (62), y la prevalencia estimada fue de 14.19%. Se realizaron dos estudios más en pacientes que acudían a clínicas de dermatología en la ciudad de Riad (63), y la región de Qassim (64). La prevalencia de TDC fue de 14.1% y 18.6%, respectivamente. El cuestionario del trastorno dismórfico corporal (*TDCC*) se utilizó como herramienta de detección en los estudios mencionados anteriormente.

Otro estudio realizado por Arfaj et al., 2016 (65), utilizó una versión árabe traducida y validada del cuestionario COPS (*Cosmetic Procedure Screening*) para evaluar a los pacientes reservados para cirugías estéticas a través de una clínica ambulatoria y encontró que el 6.6%

de los pacientes dieron positivo para TDC síntomas. En el presente estudio el 61.3% (46 pacientes) del total de la muestra presentó TDC, y el 38.7% (29 pacientes) no presentaron TDC. Lo cual corresponde a prevalencias superiores comparado con los estudios anteriores.

Por otro lado, un estudio alemán que incluyó 429 individuos, utilizó una encuesta de autoinforme en línea sobre problemas de apariencia (67). Dicho estudio reportó que el 15.2% de los individuos con TDC habían sido diagnosticados previamente con dicho trastorno, y de estos individuos solo el 39,9% recibían tratamiento de salud mental. Las personas reportaron que las principales barreras para recibir tratamiento de salud mental fueron: vergüenza, la baja necesidad percibida y la preferencia por tratamientos cosméticos y médicos.

La prevalencia relativamente alta de TDC en entornos cosméticos plantea un desafío para los profesionales de la salud, como los cirujanos cosméticos. En un estudio reciente en los Países Bajos, realizado por Bouman, Mulken y Van der Lei, en el año 2017 (68), descubrió que muchos profesionales de la cosmética informaron que conocían el cuadro clínico y el diagnóstico de TDC, pero que apenas identificaron pacientes con estos trastornos. Además, solo una minoría de los profesionales exploró los problemas de imagen corporal durante su primera entrevista con los pacientes, descuidando así una posible contraindicación psicológica para los procedimientos cosméticos. Lo cual refleja el grado de subdiagnóstico del TDC.

Las partes del cuerpo que más preocupan a las personas con TDC son la nariz, las orejas, los senos y la boca. Por lo general, se sienten mal entendidos y no revelan sus síntomas, ya que piensan que serán vistos como narcisistas o vanidosos (69). También pueden ser frecuentes los comportamientos de evitación, como la no participación en actividades sociales (70).

En el presente estudio la prueba de Kruskal-Wallis permitió evaluar la percepción de imagen corporal según el test de Gardner y su relación con el IMC. La mediana de la imagen percibida por la paciente fue mayor en el grupo de obesidad tipo III comparada con la mediana de los pacientes con peso normal, sobrepeso y los tipos de obesidad I y II. Este hallazgo fue estadísticamente significativo ($P=0.0001$). De igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la imagen deseada (0.002) y la imagen real (0.0001) para cada categoría del IMC. Así mismo existió una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de insatisfacción de acuerdo a las categorías de IMC ($P=0.007$). Por otra parte, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de distorsión según las diferentes categorías del IMC ($P=0.231$). Esto permitió demostrar que las pacientes con obesidad tipo 2 estaban más insatisfechas con su imagen corporal y en cambio las pacientes con peso normal son las que presentan mayor satisfacción con su imagen corporal.

En encuestas realizadas en el Reino Unido, Francia, Alemania, Noruega y Escocia, la correlación entre la percepción de sobrepeso y la insatisfacción también ha aumentado (73). El comportamiento inapropiado de control de peso entre los adolescentes de peso normal se lleva a cabo en busca de una forma delgada del cuerpo, lo que causa sentimientos de inferioridad y baja autoestima con respecto a la vida escolar y la apariencia, y tiene un efecto negativo en el ajuste de los estudiantes a la vida escolar, actividad de clase y relaciones entre pares (74).

En el contexto de los trastornos alimentarios, es importante tener en cuenta la alta superposición entre los síntomas de los trastornos dismórficos corporales y los de los trastornos alimentarios (76). Por ejemplo, Dingemans et al. (77) mostró que de 158 pacientes que buscaban tratamiento para trastornos alimentarios, más de la mitad también informaron trastornos dismórficos corporales. Phillipou y col. (78) señaló que las personas con anorexia informaron distorsiones en la experiencia y / o satisfacción con el propio cuerpo, y la ansiedad asociada con su imagen corporal. En consecuencia, Phillipou et al. (78) propuso volver a clasificar la anorexia nerviosa en una nueva categoría de trastornos de la imagen corporal. Al hacerlo, la imagen corporal se convertiría en la característica dominante, como en la bulimia nerviosa y, lo más importante, en el trastorno dismórfico corporal (TDC).

En el presente estudio el grado de trastorno de conducta alimentaria se presentó en 27 pacientes (36%) de forma mínima y moderada, en 18 pacientes (24 %) de forma marcada y en 3 (4%) de forma severa. De acuerdo con Aparicio-Martínez (79), existen factores como los factores éticos o familiares, que contribuyen al desarrollo de este comportamiento alimentario desordenado. En este sentido, estudios previos han establecido que la probabilidad de desarrollar una actitud alimentaria desordenada o un diagnóstico de trastornos alimentarios es mayor si la madre tenía problemas alimentarios o de autoestima desordenados (80). Además, el origen étnico se ha relacionado con la percepción de los ideales de belleza, la autoestima y la percepción del cuerpo (81,82). En el presente estudio el grado de insatisfacción según el test de imagen se presentó de forma mínima y moderada en el 36% de los pacientes, de forma marcada en el 24% de los pacientes y de forma severa el 3% de los pacientes.

En general, las personas con TDC experimentan síntomas relativamente similares a aquellos con TOC, excepto por la falta de auto reconocimiento de la enfermedad mental y una percepción más pobre (83). Además, las personas con TDC tienen puntuaciones más altas de depresión, ansiedad, ira-hostilidad y somatización en comparación con las personas normales. La calidad de vida de las personas con TDC se ve significativamente afectada y experimentan altas tasas de hospitalización (48%), intentos de suicidio (22-24%) e ideación suicida (45-82%) (83). En los Estados Unidos, la tasa anual de suicidio completado en personas con TDC es

0.35%, que es marcadamente más alta que la tasa reportada en individuos normales y pacientes con enfermedades mentales (83).

Los rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, bulimia, y trastorno obsesivo compulsivo de las pacientes de nuestro estudio fueron determinados mediante EDI. La media de impulso a la delgadez fue 5 con DS de 5; la sintomatología bulímica demostró una media de 1 con DS de 3; insatisfacción corporal media de 6 con DS de 5; ineffectividad y baja autoestima media de 3 con DS 3; perfeccionismo medio de 5 con DS 3; desconfianza interpersonal media de 8 con DS 4; conciencia interoceptiva media de 3 con DS 3; miedo a madurar media de 7 y DS de 3.

En cuanto al presente estudio, 7 pacientes con TDC tenían un grado de TCA mínimo o ausente, 18 tenían un grado de TCA moderado, 18 tenían un grado marcado, y finalmente 3 tenían un grado de TCA severo. Existió asociación entre las variables TDC y el grado de TCA, presentando significancia estadística (27.836; $P=0.0001$) entre el trastorno dismórfico corporal y el grado de TCA según el test de IMAGEN. Al evaluar la presencia de trastorno dismórfico corporal según las diferentes categorías del IMC, se encontró que estuvo presente en 23 pacientes con peso normal, 16 con sobrepeso, 3 con obesidad tipo I, 2 con obesidad tipo II y III, del total de los 75 pacientes incluidos en el estudio.

Los trastornos alimentarios (ED, por sus siglas en inglés) muestran una prevalencia de por vida de alrededor del 4% para los diagnósticos DSM-5 de anorexia nerviosa (AN), y del 2% cada uno para la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TPA) (85). AN, BN y TPA están asociados con numerosas afecciones físicas (p. Ej., Osteoporosis, desequilibrio electrolítico de fluidos y síndrome metabólico) y salud mental comórbida (p. Ej., Trastornos afectivos y de ansiedad), afecciones (86).

La prueba no paramétrica, U de Mann-Whitney determinó la diferencia entre las medianas del PD TOTAL según la presencia o ausencia de TDC. La diferencia de medianas fue estadísticamente significativa ($P= 0.0001$) donde el grupo con TDC tuvo una mediana de PD total mayor en comparación con el grupo que no tenía TDC. Este resultado corrobora la asociación entre TDC y grado de TCA.

Estudios anteriores muestran que en América Latina hay una menor prevalencia de anorexia nerviosa y una mayor prevalencia de bulimia nerviosa y trastorno por atracón, en comparación con Europa occidental o los Estados Unidos (87). En Brasil, la prevalencia de la bulimia

nerviosa es del 2%, y el trastorno por atracción es del 4,7% en los adultos durante toda la vida (88).

Entre un tercio y la mitad de las niñas estadounidenses informaron el uso frecuente de laxantes, vómitos autoinducidos y ayuno para perder peso (89). Incluso estudios más antiguos ya han demostrado un alto porcentaje de adolescentes estadounidenses, aproximadamente el 15% adopta conductas compensadoras de la alimentación, como la ingesta de laxantes y diuréticos (90). En Brasil, los estudios mostraron una alta prevalencia de conductas alimentarias anormales y métodos inapropiados de control de peso en la población general (91,92). Las mujeres jóvenes informaron el uso de laxantes (8.5%), dietas restrictivas (7.8%), mal uso de supresores del apetito (5.1%), ayuno (3.1%), mal uso de diuréticos (2.8%) y vómitos (1.4%) por perder peso (92). Además, el 15% de las mujeres con índice de masa corporal normal informaron que usaban diuréticos y laxantes, y el 12.2% reportó vómitos al menos ocasionalmente como un comportamiento compensatorio alimenticio (92).

Es de suma importancia contrastar la información anterior con el presente trabajo, debido que de acuerdo a los resultados obtenidos por las pruebas aplicadas no hay relación entre el TDC y los rasgos de anorexia o bulimia.

En cuanto a los resultados del presente estudio no existió diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del rasgo impulso a la delgadez (subrogado de anorexia) (valor $P= 0.212$) y el rasgo sintomatología bulímica (valor $P= 0.965$) en este grupo de pacientes. Lo que sugiere que no hay relación entre el TDC y los rasgos de anorexia o bulimia; lo cual difiere con el hallazgo previo en el cual se estableció una fuerte asociación entre el TDC y el TCA; lo cual se debe probablemente que el test de IMAGEN es una variable general, es decir, engloba ambos problemas de conducta alimenticia, mientras que el EDI únicamente utiliza rasgos psicológicos de anorexia y bulimia.

Se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($P=0.255$) al comparar los grupos de pacientes que presentan TDC y los que no. Así mismo se demostró una correlación leve estadísticamente significativa entre el índice de insatisfacción y el impulso a la delgadez ($r=0.376$, $p < 0.001$), indicando que, a mayor índice de insatisfacción de un paciente, mayor es el rasgo de impulso a la delgadez (subrogado de anorexia). Sin embargo, el índice de distorsión del Test de Gardner el cual es un subrogado del trastorno dismórfico corporal, no tuvo correlación con las sub-escalas del EDI.

Es importante destacar que incluso las personas que no cumplen con todos los criterios para un trastorno alimentario pueden participar en algunas formas de conductas compensadoras de la alimentación. El ayuno prolongado, el ejercicio físico exhaustivo, los vómitos, la ingesta de medicamentos, los diuréticos y los laxantes son algunos ejemplos de comportamientos compensatorios alimenticios y todos son factores de riesgo para los trastornos alimentarios. De la misma forma, estos comportamientos están asociados con complicaciones biológicas y psicológicas, con alta morbilidad y mortalidad (89).

4.3 Conclusión

Se identificó que el 61.3% (46 pacientes) presentó de trastorno dismórfico corporal y el 38.7% (29 pacientes) no presentaron TDC, se obtuvo un valor p de 0.065, indicando que los datos fueron distribuidos en proporciones similares. Se evaluó la percepción de imagen corporal según el test de Gardner y se relacionó con el IMC. La mediana de la imagen percibida por la paciente fue mayor en el grupo de obesidad tipo III comparada con la mediana de los pacientes con peso normal, sobrepeso y los tipos de obesidad I y II ($P=0.0001$). De igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de la imagen deseada (0.002) y la imagen real (0.0001) para cada categoría del IMC. Así mismo existió una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de insatisfacción de acuerdo a las categorías de IMC ($P=0.007$). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del índice de distorsión según las diferentes categorías del IMC ($P=0.231$). No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana del índice de distorsión para las diferentes categorías del IMC. Esto permitió demostrar que las pacientes con obesidad tipo 2 estaban más insatisfechas con su imagen corporal y en cambio las pacientes con peso normal son las que presentan mayor satisfacción con su imagen corporal.

Se calificó el grado de trastorno de conducta alimentaria según la escala IMAGEN., la media fue de 74, mediana de 80, valor mínimo de 3 y máximo de 133 con una desviación estándar de 36. ($P=0.0001$). El grado de trastorno de conducta alimentaria se presentó en 27 pacientes (36%) de forma mínima y moderada, en 18 pacientes (24 %) de forma marcada y en 3 (4%) de forma severa. El grado de insatisfacción según el test de imagen se presentó de forma mínima y moderada en el 36% de los pacientes, de forma marcada en el 24% de los pacientes y de forma severa el 3% de los pacientes. Los rasgos psicológicos y comportamentales de anorexia nerviosa, bulimia, y trastorno obsesivo compulsivo fueron identificados mediante EDI. En la categoría de impulso a la delgadez se obtuvo una media de 5 (DS 5); bulimia media de 1 (DS

3); insatisfacción corporal media de 6 (DS 5); ineffectividad y baja autoestima se obtuvo una media de 3 (DS 3); perfeccionismo se obtuvo una media de 5 (DS 3); desconfianza interpersonal media de 8 (DS 4); conciencia interoceptiva media de 3 (DS 3); miedo a madurar media de 7 (DS 3). De acuerdo a la relación un número de 7 de las pacientes con TDC tenían un grado de TCA mínimo o ausente, 18 tenían un grado de TCA moderado, 18 tenían un grado marcado, y finalmente 3 tenían un grado de TCA severo. La prueba de chi cuadrado permitió observar una fuerte asociación entre las variables TDC y el grado de TCA, presentando significancia estadística (27.836; $P=0.0001$) entre el trastorno dismórfico corporal y el grado de TCA según el test de IMAGEN.

Al evaluar la presencia de trastorno dismórfico corporal según las diferentes categorías del IMC, se encontró que estuvo presente en 23 pacientes con peso normal, 16 con sobrepeso, 3 con obesidad tipo I, 2 con obesidad tipo II y III, del total de los 75 pacientes incluidos en el estudio. La diferencia de medianas fue estadísticamente significativa ($P= 0.0001$) donde el grupo con TDC tuvo una mediana de PD total mayor en comparación con el grupo que no tenía TDC. Este resultado corrobora la asociación entre TDC y grado de TCA. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las medianas del rasgo impulso a la delgadez (subrogado de anorexia) (valor $P= 0.212$) y el rasgo sintomatología bulímica (valor $P= 0.965$) en este grupo de pacientes. Lo que sugiere que no hay relación entre el TDC y los rasgos de anorexia o bulimia; lo cual difiere con el hallazgo previo en el cual se estableció una fuerte asociación entre el TDC y el TCA.

Finalmente se demostró una correlación leve estadísticamente significativa entre el índice de insatisfacción y el impulso a la delgadez ($r=0.376$, $p <0.001$), indicando que, a mayor índice de insatisfacción de un paciente, mayor es el rasgo de impulso a la delgadez (subrogado de anorexia). Sin embargo, el índice de distorsión del Test de Gardner el cual es un subrogado del trastorno dismórfico corporal, no tuvo correlación con las sub-escalas del EDI.

4.4 Recomendaciones

El autor del presente estudio recomienda reforzar el conocimiento clínico sobre TDC para diagnosticar y manejar estos casos para evitar daños psicológicos y físicos a estos pacientes, así mismo se recomienda realizar los tests y cuestionarios utilizados en la presente investigación para valorar parte emocional, afectiva y psicológica, para descartar los trastornos ya descritos anteriormente, y con esto tener un mejor entendimiento del paciente y así mejorar el manejo.

4.5 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del presente estudio radican en la dificultad de medir trastornos como alteraciones alimentarias, ya que no existe una herramienta tipo cuestionario que mida específicamente cada componente de estos, debido que puede confundirse con otros trastornos que comparten varias características, lo cual no es el caso del trastorno dismórfico corporal, el cual puede lograrse el diagnóstico mediante los criterios descritos en el libro DSM-V. Así mismo la información acerca de este tipo de alteraciones ha sido muy poco estudiada y no hay suficiente evidencia científica que relacione o asocie el trastorno dismórfico corporal, desórdenes alimenticios y los resultados o desenlaces de la cirugía plástica en pacientes femeninas. Además, aunque si se encontraron asociaciones significativamente estadísticas, la autora sugiere que una muestra mayor podría dar mejores resultados los cuales servirían para mejores comparaciones con distintas poblaciones.

Bibliografía

1. Hosseini SA, Padhy RK. Body Image Distortion. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/>
2. Shoraka H, Amirkafi A, Garrusi B. Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *Int J Prev Med*. 2019;10:19.
3. de Vries DA, Vossen HGM, van der Kolk-van der Boom P. Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent-Adolescent Relationships. *J Youth Adolesc*. marzo de 2019;48(3):527-36.
4. Moehlecke M, Blume CA, Cureau FV, Kieling C, Schaan BD. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *J Pediatr (Rio J)*. 9 de agosto de 2018;
5. Ribeiro RVE. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Aesthetic Plast Surg*. agosto de 2017;41(4):964-70.
6. Houschyar KS, Philipps HM, Duscher D, Rein S, Weissenberg K, Nietzsche I, et al. [The Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery - A Systematic Review of Screening Methods]. *Laryngorhinootologie*. mayo de 2019;98(5):325-32.
7. Joseph AW, Ishii L, Joseph SS, Smith JI, Su P, Bater K, et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Surgeon Diagnostic Accuracy in Facial Plastic and Oculoplastic Surgery Clinics. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017;19(4):269-74.
8. Alleva JM, Sheeran P, Webb TL, Martijn C, Miles E. A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. *PloS One*. 2015;10(9):e0139177.
9. Spreckelsen P von, Glashouwer KA, Bennik EC, Wessel I, de Jong PJ. Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. *PloS One*. 2018;13(6):e0198532.
10. Sadibolova R, Ferrè ER, Linkenauger SA, Longo MR. Distortions of perceived volume and length of body parts. *Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav*. 2019;111:74-86.
11. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/>
12. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 7 de abril de 2014;348:g2183.
13. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 15 de noviembre de 2015;92(10):896-903.
14. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KAB, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. septiembre de 2014;37(3):257-67.

15. King ICC. Body image in paediatric burns: a review. *Burns Trauma*. 2018;6:12.
16. Jang H-Y, Ahn J-W, Jeon M-K. Factors Affecting Body Image Discordance Amongst Korean Adults Aged 19-39 Years. *Osong Public Health Res Perspect*. agosto de 2018;9(4):197-206.
17. Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder – An Update. *Int J Womens Dermatol*. 20 de noviembre de 2017;4(1):43-8.
18. Brooks KR, Mond JM, Stevenson RJ, Stephen ID. Body Image Distortion and Exposure to Extreme Body Types: Contingent Adaptation and Cross Adaptation for Self and Other. *Front Neurosci* [Internet]. 15 de julio de 2016 [citado 17 de mayo de 2020];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946181/>
19. Silva D, Ferriani L, Viana MC. Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. 3 de junio de 2019;65(5):731-8.
20. Lewer M, Bauer A, Hartmann AS, Vocks S. Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 28 de noviembre de 2017;9(12).
21. Ahadzadeh AS, Rafik-Galea S, Alavi M, Amini M. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychol Open*. junio de 2018;5(1):2055102918774251.
22. Damiano SR, Hart LM, Paxton SJ. Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. *J Eat Disord*. 2015;3:5.
23. Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli LA, McCabe MP, Xu Y. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*. marzo de 2010;7(2):156-64.
24. Griffiths S, Murray SB, Krug I, McLean SA. The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms, and Anabolic Steroid Use Among Sexual Minority Men. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. marzo de 2018;21(3):149-56.
25. van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. septiembre de 2010;47(3):290-6.
26. Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. enero de 2013;21(1):84-8.
27. Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim Psychiatry*. julio de 2006;13(7):51-9.
28. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evid Based Ment Health*. 2017;20(3):71-5.

29. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. mayo de 2015;100(5):495-9.
30. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*. junio de 2014;31(6):487-93.
31. Sheshachala K, Narayanaswamy JC. Glutamatergic augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. enero de 2019;61(Suppl 1):S58-65.
32. Chacon P, Bernardes E, Faggian L, Batistuzzo M, Moriyama T, Miguel EC, et al. Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. diciembre de 2018;40(4):388-93.
33. Bird JS, Shah E, Shotbolt P. Epilepsy and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2018;10:106-10.
34. Parmar A, Verma R. A Case of Obsessive-Compulsive Disorder Comorbid with Miyoshi Myopathy. *Indian J Psychol Med*. febrero de 2018;40(1):86-8.
35. Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Nair BS, Rani A, Menon PG, Revamma M, et al. Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(1):56-62.
36. Nazeer A, Latif F, Mondal A, Azeem MW, Greydanus DE. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*. febrero de 2020;9(Suppl 1):S76-93.
37. Say Öcal D, Özdel K, Şafak Y, Kekilli Karnaz Y, Kısa C. A comparison of symptom dimensions for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive-related disorders. *PLoS ONE* [Internet]. 5 de julio de 2019 [citado 17 de mayo de 2020];14(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611656/>
38. Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. marzo de 2012;47(3):339-49.
39. Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A, Dan A, Srivastava C, et al. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A multicentric study from India. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(6):564-71.
40. Sharma E, Sundar AS, Thennarasu K, Reddy YCJ. Is late-onset OCD a distinct phenotype? Findings from a comparative analysis of «age at onset» groups. *CNS Spectr*. octubre de 2015;20(5):508-14.
41. Mahapatra A, Kuppili PP, Gupta R, Deep R, Khandelwal SK. Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(1):43-50.

42. Domingues-Castro MS, Torresan RC, Shavitt RG, Fontenelle LF, Ferrão YA, Rosário MC, et al. Bipolar disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and predictors. *J Affect Disord*. 01 de 2019;256:324-30.
43. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract*. agosto de 2013;17(3):188-96.
44. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci*. agosto de 2014;68(8):587-605.
45. Bhikram T, Abi-Jaoude E, Sandor P. OCD: obsessive-compulsive ... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Neurosci JPN*. septiembre de 2017;42(5):300-6.
46. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. septiembre de 2014;37(3):375-91.
47. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 26 de agosto de 2006;333(7565):424-9.
48. Schruers K, Baldi S, van den Heuvel T, Goossens L, Luyten L, Leentjens AFG, et al. The effects of deep-brain non-stimulation in severe obsessive-compulsive disorder: an individual patient data meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 05 de 2019;9(1):183.
49. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, et al. Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 01 de 2018;21(1):42-58.
50. Seibell PJ, Hollander E. Management of Obsessive-Compulsive Disorder. F1000Prime Rep [Internet]. 1 de agosto de 2014 [citado 17 de mayo de 2020];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126524/>
51. Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry*. enero de 2017;59(Suppl 1):S74-90.
52. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 04 de 2017;317(13):1358-67.
53. Kvale G, Hansen B, Björgvinsson T, Børtveit T, Hagen K, Haseth S, et al. Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: the Bergen 4-day treatment. *BMC Psychiatry* [Internet]. 4 de octubre de 2018 [citado 17 de mayo de 2020];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6172736/>
54. Richter PMA, Ramos RT. Obsessive-Compulsive Disorder. *Contin Minneap Minn*. 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):828-44.

55. Becker JP, Paixão R, Silva S, Quartilho MJ, Custódio EM. Dynamic Psychotherapy: The Therapeutic Process in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Sci [Internet]*. 5 de diciembre de 2019 [citado 17 de mayo de 2020];9(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961005/>
56. Bowen R, Rahman H, Dong LY, Khalaj S, Baetz M, Peters E, et al. Suicidality in People With Obsessive-Compulsive Symptoms or Personality Traits. *Front Psychiatry*. 2018;9:747.
57. Surgenor LJ, Maguire S. Assessment of anorexia nervosa: an overview of universal issues and contextual challenges. *J Eat Disord*. 2013;1:29.
58. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017;5:56.
59. Singh AR, Veale D. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. enero de 2019;61(Suppl 1):S131-5.
60. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):221-32.
61. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. septiembre de 2016;18:168-86.
62. Shuhayb, Shuhayb. Prevalence of body dysmorphic disorder among Saudis seeking facial plastic surgery. *Saudi Surgical Journal [Internet]*. 2019 [citado 18 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.saudisurgj.org/article.asp?issn=2320-3846;year=2019;volume=7;issue=3;spage=83;epage=86;aulast=Al>
63. AlShahwan MA. Prevalence and characteristics of body dysmorphic disorder in Arab dermatology patients. *Saudi Med J*. enero de 2020;41(1):73-8.
64. Alonazi, Alharbi, Alyousif, Alialaswa. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients attending dermatology clinic in Saudi Arabia/Qassim region. *J Med Sci Clin Res*. 2017;
65. Al Arfaj et al. Development validation and testing of an arabic version of the cosmetic procedure screening questionnaire COPS for body dysmorphic disorder. *Kuwait Med J*. 2016;
66. Shaffi Ahamed S, Enani J, Alfaraidi L, Sannari L, Algain R, Alsawah Z, et al. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and its Association With Body Features in Female Medical Students. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. junio de 2016;10(2):e3868.
67. Schulte J, Schulz C, Wilhelm S, Buhlmann U. Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BMC Psychiatry [Internet]*. 2020 [citado 18 de mayo de 2020];20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027080/>

68. Bouman TK, Mulkens S, van der Lei B. Cosmetic Professionals' Awareness of Body Dysmorphic Disorder. *Plast Reconstr Surg*. febrero de 2017;139(2):336-42.
69. Mufaddel A, Osman OT, Almuqaddam F, Jafferany M. A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(4).
70. Buhlmann U, Winter A. Perceived ugliness: an update on treatment-relevant aspects of body dysmorphic disorder. *Curr Psychiatry Rep*. agosto de 2011;13(4):283-8.
71. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet Lond Engl*. 2 de abril de 2016;387(10026):1377-96.
72. Pruksapong C, Chamnanchanunt S, Thanachartwet V, Desakorn V, Nakawiro D, Sahassananda D, et al. Association of Body Dysmorphic Disorder with Leptin Levels in Patients with Normal Weight Undergoing Liposuction: A Matched Case Study. *Plast Reconstr Surg Glob Open [Internet]*. 28 de octubre de 2019 [citado 18 de mayo de 2020];7(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6846297/>
73. Whitehead R, Berg C, Cosma A, Gobina I, Keane E, Neville F, et al. Trends in Adolescent Overweight Perception and Its Association With Psychosomatic Health 2002-2014: Evidence From 33 Countries. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. febrero de 2017;60(2):204-11.
74. Hoare E, Crooks N, Hayward J, Allender S, Strugnell C. Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn Valley health behaviours monitoring study. *Health Qual Life Outcomes*. 18 de enero de 2019;17(1):16.
75. Sutaria S, Devakumar D, Yasuda SS, Das S, Saxena S. Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2019;104(1):64-74.
76. Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Ghisi M. Non-weight-related body image concerns and Body Dysmorphic Disorder prevalence in patients with Anorexia Nervosa. *Psychiatry Res*. 2018;267:120-5.
77. Dingemans AE, van Rood YR, de Groot I, van Furth EF. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: prevalence and characteristics. *Int J Eat Disord*. mayo de 2012;45(4):562-9.
78. Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL. Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(1):13-4.
79. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno A-J, Martinez-Jimenez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health*

- [Internet]. noviembre de 2019 [citado 18 de mayo de 2020];16(21). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6861923/>
80. Bourke-Taylor HM, Jane F, Peat J. Healthy Mothers Healthy Families Workshop Intervention: A Preliminary Investigation of Healthy Lifestyle Changes for Mothers of a Child with a Disability. *J Autism Dev Disord.* marzo de 2019;49(3):935-49.
 81. Schaefer LM, Burke NL, Calogero RM, Menzel JE, Krawczyk R, Thompson JK. Self-objectification, body shame, and disordered eating: Testing a core mediational model of objectification theory among White, Black, and Hispanic women. *Body Image.* marzo de 2018;24:5-12.
 82. Howard LM, Heron KE, MacIntyre RI, Myers TA, Everhart RS. Is use of social networking sites associated with young women's body dissatisfaction and disordered eating? A look at Black-White racial differences. *Body Image.* diciembre de 2017;23:109-13.
 83. Alomari AA, Makhdoom YM. Magnitude and determinants of body dysmorphic disorder among female students in Saudi public secondary schools. *J Taibah Univ Med Sci.* 15 de octubre de 2019;14(5):439-47.
 84. Meretuk D, Plück J, Petermann F, Lehmkuhl G. ["How Beautiful Must I be?" - Physical Attractiveness and Mental Health in Adolescents]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* enero de 2018;67(1):18-30.
 85. Stein D, Keller S, Ifergan IS, Shilton T, Toledano A, Pelleg MT, et al. Extreme Risk-Taking Behaviors in Patients With Eating Disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. 28 de febrero de 2020 [citado 18 de mayo de 2020];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7059218/>
 86. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* agosto de 2012;14(4):406-14.
 87. Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):363-71.
 88. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* 1 de mayo de 2013;73(9):904-14.
 89. Chapuis-de-Andrade S, Moret-Tatay C, Costa DB, Abreu da Silva F, Irigaray TQ, Lara DR. The Association Between Eating-Compensatory Behaviors and Affective Temperament in a Brazilian Population. *Front Psychol* [Internet]. 23 de agosto de 2019 [citado 18 de mayo de 2020];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6736602/>
 90. Phelps L, Wilczenski F. Eating Disorders Inventory-2: cognitive-behavioral dimensions with nonclinical adolescents. *J Clin Psychol.* julio de 1993;49(4):508-15.
 91. Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto MT, Camey S, Mari JDJ. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young

women from Brazil: a population-based study. *Eat Weight Disord EWD*. junio de 2003;8(2):100-6.

92. Chapuis-de-Andrade S, de Araujo RM, Lara DR. Association of weight control behaviors with body mass index and weight-based self-evaluation. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. septiembre de 2017;39(3):237-43.
93. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1520 p.
94. Warren CS, Gleaves DH, Cepeda-Benito A, Fernandez M del C, Rodriguez-Ruiz S. Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *Int J Eat Disord*. abril de 2005;37(3):241-9.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario IMAGEN

Apellidos y nombre: Radmila Adamari Burgos Herrera
 Fecha de nacimiento: 21/05/1994 Sexo: Varón Mujer
 Centro: Centro de cirugía Estética Curso/Puesto: secretaria
 Estudios/Trabajo: Trabajo Estatura: 1.70 metros Fecha: 10/07/2019
 Peso: 330.00 kilogramos

IMAGEN

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que hacen referencia a determinados pensamientos, emociones o comportamientos asociados a tu figura. Se trata de que señales con qué frecuencia se dan en ti de acuerdo a la siguiente escala:

Casi nunca o nunca	Pocas veces	Unas veces si y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
0	1	2	3	4

Observa el siguiente ejemplo:

¿Con qué frecuencia tienes el siguiente pensamiento?						
1	No quiero ser una persona gorda	0	1	<u>2</u>	3	4

En el ejemplo, la persona ha contestado 2, lo que quiere decir que a veces tiene el pensamiento de no querer ser una persona gorda.

Cuando respondas a las preguntas trata de hacerlo de la forma más sincera que puedas. Recuerda que tus respuestas son confidenciales y que no hay contestaciones buenas ni malas, sencillamente sigue tu criterio personal.

NO DES LA VUELTA AL EJEMPLAR HASTA QUE TE LO INDIQUEN.

Autores: Natalia Solano Pinto y Antonio Cano Vindel.
 Copyright © 2010 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A., Madrid (ESPAÑA) - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Casi nunca o nunca	Pocas veces	Unas veces si y otras no	Muchas veces	Casi siempre o siempre
0	1	2	3	4

¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENES LOS SIGUIENTES PENSAMIENTOS Y EMOCIONES?

1	Debería ponerme a dieta.	0	1	2	3	<u>4</u>
2	Tendría que hacer ejercicio para controlar mi peso.	0	1	2	3	<u>4</u>
3	Es absolutamente necesario que esté delgada o delgado.	0	1	2	<u>3</u>	4
4	Estoy insatisfecha o insatisfecho con mi figura corporal.	0	1	2	<u>3</u>	4
5	Creo que si realizase ejercicio conseguiría disminuir mi peso.	0	1	2	3	<u>4</u>
6	Me da miedo conocer mi peso.	0	1	2	3	<u>4</u>
7	Admiro a las personas o modelos capaces de mantener una figura delgada.	0	1	<u>2</u>	3	4
8	Estoy triste cuando pienso en mi figura.	0	<u>1</u>	2	3	4
9	Me siento irritable cuando pienso en mi aspecto físico.	0	<u>1</u>	2	3	4
10	Me enfado cuando mi familia me indica algo sobre mi figura.	0	1	2	3	<u>4</u>
11	Me siento inferior cuando alguien halaga la figura de otras personas.	<u>0</u>	1	2	3	4
12	Me siento gorda o gordo cuando gano algo de peso.	0	1	2	3	<u>4</u>
13	Si engordase no lo soportaría.	0	1	2	3	<u>4</u>
14	Tengo miedo a perder el control sobre mi aspecto físico.	0	1	2	3	<u>4</u>
15	Tengo miedo a engordar.	0	1	2	3	<u>4</u>
16	Cuando como, tengo miedo a perder el control.	0	1	2	3	<u>4</u>
17	Imagino que si fuese una persona delgada estaría segura de mi.	0	1	2	3	<u>4</u>
18	Tengo miedo a tener celulitis (piel de naranja).	0	1	2	3	<u>4</u>
19	Me influyen de forma negativa los comentarios sobre mi cuerpo.	0	1	2	<u>3</u>	4
20	Recuerdo de forma negativa las burlas sobre mi aspecto físico.	0	<u>1</u>	2	3	4
21	Pienso que me estoy poniendo gorda o gordo.	0	1	2	3	<u>4</u>

¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENES LAS SIGUIENTES IDEAS?

22	Mi estómago impide que me vea los pies.	0	1	2	3	<u>4</u>
23	Mis brazos son gordos.	0	1	2	3	<u>4</u>
24	Tengo las mejillas caídas.	0	1	2	<u>3</u>	4
25	Mi pecho está fofo y caído.	0	1	2	3	<u>4</u>
26	El roce entre mis piernas me impide andar bien.	0	1	2	3	<u>4</u>
27	Ocupo demasiado espacio en las sillas.	0	1	2	3	<u>4</u>
28	Las dimensiones de mi cuerpo me impiden llevar una vida normal.	0	1	2	3	<u>4</u>
29	Las dimensiones de mi estómago o tripa me hacen parecer una foca.	0	1	2	<u>3</u>	4
30	Las chichas que me salen en la espalda me recuerdan a morcillas.	0	1	2	3	<u>4</u>
31	Las facciones de mi cara están deformes debido a mi peso.	0	1	2	3	<u>4</u>

¿CON QUÉ FRECUENCIA REALIZAS LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS?

32	Me provoqué el vómito para controlar mi peso.	<u>0</u>	1	2	3	4
33	Utilizo laxantes, diuréticos u otras pastillas para controlar mi peso.	0	1	2	<u>3</u>	4
34	Vomito después de las comidas.	<u>0</u>	1	2	3	4
35	Cuento las calorías como si fuese una calculadora.	0	1	<u>2</u>	3	4
36	Intento permanecer de pie para perder peso.	<u>0</u>	1	2	3	4
37	Tiro comida para controlar mi peso.	<u>0</u>	1	2	3	4
38	Escondo comida porque quiero controlar mi peso.	0	1	2	3	<u>4</u>

FIN DE LA PRUEBA. COMPROBATE QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

1

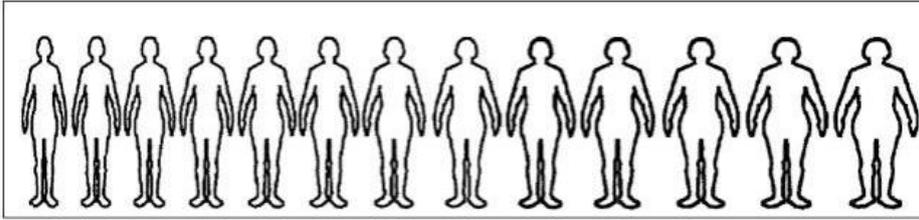
	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>					
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>					
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input type="checkbox"/>					
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>					
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>					
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>					
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>					
8. Me asasto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>					
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>					
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>					
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>					
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input type="checkbox"/>					
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>					
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>					
17. Confo en los demás	<input type="checkbox"/>					
18. Me siento solo/a en el mundo	<input type="checkbox"/>					
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>					
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>					
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>					
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>					
24. Me gustaría ser otra persona	<input type="checkbox"/>					
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>					
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>					
27. Me siento inadaptado/a	<input type="checkbox"/>					
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>					
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input type="checkbox"/>					
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>					
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>					
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>					
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>					
34. Tengo dificultad en expresar mis emociones hacia los demás	<input type="checkbox"/>					
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>					
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	<input type="checkbox"/>					

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación
(Eating Disorder Inventory, EDI)

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>AV</i>	<i>AM</i>	<i>H</i>	<i>S</i>
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>					
38. Pienso en atracarme de comida	<input type="checkbox"/>					
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a	<input type="checkbox"/>					
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no	<input type="checkbox"/>					
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>					
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>					
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí	<input type="checkbox"/>					
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control	<input type="checkbox"/>					
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>					
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a	<input type="checkbox"/>					
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a	<input type="checkbox"/>					
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as	<input type="checkbox"/>					
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	<input type="checkbox"/>					
50. Pienso que soy una persona útil	<input type="checkbox"/>					
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a	<input type="checkbox"/>					
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas	<input type="checkbox"/>					
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	<input type="checkbox"/>					
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercarse o entablar amistad	<input type="checkbox"/>					
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
56. Me siento interiormente vacío/a	<input type="checkbox"/>					
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales	<input type="checkbox"/>					
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida	<input type="checkbox"/>					
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>					
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	<input type="checkbox"/>					
61. Como o bebo a escondidas	<input type="checkbox"/>					
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>					
63. Mis metas son excesivamente altas	<input type="checkbox"/>					
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer	<input type="checkbox"/>					

N, nunca; *R*, raramente; *AV*, algunas veces; *AM*, a menudo; *H*, habitualmente; *S*, siempre.

Anexo 3: Adaptacion Española de la escala de evaluacion de la imagen corporal de GARDNER



Siluetas que componen la escala de Gardner, Strak, Jackson y Fridman

Anexo 4: Carta de aprobación del tema de trabajo de titulación por el decano de la Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Ortega Moreira”



0108865

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

Sr. Dr.
Pedro Barberán Torres.
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Especialidades Espíritu Santo.
Samborondón.

De mis consideraciones:

Yo Mayte Maylin Ahuing Ferrin portadora de la cedula de identidad 0926998782, estudiante de 5to año de la carrera de medicina de la Facultad “Enrique Ortega Moreira” de Ciencias Médicas con código 2013101042 entrego a usted la ficha técnica para el desarrollo de mi trabajo de titulación cuyo tema es: Detección del trastorno dismórfico corporal y patologías comórbidas en pacientes que acuden a la consulta del centro de Cirugía Estética en la ciudad de Quevedo en el periodo de Junio 2019 – Abril 2020

El cual tiene como propósito Examinar el perfil psicopatológico, vinculado con el trastorno dismórfico corporal, en las pacientes que acuden a realizarse una cirugía plástica al Centro de Cirugía Estética, Quevedo, para esta detección será importante utilizar las escalas IMAGEN, Escala de Evaluación de la Imagen corporal de Gardner y MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional desde Junio 2019 a Abril 2020

El presente trabajo va a permitir identificar el trastorno dismórfico corporal y su asociación a patologías comórbidas más la identificación de las variables relacionada a esta patología en el Centro de Cirugía Estética a fin de brindar una consejería y ayuda psicológica para un mejor escogimiento de una cirugía estética y de esa manera proporcionarles una ayuda integral, ya que una cirugía no mejorara el defecto imaginario de su aspecto físico.

He escogido como tutor de mi trabajo al Dr. Carlos Orellana Román, porque el presente tiene excelentes características y experiencia por su trayecto y especialidad en psiquiatría y salud mental lo cual es de aspecto obligatorio como guía para mi trabajo de titulación.

Motivo por el cual solicito a usted se sirva dar trámite a la aprobación de mi ficha técnica, a la aceptación o asignación de mi tutor de tesis ante el Consejo Directivo de la Facultad “Enrique Ortega Moreira” de Ciencias Médicas.

De usted muy atentamente.

Ced #. 0926998782

De usted atentamente,

AUHING FERRIN MAYTE MAYLIN

Anexo 5: Carta de aprobación del Centro de cirugía estética para realización del trabajo de titulación

Guayaquil, 8 de Abril, 2018

Sr. Dr.

Victor Auhing Sánchez

Gerente

Centro de Cirugía Estética Auhing

Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo Mayte Maylin Auhing Ferrin, portador de la cedula de identidad 0926998782, estudiante de 5to año de la Facultad de Ciencias Médicas, carrera de **Medicina** de la **Universidad de Especialidades Espiritu Santo (UEES)**, con código estudiantil 2013101042 me dirijo a usted de la manera mas cordial solicitando se me autorice el acceso a las historias clínicas para realizar el levantamiento de información como parte de mi **Trabajo de Titulación** titulado "**Detección del trastorno dismórfico corporal y patologías comórbidas en pacientes que acuden a la consulta del centro de Cirugía Estética en la ciudad de Quevedo en el periodo de Junio 2019 – Abril 2020**" dentro del Centro de Cirugía Estética Auhing en la ciudad de Quevedo durante el año 2019- 2020.

Anticipando la atención prestada a la presente extendiendo mi cordial agradecimiento.



Dr Victor Auhing Sánchez
Gerente

Mayte Auhing
Ci. 0926998782
Estudiante

Anexo 6: Formulario de selección para trabajo de titulación



FORMULARIO DE SELECCIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

2019

Sr (a). Decano (a):

De mis consideraciones:

Yo, Mayte Auhing Ferrin portador de la cédula de identidad N° 0926998782, con código estudiantil N° 2013101042

Estudiante de la Facultad Dr Enrique Ortega Moreira de la carrera Medicina

con 327 créditos aprobados, solicito a usted, de acuerdo al Artículo 23 del Reglamento de Régimen Académico aprobado el 21 de Noviembre del 2013, acogerme a una de las siguientes opciones de titulación (marcar con X en la opción elegida dependiendo de la Facultad que pertenece):

<i>Arquitectura e Ingeniería Civil</i>		<i>Derecho</i>		<i>Comunicación</i>	
1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo	
2. Proyecto o Trabajo de Investigación		2. Trabajo de Investigación		2. Artículo Académico	
				3. Proyecto de Carrera	
<i>Sistemas</i>		<i>Turismo</i>		<i>Estudios Internacionales (T&I)</i>	
1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo	
2. Artículo o Paper Académico		2. Artículo o Paper Académico		2. Artículo o Paper Académico	
3. Proyecto		3. Trabajo de Investigación (Plan de Negocios)			
<i>Economía</i>		<i>Artes Liberales</i>		<i>Medicina y Nutrición</i>	
1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo		1. Examen Complexivo	
2. Artículo o Paper Académico		2. Artículo o Paper Académico		2. Trabajo de Titulación	X
3. Plan de Negocios		3. <u>Escuela de Arte</u> : Presentación artística o Trabajo Etnográfica <u>Psicología Clínica, Educación y Ciencias Ambientales</u> : Proyecto de Investigación o Análisis de Casos			
Reglamento Anterior:					

Dirección de correo electrónico: mauhingf@uees.edu.ec

Números de teléfono: 0980241665

Agradezco de antemano la atención a la presente.

Atentamente,

Mayte Auhing (firma)

Favor entregar este formulario completo hasta el día _____ en su respectiva Facultad.

Importante: Una vez que el estudiante ha seleccionado una modalidad de titulación, debe mantenerla y solo podrá titularse a través de ella.

Anexo 7: Cronograma de actividades

Corrección del anteproyecto				x								
Entrega del primer borrador del anteproyecto				x								
Revisión de anteproyecto por revisor				x								
Elaboración final del trabajo de titulación				x	x	x	x					
Entrega del borrador final de la tesis								x				
Revisión de tesis por docentes								x	x			
Ajustes finales de tesis por autor									x	x		
Entrega del artículo científico											x	
Entrega de											x	

Corrección del anteproyecto				x								
Entrega del primer borrador del anteproyecto				x								
Revisión de anteproyecto por revisor				x								
Elaboración final del trabajo de titulación				x	x	x	x					
Entrega del borrador final de la tesis								x				
Revisión de tesis por docentes								x	x			
Ajustes finales de tesis por autor									x	x		
Entrega del artículo científico											x	
Entrega de											x	

documentos habilitantes de sustentación													
Proceso de sustentación													x
FIRMA TUTOR: DR. CARLOS ORELLANA ROMÁN													
<i>CARLOS ORELLANA</i>													