

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL EN HOSPITAL OTORRINO –
OFTALMOLÓGICO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD EN EL
CUARTO BIMESTRE DEL AÑO 2019, LA PAZ - BOLIVIA**

**POSTULANTE: Dra. Yesica Yhamil Merlo Chacon
TUTOR: Dra. M.Sc. Fernanda Monroy**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Medicina Forense**

La Paz - Bolivia
2020

AGRADECIMIENTOS:

A los médicos Otorrinolaringólogos del Hospital Otorrino Oftalmológico por permitirme encuestar a sus pacientes.

A los docentes de la Maestría en Medicina Forense por su tiempo, dedicación, paciencia en mi formación como profesional médico.

A mi querida familia por el apoyo incondicional.

ÍNDICE GENERAL	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. ANTECEDENTES	6
IV. MARCO TEÓRICO	9
4.1. GENERALIDADES DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	9
4.1.1. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	10
4.2. EPIDEMIOLOGIA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	11
4.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	14
4.4. CARACTERÍSTICAS	15
4.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	16
A. CON INTROSPECCIÓN BUENA O ACEPTABLE	16
B. CON POCA INTROSPECCIÓN	16
C. CON AUSENCIA DE INTROSPECCIÓN/ CON CREENCIAS DELIRANTES	16
4.6. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS	17
4.7. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO	18
4.8. FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO	18
4.9. TRATAMIENTO	18
A. FARMACOLÓGICO	18
B. PSICOLÓGICO	19
4.10. RINOPLASTIA	19
4.10.1. HISTORIA DE LA RINOPLASTIA	19
4.10.2. DEFINICIÓN DE RINOPLASTIA	23
4.10.3. ANÁLISIS FACIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO PARA RINOPLASTIAS	23
4.10.4. CONSULTA INICIAL	25
4.10.5. SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN DE PACIENTES	25
A. EL ACRÓNIMO SIMÓN	26
B. EL ACRÓNIMO SYLVIA	26
4.11. IMPLICANCIAS MÉDICO – LEGALES	26
4.12. LEGISLACIÓN MEDICA	27
4.12.1. HISTORIA DE LEGISLACIÓN MÉDICA	27
4.12.2. DEFINICIÓN DE MALA PRAXIS	27
4.12.3. DEFINICIONES RELACIONADAS	27
A. IMPRUDENCIA	27
B. NEGLIGENCIA	28

C. IMPERICIA	28
1. MALA PRÁCTICA DELIBERADA	28
2. MALA PRÁCTICA POR NEGLIGENCIA	28
3. MALA PRÁCTICA POR IGNORANCIA	28
4.12.4. ELEMENTOS DEL DELITO	28
A. EL ACTO	28
1) LA ACCIÓN	29
B. LA OMISIÓN	29
C. LA TIPICIDAD	29
D. LA ANTIJURIDICIDAD	29
E. LA CULPABILIDAD	29
1. DOLO Y CULPA	29
4.12.5. PRINCIPIOS DEL ACTO MEDICO	30
A. BENEFICENCIA	30
B. NO MALEFICENCIA	30
C. JUSTICIA	30
4.13. PRAXIS MÉDICA HOY	30
4.13.1. PRINCIPIOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA	30
4.13.2. TIPOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA	30
A. RESPONSABILIDAD CIVIL	30
B. SANCIONES PENALES	31
4.13.3. RESPONSABILIDAD DE ACUERDO A LA TÉCNICA JURÍDICA	31
A. RESPONSABILIDAD OBJETIVA	31
B. RESPONSABILIDAD SUBJETIVA	31
C. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL	32
D. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL	32
4.13.4. CAUSALIDAD	32
4.14. DATOS DE DEMANDAS LEGALES EN MÉDICOS	33
4.14.1. RESULTADOS INSATISFACTORIOS	33
4.15. CUANDO NO EXISTE RESPONSABILIDAD FRENTE A UN RESULTADO DIFERENTE O NO ESPERADO	34
4.16. LESIONOLOGÍA	35
4.16.1. LESIÓN	35
4.17. LEGISLACIÓN BOLIVIANA	36
4.17.1. CÓDIGO PENAL BOLIVIANO	36
A. TÍTULO X. DELITOS CONTRA LA INTEGRIDAD CORPORAL Y LA SALUD	36
1) ARTÍCULO 270: LESIONES GRAVÍSIMAS	36
2) ARTICULO 271 LESIONES GRAVES Y LEVES	37
4.17.2. CÓDIGO CIVIL BOLIVIANO	38
A. TÍTULO VII: DE LOS HECHOS ILÍCITOS	38

1.	ARTICULO 948 RESARCIMIENTO POR HECHO ILÍCITO	38
2.	ARTICULO 986 ESTADO DE NECESIDAD	38
3.	ARTICULO 987 CAUSANTE DEL ESTADO DE NECESIDAD	38
4.	ARTICULO 994 RESARCIMIENTO	38
5.	ARTICULO 998 ACTIVIDAD PELIGROSA	39
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
VI.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	43
VII.	HIPÓTESIS	43
VIII.	OBJETIVOS	44
8.1.	OBJETIVO GENERAL	44
8.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
IX.	DISEÑO METODOLÓGICO	45
9.1.	TIPO DE ESTUDIO	45
9.1.1.	TRANSVERSAL	45
9.1.2.	DESCRIPTIVO	45
9.2.	POBLACIÓN Y LUGAR	45
9.2.1.	POBLACIÓN	45
9.2.2.	LUGAR	45
9.3.	MUESTRA	45
9.4.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
9.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	47
9.5.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
9.5.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
9.6.	VARIABLES	48
9.7.	PLAN DE ANÁLISIS	51
9.8.	ASPECTOS ÉTICOS	51
X.	RESULTADOS	52
XI.	DISCUSIÓN	63
XII.	CONCLUSIÓN	65
XIII.	RECOMENDACIONES	66
XIV.	BIBLIOGRAFÍA	67
XV.	ANEXOS	70

ÍNDICE DE CUADROS	PAG.
CUADRO 1. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DEL TDC	7
CUADRO 2. PREGUNTAS DE PROYECCIÓN PARA DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	8
CUADRO 3. VARIABLES DE FRECUENCIA DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.	48
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SEXO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	73
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR EDAD, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	73
CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019¿LE PREOCUPA EL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO QUE CONSIDERE ESPECIALMENTE ATRACTIVO?	74
CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA MUCHO SUFRIMIENTO PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	74
CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	75
CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, SU TRABAJO O SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN EL ROL QUE CUMPLE, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	75
CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO LE EVITA	76

REALIZAR COSAS, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	
CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO EN PROMEDIO POR DÍA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	76
CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR LA PREOCUPACIÓN DE NO ESTAR DELGADA O QUE LO INGERIDO SE CONVIERTA EN GRASA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	77
CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	78
CUADRO 14. RELACIÓN SEXO, PREOCUPACIÓN DE PARTES DEL CUERPO DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	79
CUADRO 15. RELACIÓN SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA ALGÚN SUFRIMIENTO O DOLOR DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	79
CUADRO 16. RELACIÓN DE SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	80
CUADRO. 17 RELACIÓN DE SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, TRABAJO O CAPACIDAD PARA FUNCIONAMIENTO EN SU ROL DE PACIENTES	81

PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	
CUADRO 18. RELACIÓN DE SEXO Y SI EL PACIENTE EVITA REALIZAR COSAS POR SU DEFECTO DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	81
CUADRO 19. RELACIÓN DE SEXO CON EL TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO POR DÍA EN PROMEDIO EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	82
CUADRO 20. RELACIÓN DE SEXO Y SI SU APARIENCIA FÍSICA Y LA PREOCUPACIÓN DE NO ENCONTRARSE LO SUFICIENTEMENTE DELGADO O ENGORDAR EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	83

ÍNDICE DE FIGURAS	PAG.
FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SEXO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	52
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR EDAD, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	53
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	54
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA MUCHA PREOCUPACIÓN EL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	55
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	56
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, SU TRABAJO O SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN EL ROL QUE CUMPLE, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019	57

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO LE EVITA REALIZAR COSAS, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019 58

FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO EN PROMEDIO POR DÍA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019 59

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR LA PREOCUPACIÓN DE NO ESTAR DELGADA O QUE LO INGERIDO SE CONVIERTA EN GRASA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019 60

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019 61

ÍNDICE DE ANEXOS	PAG.
ANEXO 1. VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	71
ANEXO 2. CUESTIONARIO DIAGNOSTICO	72
ANEXO 3. RESULTADOS (CUADROS)	73
ANEXO 4. CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DIAGNOSTICO	84
ANEXO 5. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DIAGNOSTICO TDC	86

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL. Determinar la prevalencia de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal que acuden al H.O.O. de la C.N.S. en el cuarto bimestre del del año 2019 de la ciudad de La Paz-Bolivia.

POBLACION Y LUGAR. En pacientes de 18 a 45 años de edad, sin distinción en el sexo, que asistan a consulta rinológica en el Hospital Otorrino-oftalmológico de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz.

DISEÑO METODOLOGICO. El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

ANALISIS DE RESULTADOS. Se aplicó a 100 pacientes de 18 a 45 años de edad, (46 pacientes oscilaban ente 18 – 25 años, 30 pacientes entre 26- 30 años y 24 pacientes entre 31 y 45 años de edad), el género 40 mujeres y 60 varones.

La forma de calificación es en base a puntajes, si es mayor a 4 es positivo para TDC. La prevalencia obtenida fue de 9% siendo que la esperada es del 1 al 2% por lo que se propone el cuestionario con preguntas de tamizaje para ser aplicado a todos los pacientes en la primera consulta rinológica y así evitar las demandas legales hacia la institución y a los médicos de la CNS.

CONCLUSION. La prevalencia de pacientes con TDC en H.O.O. corresponde al 9%, por lo que se demuestra la importancia del diagnóstico oportuno y la implementación del cuestionario de tamizaje en dicho hospital para prevenir demandas legales hacia los médicos de dicha institución.

RECOMENDACIONES. Se recomienda aplicar el cuestionario de tamizaje a todos los pacientes que acuden al Hospital Otorrino Oftalmológico en la primera consulta rinológica y transferirlos al servicio de psiquiatría en caso de ser positivos.

PALABRAS CLAVE

Trastorno dismórfico corporal, septoplastía, rinoplastia

SUMMARY

OVERALL OBJECTIVE. Determine the prevalence of patients with Body Dysmorphic Disorder who attend the H.O.O. of the C.N.S. in the fourth trimestre of the year 2019 of the city of La Paz-Bolivia.

POBLATION AND PLACE. In patients aged 18 to 45 years, regardless of sex, who attend rhino clinic at the Otorrino-ophthalmological Hospital of the National Health Fund of the city of La Paz.

METHODICAL DESIGN. This study is descriptive and transversal.

RESULTSANALYSIS. I apply to 100 patients aged 18 to 45 years (46 patients ranged from 18 – 25 years, 30 patients between 26- 30 years and 24 patients between 31 and 45 years of age), gender 40 women and 60 males.

The form of grading is based on scores, if it is greater than 4 it is positive for TDC. The prevalence obtained was 9% being that the expected is 1 to 2% so the questionnaire with screening questions is proposed to be applied to all patients in the first rhino clinic and thus avoid legal demands towards the institution and the me CNS.

CONCLUSION. The prevalence of patients with ADHD corresponds to 9%, demonstrating the importance of timely diagnosis and implementation of the screening questionnaire in that hospital to prevent legal claims against the doctors of that institution.

RECOMMENDATIONS. It is recommended to apply the screening questionnaire to all patients who go to the Ophthalmological Otorrino Hospital at the first rhino consultation and transfer them to the psychiatric service if they are positive.

Keywords

Body dysmorphic disorder, septoplasty, rhinoplasty

**PREVALENCIA DE PACIENTES CON TRASTORNO
DISMÓRFICO CORPORAL EN LA CONSULTA RINOLÓGICA EN
HOSPITAL OTORRINO – OFTALMOLÓGICO DE LA CAJA
NACIONAL DE SALUD EN EL CUARTO BIMESTRE DEL AÑO
2019, LA PAZ - BOLIVIA**

I. INTRODUCCIÓN

EL Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por una preocupación excesiva y por un defecto físico imaginado. (1) Los temores irreales de fealdad o deformidad personal han sido parte de la conciencia humana, particularmente desde la disponibilidad de superficies reflexivas. El trastorno dismórfico corporal (TDC) o “trastorno de fealdad imaginaria”, se manifiesta como una gran preocupación por un defecto imaginario de la apariencia. Si hay un ligero defecto, éste no explica la ansiedad exagerada que produce. (1)

El TDC es muy frecuente, ya que aproximadamente el 1-2% de la población padece este trastorno, afectando a ambos sexos de forma similar. (1, 13, 5). En Estados Unidos, la prevalencia en cirugías estéticas es del 7 al 8% de la población, de los cuales, el 1 a 2% padece del TDC. (4) Asimismo, se han descrito agresiones verbales, físicas y legales, contra médicos proveedores de tratamientos dermatológicos y de cirugía plástica. (9)

En Brasil, el TDC generalmente comienza en la adolescencia, siguiendo normalmente un curso crónico, la prevalencia de la población se encuentra entre 0,7 a 2,4% y la prevalencia de hospitalizaciones psiquiátricas llega al 13-16%, convirtiéndolo en un trastorno relativamente común. (2)

El auge de la Cirugía Estética ha motivado que cobre mayor interés el estudiar las motivaciones de los pacientes para acudir a este tipo de consultas, por lo que puede haber un perjuicio al operar a este tipo de pacientes, considerando las posibles implicaciones médico-legales. Es así que se tienen datos de que un 23 a 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 %, practica tratamientos dermatológicos. (5)

En los Estados Unidos, llegaron a realizarse 11,7 millones de procedimientos quirúrgicos en el año 2007 y eso muestra un incremento del 457% en comparación con los procedimientos de este tipo realizados en 1997. (13) La revisión bibliográfica no muestra datos estadísticos en Bolivia.

Muchos individuos con TDC, solicitan procedimientos estéticos; entre ellos, la rinoplastia, que es uno de los procedimientos que más frecuentemente se realizan, en esta población de pacientes, se estima una prevalencia de TDC entre el 8% y el 15%. (13)

Por lo que el TDC se asocia con altos niveles de deterioro social. Los pacientes que sufren TDC con frecuencia viven solos, o no pueden salir de casa, además, las tasas de suicidio están entre las más altas de cualquier trastorno psiquiátrico: el 80% de los pacientes con TDC informan ideación suicida, intentos de suicidio y se documentaron en 24-28% de los adultos con trastorno dismórfico corporal y el 44,4% de los adolescentes con TDC. (2)

Durante la revisión de artículos médicos, se observó que el orden de la preocupación en pacientes con TDC, son: la piel en el 80% de los casos, seguida por el pelo en 57,5% y, en tercer lugar, la nariz 39%, aunque, por lo general, los pacientes involucran más de una parte del cuerpo. (13) Los pacientes suelen presentar un bajo nivel de satisfacción postquirúrgica.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que es fundamental la detección del TDC en la consulta de Cirugía Estética, a efectos de una derivación

oportuna de estos pacientes hacia un tratamiento psiquiátrico. (7) puesto que se vio que, de estos casos, 2 de cada 5 de los cirujanos sufrieron amenazas por parte del paciente, física o legalmente. Incluso está descrito que la cirugía estética podría empeorar el cuadro de TDC, ya que el paciente tiene ideas no reales con expectativas de resultado quirúrgico.

Es así que la importancia recae en un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado para posteriormente evitar demandas legales hacia el médico cirujano. Ya que, si dicho proceso judicial se llevara a cabo, el paciente solicitaría por medio de un requerimiento fiscal u orden judicial una revisión médico forense. Es así que el médico forense debe estar capacitado y contar con un instrumento diagnóstico para este trastorno.

A través del presente estudio se tratará de hallar soluciones, enfocadas en la parte preventiva con un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz. Evitando así los procesos legales, la saturación de los establecimientos judiciales y los Institutos de Investigaciones Forenses (IDIF).

II. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se caracteriza por una preocupación excesiva y deterioro a causa de un defecto físico imaginado.(1) En respuesta a la ansiedad asociada a la preocupación por la apariencia, las personas con TDC por lo general se involucran en conductas compulsivas, consumen mucho tiempo efectuados para ocultar el defecto percibido, como pellizcar la piel y camuflaje partes del cuerpo con la ropa, el maquillaje, los sombreros o pelucas, así como someterse a medidas de carácter permanente como la cirugía plástica.

El TDC generalmente comienza en la adolescencia concretamente en aquellas edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, manteniéndose constante hasta aproximadamente los 18 años y generalmente sigue un curso crónico, cabe resaltar que los medios de comunicación constituyen uno de los principales modelos de estética corporal actual, también se ratifica la importancia de la familia y del grupo de iguales en la transmisión y aprobación de este modelo. (1) Diversos estudios documentaron las tasas de prevalencia de la comunidad y de la población de 1 a 2%, (1) la prevalencia en cirugías estéticas es del 7 al 8% de la población de los cuales, el 1 a 2% padece de TDC (1,13) y una prevalencia en psiquiátricos e instalaciones de hospitalización entre 13-16%, haciéndolo un trastorno relativamente común.

Antiguamente se tenía mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sin embargo, estudios actuales han encontrado que el TDC es igualmente común en ambos géneros. (2) Es así que el TDC es un trastorno grave que se asocia al deterioro funcional, la calidad de vida es más pobre en comparación con aquellos con depresión o enfermedades médicas, las personas con TDC gastan un promedio de tres a ocho horas diarias en preocuparse por su apariencia, el 27-39% se considera que tienen preocupaciones delirantes, por lo que los pacientes con TDC tienen mayores tasas de desempleo y los ingresos más bajos que la población en general, porque pasan la mayoría del tiempo preocupándose por su apariencia. (2)

La prevalencia de pacientes que consulta por Cirugía Estética es de 6-15%, de los cuales los pacientes con TDC suelen presentar un bajo nivel de satisfacción postquirúrgica, por lo que es fundamental la detección del TDC en la consulta de Cirugía Estética, para una derivación oportuna de estos pacientes hacia un tratamiento adecuado.(7) existen datos de que, en 2 de cada 5 casos, los cirujanos sufrieron amenazas por parte del paciente, física o legalmente.

Incluso está descrito que la Cirugía Estética podría empeorar el cuadro de TDC, ya que el paciente tiene ideas no reales y expectativas distorsionadas sobre el resultado quirúrgico. La importancia de un diagnóstico certero está en que no solo permite excluir este tipo de pacientes de cirugías que pretendan corregir defectos imaginarios, sino que también permite derivar a un tratamiento adecuado los casos de TDC junto con sus posibles comorbilidades psiquiátricas.

Con la implementación de este cuestionario pretendemos alcanzar beneficios en dos ámbitos, primero, beneficiando al paciente con un diagnóstico oportuno que le permita tratar adecuadamente su padecimiento y así frenar la secuencia de hechos adversos que se desencadenan a partir de esta enfermedad. En segundo lugar, pretendemos disminuir al máximo la posibilidad de encarar demandas por *mala praxis* médica de los pacientes, hacia los médicos cirujanos que operen a petición del paciente.

A futuro, estos mismos pacientes son los que solicitan valoración médico forense, por lo que el médico forense debe conocer dicho trastorno para poder identificarlo a tiempo y solicitar una valoración psiquiátrica, también se evitaría que el paciente siga un largo proceso en la justicia y no obtener los resultados que desean, desencadenando en una frustración al paciente, ya que tienen una visión distorsionada de la imagen. Incluso estos pacientes podrían ser demandados por los médicos cirujanos por daños y perjuicios. (7) por dichos motivos es necesario un diagnóstico precoz, pre-quirúrgico y un tratamiento oportuno.

III. ANTECEDENTES

La prevalencia de Trastorno dismórfico corporal es de 1 a 2% de la población en general, a nivel sudamericano, en Brasil la prevalencia es de 0,7 a 2,4% de la población. De estos pacientes diagnosticados el 13-16% llegan a ser hospitalizados en una institución psiquiátrica. (1,13,5)

Se conoce que en Estados Unidos la prevalencia en cirugías estéticas es del 7 al 8% de la población de los cuales el 1 a 2% padece del trastorno dismórfico corporal. (4) Tomando en cuenta la población en general, se sabe que un 23 a 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 % practica tratamientos dermatológicos y 8 a 15 % se somete a rinoplastia. (5)

El incremento de procedimientos quirúrgicos de estética en E.E.U.U. es considerable ya que llegaron a realizarse 11,7 millones de procedimientos quirúrgicos en el año 2007 y eso muestra un incremento del 45% en comparación con los procedimientos de este tipo realizados en 1997. (13)

Los pacientes con TDC pueden presentar preocupación por diferentes áreas de su cuerpo, se observó que el orden de la preocupación en estos pacientes son: la piel en el 80% de los casos, seguida por el pelo en 57,5% y, en tercer lugar, la nariz 39%, aunque, por lo general, los pacientes involucran más de una parte del cuerpo (13).

Por la imagen distorsionada que tiene este tipo de pacientes es que no se sienten conformes con los resultados quirúrgicos. Es así que se ha descrito agresiones verbales, físicas y legales, contra médicos proveedores de tratamientos dermatológicos y de cirugía plástica. (9) Por lo que 2 de cada 5 de los cirujanos sufrieron amenazas por parte del paciente, física o legalmente. Incluso está descrito que la Cirugía Estética podría empeorar el cuadro de TDC, ya que el paciente tiene ideas sobrevaloradas y altas expectativas de resultado quirúrgico. (7)

El diagnóstico para el TDC es usual, y muchas veces su diagnóstico es tardío, este tipo de pacientes tienen comorbilidad asociada, ya que buscan tratamiento no psiquiátrico como ser cirujías y tratamientos dermatológicos, sobre todo por renuencia de los pacientes a revelar su problema. (23)

Es así que se ha recomendado preguntas de tamizaje para facilitar su detección, ante la sospecha del trastorno, dicho cuestionario es validado por K A Phillips el año 2013 en idioma sueco, dicho cuestionario posteriormente fue traducido al inglés por Brohede S y Wijma K, utilizando los criterios del DSM-IV. (23) (cuadro 1)

CUADRO 1. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DEL TDC (23)

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE, TDC (Según el DSM 4)

1. ¿Le preocupa el aspecto de algunas partes de su cuerpo que considere especialmente atractivo? *Sí = 1*
2. ¿Le preocupan estos problemas? ¿Es decir, piensa mucho y desea que usted pueda pensar menos acerca de ellos? *Sí = 2*
3.
 - a. ¿El defecto que tiene le causa mucho de sufrimiento, tormento o dolor?
 - b. ¿El defecto que tiene le causa problemas en su vida social?
 - c. ¿El defecto que tiene interfiere en la escuela, su trabajo o su capacidad para funcionar en el rol que cumple?
 - d. ¿Hay cosas que evita realizar debido a su defecto?*Sí a por lo menos una pregunta = 3*
4. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su defecto (s) por día en promedio?
≥1 hora = 4
5. ¿en cuanto a su apariencia física, su principal preocupación es que no se encuentre lo suficientemente delgada o engorde?
Sí = excluidos

SOLO SI LA RESPUESTA ES POSITIVA PASAR A RESPONDER LA SIGUIENTE PREGUNTA. RESULTADOS: CUATRO PUNTOS ES CONSIDERADO POSITIVO PARA EL TDC

Fuente: Brohede S. Wingren G. Wijma B. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women, 2013, Psychiatry Research, (210), 2, 647-652. (TRADUCCION PROPIA)

Así mismo se efectivizaron en otros estudios preguntas de proyección con preguntas de tamizaje dirigido exclusivamente a adolescentes en base a los criterios diagnósticos según el DSM 4. (24) (tabla 2) Al no contar con datos estadísticos en Bolivia se hace notar los datos extranjeros tomando las frecuencias esperadas y proyectando un test ya validado en estudios anteriores con preguntas de tamizaje.

CUADRO 2. PREGUNTAS DE PROYECCIÓN PARA DIAGNÓSTICO DE TDC (24)

PREGUNTAS DE PROYECCIÓN PARA DIAGNÓSTICO DE TDC

1. ¿Actualmente piensa mucho en su apariencia física? ¿Qué rasgos le desagradan? ¿Cree que su apariencia es fea o desagradable?
2. ¿Cuán notorios cree que son sus rasgos para el resto de personas?
3. En un día promedio, ¿cuántas horas se las pasa usted pensando en su apariencia física?
4. ¿Es su aspecto físico una fuente importante de preocupación para usted?
5. ¿Cuántas veces al día chequea usted usualmente su apariencia física? (En el espejo, superficie reflectiva o con el tacto de sus dedos)
6. ¿Con qué frecuencia se siente ansioso en encuentros sociales debido a su aspecto físico? ¿Esto puede hacer que rechace tales encuentros sociales?
7. ¿Su aspecto físico ha interferido en su buen funcionamiento en el trabajo, en los estudios o con sus amigos?

Fuente: D Veale, Body dysmorphic disorder, Postgrad Med J 2004;80:67–71.
(TRADUCCION PROPIA)

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. GENERALIDADES DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Un trastorno psicológico no siempre quiere decir: “desear una imagen perfecta”, pero cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción no se adecuan con la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia en forma de ideas no reales y generan malestar, llegando a interferir negativamente en la vida cotidiana; entonces se pueden convertir en un problema clínico y quirúrgico. (5)

La belleza es considerada desde hace tiempo atrás en la historia de la humanidad, los valores estéticos han ido evolucionando a lo largo de la historia y han prevalecido tanto para los hombres como para las mujeres equitativamente actualmente, es cierto que hasta hace poco la mayor presión se focalizaba principalmente sobre la mujer. (3)

La alteración de la imagen corporal es el componente principal de los Trastornos Dismórficos Corporales, este cuadro psicopatológico fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término en 1896. En su práctica, Freud tuvo al menos un paciente con este trastorno: el aristócrata ruso Sergei Pankejeff, tildado como “el hombre de los lobos (der Wolfsmann)” por Freud, para proteger su identidad, por la preocupación excesiva de este por su nariz. (5). En 1987 se eliminó el sufijo “fobia” al introducirse como un tipo de categoría diagnóstica en el D.S.M. La principal característica es una preocupación por algún defecto del aspecto físico, siendo tal preocupación excesiva en relación con el defecto o posible defecto presentado. Según Rosen en 1992 las preocupaciones conllevan un malestar clínico y un deterioro social, laboral etc, así mismo se considera que la imagen corporal es un concepto referido a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo. También Thompson en 1990 habla acerca de la imagen corporal, la concebía en sus tres dimensiones: perceptual, cognitivo-afectivo y conductual. (3) Según el DSM 4 conocido con el término Dismorfofobia, e incluidos entre los

Trastornos Somatomorfos, aunque actualmente según el DSM 5 se lo clasifica como trastorno obsesivo. (5)

4.1.1. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Según la Asociación de Psiquiatría Americana, (APA, 2013) el trastorno dismórfico corporal (TDC), anteriormente conocido como dismorfofobia, puede definirse como una preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. Se trata de una preocupación importante y anormal por algún defecto percibido en la imagen corporal, ya sea real o imaginado, que produce malestar psicológico significativo, y deterioro del desempeño social, laboral, y otras áreas importantes del funcionamiento del individuo. (1)

La disposición de este trastorno ha variado con la quinta edición del DSM, ubicándose actualmente dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, mientras que el DSM-IV (APA, 1994) lo situaba dentro de los trastornos somatomorfos. (1)

El trastorno dismórfico corporal (TDC) o “trastorno de fealdad imaginaria” es una enfermedad psiquiátrica que se manifiesta como una gran preocupación por un defecto imaginario de la apariencia, se trata de un trastorno cognitivo Si hay un ligero defecto, éste no explica la ansiedad exagerada que produce. (1)

Algunos pacientes con TDC no conocen la naturaleza extraordinaria de sus preocupaciones y pueden considerarse que sufren “alucinaciones”. Sin embargo, parece ser que el TDC es hipocondría trastorno con varios niveles de conocimiento. (8)

El trastorno TDC se conocía antiguamente como “dismorfofobia” y “síndrome dismórfico”. Respecto a sus manifestaciones dermatológicas, el TDC también se

ha llamado “hipocondría dermatológica” y en pacientes sin lesiones de piel observables (“falsa enfermedad dermatológica”). (8)

4.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Se calcula que aproximadamente el 1-2% de la población reúne los criterios diagnósticos propios del TDC, afectando a ambos sexos de forma similar. (1, 13, 5)

Se ha estimado que un 1 a 2% de la población de Estados Unidos podría sufrir TDC, (9, 4) así mismo en estudios realizados en el mismo país se vio que la prevalencia en cirugías estéticas es del 7 al 8% de la población de los cuales el 1 a 2% padece del trastorno dismórfico corporal. (4) Se debe destacar que en el Estudio Familiar sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) por la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, se vio que la prevalencia a lo largo de la vida de TDC en los controles y en sus familiares de primer grado era exactamente del 1%. (8) Asimismo, se ha descrito estallidos de violencia contra las personas del entorno, incluyendo agresiones graves ya sean verbales, físicas y legales, contra médicos proveedores de tratamientos dermatológicos o de cirugía plástica. (9)

En Brasil el TDC generalmente comienza en la adolescencia siguiendo generalmente un curso crónico, los estudios documentaron las tasas de prevalencia de la comunidad y de la población entre 0,7 a 2,4% y prevalencia baja de hospitalizaciones psiquiátricas de 13-16%, haciendo un trastorno relativamente común. (2)

En E.E.U.U. llegaron a realizarse 11,7 millones de procedimientos en el año 2007, y eso muestra un incremento del 45% en comparación con los procedimientos de este tipo realizados en 1997. (13)

El auge de la Cirugía Estética ha motivado que cobre mayor interés el estudiar las motivaciones de los pacientes para acudir a este tipo de consultas. Existe controversia entre los especialistas, sobre el eventual perjuicio que tendría operar a este tipo de pacientes considerando las posibles implicaciones médico-legales.

Entre un 23 y un 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 % practica tratamientos dermatológicos. (5)

Muchos individuos con trastorno dismórfico corporal (TDC) solicitan procedimientos estéticos; entre ellos, la rinoplastia es uno de los procedimientos que más frecuentemente se realizan. Se estima en esta población de pacientes una prevalencia de TDC entre el 8% y el 15%. (13)

Según la literatura, la edad de presentación se da en la adolescencia tardía, a los 16,4 +/- 7 años, y la edad de aversión por el aspecto físico a los 12,9 +/- 5 años. La prevalencia del TDC es similar en hombres y mujeres: se estima que afecta, aproximadamente, a entre el 1% y 2% de la población general, y en los pacientes que solicitan cirugía estética o tratamientos dermatológicos la tasa asciende hasta un 15%. (13)

La prevalencia de TDC parece ser considerablemente mayor en los ámbitos dermatológicos; en un estudio reciente, el 11,9% de los pacientes dermatológicos sometidos a cribaje dieron resultados positivos para esta enfermedad. La enfermedad, generalmente, comienza en la adolescencia, siendo el promedio de edad del paciente dermatológico de 33,7 años.

Phillips et al, han encontrado prevalencias similares en hombres y mujeres en los ámbitos dermatológico y psiquiátrico. (8)

El TDC también se asocia con altos niveles de deterioro social. Sufren TDC con frecuencia son socialmente por evitación, viven solos, o pueden salir de casa, además las tasas de suicidio están entre las más altas de cualquier trastorno

psiquiátrico: el 80% de los pacientes con TDC informan vida ideación suicida, intentos de suicidio y se documentaron en 24-28% de los adultos con trastorno dismórfico corporal y el 44,4% de los adolescentes con trastorno dismórfico corporal. (2)

Los individuos con trastorno que inician antes de los 18 años son más propensos a realizar intentos de suicidio, tienen más comorbilidad y tienen un inicio gradual del trastorno (en lugar de agudo) comparado con trastorno dismórfico corporal del adulto. (4)

En la revisión de artículos médicos se observó que el orden de la preocupación en pacientes con trastorno dismórfico corporal son: la piel en el 80% de los casos, ya que es la parte del cuerpo que más genera preocupación a lo largo de la vida, seguida por el pelo en 57,5% y, en tercer lugar, la nariz 39%, aunque, por lo general, los pacientes involucran más de una parte del cuerpo. (13)

La prevalencia del TDC es significativamente mayor entre consultantes por Cirugía Estética que llega a alcanzar un 6-15%, que entre la población general 2,4%. Los pacientes suelen presentar un bajo nivel de satisfacción postquirúrgica. Consideramos que es fundamental la detección del TDC en la consulta de Cirugía Estética para una derivación oportuna de estos pacientes hacia un tratamiento adecuado. (7)

De estos casos, en 2 de cada 5, los cirujanos sufrieron amenazas por parte del paciente, física o legalmente. Incluso está descrito que la Cirugía Estética podría empeorar el cuadro de TDC, ya que el paciente tiene ideas sobrevaloradas y altas expectativas de resultado quirúrgico. La importancia de un diagnóstico certero está en que no solo permite excluir este tipo de pacientes de cirugías que pretendan corregir defectos imaginarios, sino que también permite derivar a un tratamiento adecuado los casos de TDC junto con sus posibles comorbilidades psiquiátricas. (7)

4.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

En la mayor muestra clínica de pacientes con TDC analizados hasta ahora, las áreas más frecuentes de preocupación eran la piel (>60%), el cabello (>50%) y la nariz (aproximadamente, 40%), aunque virtualmente cualquier parte visible del cuerpo podría ser un foco de preocupación. La piel, el cabello y la nariz también fueron algunas de las áreas más frecuentes de preocupación en otras muestras de mayor tamaño.

Entre los síntomas dermatológicos se incluyen preocupaciones por las arrugas, manchas, marcas vasculares, acné, poros grandes, grasa, cicatrices, palidez, rojeces, excesivo vello o afinamiento del cabello. Se pueden observar foliculitis y cicatrices como consecuencia del raspado de la piel y el arrancamiento de vello imaginario. (8)

El trastorno dismórfico corporal puede mostrar conductas problema, de las cuales podemos evidenciar:

- a nivel físico (ansiedad muy elevada, falta de aire, sensación de mareo)
- a nivel cognitivo (pensamientos recurrentes y persistentes, inseguridad)
- a nivel motor (estado de hipervigilancia, comprobación, re-aseguración, conductas de evitación y escape).

Así mismo, a largo plazo se puede evidenciar en pacientes malestar general, baja autoestima, bajo autoconcepto, incremento del sentimiento de indefensión, repercutiendo negativamente a nivel social (ausencia de vida social y momentos de ocio), académica (absentismo escolar y empeoramiento de las notas) y a nivel familiar (impedimento de relaciones familiares normales). (1)

4.4. CARACTERÍSTICAS

Los pacientes con TDC desarrollan alteraciones graves del estilo de vida como consecuencia de su enfermedad. Phillips et al. Encontraron que el 97% de los pacientes con TDC evitaban las actividades sociales normales y ocupacionales debido a que se avergonzaban de su apariencia. Como consecuencia, muchos pacientes se recluían en casa o se aislaban socialmente. Los pacientes con TDC frecuentemente son solteros o divorciados, carecen de habilidades sociales adecuadas y no están contentos con sus relaciones. (8)

Muchos tienen una baja autoimagen y creen que un cambio de su imagen corporal aumentaría su autovaloración y mejoraría sus vidas considerablemente.

Los pacientes con TDC definen sus preocupaciones como “angustiosas” y “devastadoras”. Estos pacientes, generalmente, desarrollan compulsiones, como mirarse constantemente al espejo y pellizcarse la piel. Los pacientes con TDC frecuentemente se comparan con otras personas y necesitan reafirmación constante sobre su aspecto de sus amigos y familia, así como de los médicos. (8) Los pacientes con TDC tienen un espectro amplio de enfermedades psiquiátricas comórbidas. La más frecuente es la depresión mayor, aunque la fobia social, el TOC y los trastornos de la personalidad también se encuentran frecuentemente. Muchos han formulado la hipótesis de que el TDC está en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos, muchos de los cuales tienen manifestaciones dermatológicas. (8)

Notablemente, a este respecto Bienvenu encontraron que los pacientes con TOC y sus familiares de primer grado tienen mayor prevalencia de TDC que los de control y sus familiares, lo que indica que hay una relación familiar entre estas enfermedades. (8)

4.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. Criterios diagnósticos basados en el DSM 5.

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia para otras personas. (4)
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (por ejemplo: mirarse en el espejo, afeitarse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (Por ejemplo: Comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto. (4)
- C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (4)
- D. La preocupación por el aspecto, no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o peso corporal en el sujeto cuyos síntomas cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria. (4)

Se debe indicar el grado de introspección del paciente sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal “Estoy feo/a” “Estoy deforme”.

a. CON INTROSPECCIÓN BUENA O ACEPTABLE. Al sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no. (4)

b. CON POCA INTROSPECCIÓN. El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas. (4)

c. CON AUSENCIA DE INTROSPECCIÓN/CON CREENCIAS DELIRANTES. El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas. (4) Se vio que más del 50% de los pacientes que padecen TDC presentan ideas delirantes durante un periodo significativo. (13)

4.6. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

Los individuos con trastorno dismórfico corporal (históricamente conocido como dismorfofobia), están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A). La percepción de los defectos no es observable o sólo apreciada levemente por los demás individuos. El espectro de preocupaciones puede centrarse en una o varias zonas del cuerpo, más comúnmente en la piel, pelo y la nariz. (4)

Algunos sujetos están preocupados por la asimetría percibida de alguna de las áreas del cuerpo, las preocupaciones son molestas, no deseadas, consumen mucho tiempo (3 a 8 horas por día) y por lo general son difíciles de resistir o controlar.

En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales (por ejemplo la comparación), excesivo y repetitivos (Criterio B), el individuo se siente impulsado a realizar estas conductas que no son placenteras y pueden aumentar su ansiedad y disforia. Estas conductas normalmente requieren bastante tiempo son difíciles de resistir o de controlar. Los comportamientos comunes son de comparar su apariencia con el de otros individuos, una comprobación repetitiva de los defectos percibidos usando superficies reflectantes o bajo examen directo; excesivo arreglo de la persona, tocan las partes indeseadas repetitivamente como comprobación, ejercicio excesivo, y la búsqueda de tratamientos cosméticos. (4)

Es común rascarse la piel compulsivamente con el fin de mejorar los defectos que puede causar infecciones de piel.

La preocupación debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro del ámbito social, laboral o familiar (Criterio C); Generalmente se presentan ambas cosas. El trastorno dismórfico corporal debería diferenciarse de los trastornos de la conducta alimentaria, como ser anorexia y bulimia. (4)

Un tercio de estos individuos tienen creencias delirantes, tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (Por ejemplo: tendencias suicidas), pero esto puede manifestarse por la gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal cuando se acompaña de tendencias delirantes.

4.7. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO.

Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen ideas con alteración en el contenido, que el enfermo las asumen como reales y de referencia y la creencia de que otras personas se fijan específicamente que se burlan de ellas debido a su aspecto. Ese trastorno está relacionado con altos niveles de ansiedad, ansiedad social, evitación social, depresión, neuroticismo y perfeccionismo. Así como la baja extroversión y autoestima. Muchas personas sienten vergüenza de su apariencia, dan excesiva importancia a su aspecto y se niegan a develar sus preocupaciones a los demás.

4.8. FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO

Se ha asociado a altas tasas de abandono y abuso durante la infancia. La prevalencia es alta en los familiares de primer grado de personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). (4)

Es común el deterioro del funcionamiento social, incluida la evitación. Los individuos pueden dejar de salir de casa, a veces durante años. Muchos de ellos tienen el antecedente de abandono de los estudios por el aislamiento social.

4.9. TRATAMIENTO

a. Farmacológico. Algunos autores mencionan que se obtienen resultados prometedores por la terapia cognitivo conductual y el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina. (24) Los tratamientos utilizados en el TDC se han basado principalmente en terapia farmacológica, mediante inhibidores selectivos

de la recaptación de serotonina (ISRS), como clomipramina, fluoxetina y fluvoxamina. (1)

b. Psicológico. La terapia conductivo – conductual, Orosan y colaboradores realizan un estudio de casos y controles, aplicando el entrenamiento en correcta percepción corporal, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y prevención de recaídas, obteniendo resultados significativos que se mantienen al cabo de un año. (1)

Para el tratamiento psicológico se deben llevar a cabo varias sesiones, entre ellas inicialmente la fase de recogida de información, posteriormente la devolución de la información de parte de la terapeuta al paciente, posteriormente la reestructuración cognitiva con el fin de identificar los pensamientos ansiógenos (familiares, académico y social) y sustituirlos por otros más racionales y adaptativos, posteriormente se podría mostrar las diferentes técnicas de relajación, que le sirvieran para afrontar satisfactoriamente las situaciones ansiógenas a las que se enfrentaba en el transcurso de su día a día, posteriormente se propicia la habituación del sujeto a situaciones que le producen malestar, favoreciendo el afrontamiento a las mismas. (1)

4.10. RINOPLASTIA

4.10.1. HISTORIA DE LA RINOPLASTIA

Durante el tiempo, en la historia de la humanidad “nada ha sido más deseado y admirado que la belleza y ningún precio ha ido considerado muy alto para conseguirla”. (11)

La Asociación Médica Americana define a la cirugía estética como un procedimiento quirúrgico para cambiar partes del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia y la autoestima de un paciente. (10)

A través de los siglos, la cirugía plástica se identifica con la historia de la reconstrucción nasal, ya que en tiempos remotos era una medida común cortar la nariz y en algunas ocasiones también las orejas, que se veía con más frecuencia en una cortesana o un ladrón. (11)

Dejando de lado los antecedentes que disponemos respecto a la reconstrucción nasal, tan antiguos como los que aparecen en los papiros egipcios de Ebers y Smith (± 1500 a.C.) y en los tratados de medicina hindú (± 600 a.C.) y concentrándonos en la cirugía del embellecimiento de una nariz sana o deforme. (11)

Es así que, la era de la rinoplastia cosmética comienza realmente en 1887, cuando John Orlando Roe (1848-1915), un otorrinolaringólogo de Rochester (USA), describe sus primeras experiencias en rinoplastias de reducción, usando únicamente incisiones endonasaes y uno de los primeros en usar cocaína como anestésico local. (11)

Según antecedentes bibliográficos, Jacques Joseph (1865-1934) es considerado como el Padre de la rinoplastia cosmética, debido a sus grandes aportes y numerosas publicaciones, así mismo existen antecedentes respecto a que conocía los trabajos de Roe cuando publicó su primera experiencia en Berlín en el año 1898 y en los años posteriores. Once años después de la primera publicación de Roe, en la que éste describía su método de corrección nasal por vía subcutánea, Joseph presenta ante la Sociedad Médica de Berlín su primer caso de reducción nasal. (11)

En 1905, publica que finalmente ha adoptado el abordaje intra nasal, pero todavía usaba el abordaje externo en algunos casos. Escribió su primer gran trabajo sobre rinoplastia endonasal en 1907, clasificando y describiendo cada uno de los métodos usados para corregir muchos tipos de defectos nasales. Otros trabajos en los años posteriores lo llevan a publicar su muy bien ilustrado y extenso tratado

sobre rinoplastia de corrección y, finalmente, su monumental obra en 2 volúmenes entre los años 1928 y 1931. (11)

Joseph Safian y Gustave Aufricht son los grandes responsables de la divulgación de los métodos usados por Joseph en los países de habla inglesa, especialmente en Norteamérica. El libro de Safian, en 1935, Cirugía Rinoplástica Correctora, fue escrito en forma tan clara que contribuyó de gran manera a este proceso. Joseph desarrolló la mayoría de las técnicas de abordaje intranasal; también es el responsable del desarrollo de la gran mayoría de los instrumentos que son usados hoy en día. Aufricht (Otorrinolaringólogo) escribe: "Es apasionante para un joven cirujano ver que él (Joseph) tiene un instrumento especial para prácticamente cada uno de los pasos de la rinoplastia. Casi parece que teniendo cada uno de estos instrumentos la cirugía sería fácil. Algunos cirujanos generales piensan que la rinoplastia es una cirugía muy simple y ésta es la razón por la cual el profesor Joseph se mostraba reticente a mostrarla. Se dice que el profesor Axhausen, uno de los cirujanos plásticos alemanes más sobresalientes, pidió y recibió permiso para observar la cirugía de Joseph. El admitió posteriormente que mientras la rinoplastia es quirúrgicamente simple, Joseph requirió de un talento especial para realizarla en forma exitosa...". Estas son las razones por las que existe consenso en denominarlo el Padre de la Rinoplastia Cosmética. (11)

Otro gran avance en la historia de la rinoplastia cosmética se la debemos al húngaro Emile Rethi, quien en 1934 publica su experiencia modificando ligeramente la técnica de abordaje abierto mediante incisiones marginales y colgajo cutáneo columelar, llamado en trompa de elefante, utilizado y descrito por Gillies en 1920. (11)

Rethi ubicó la incisión cutáneo-columelar en el tercio medio de la columela y con esto sentó las bases de la llamada rinoplastia abierta, nombre que está siendo actualmente cuestionado por muchos y que ha sido sustituido por rinoplastia externa. Él describe su experiencia reduciendo una nariz muy proyectada por

medio de la resección de un segmento de columela incluyendo piel y crura medial. El uso de la incisión en la columela fue limitado al problema de la nariz sobre proyectada y él no reconoció su potencial como un abordaje para exponer el esqueleto nasal completo. (11)

Esto se lo debemos al otorrinolaringólogo Yugoslavo Sercer, quien reconoció que esta incisión puede ser usada para elevar un colgajo de piel para visualizar la punta y todo el dorso nasal. (11)

El siguiente avance fue el de la exposición del septum a través de las mismas incisiones. Esto fue desarrollado por Padovan, pupilo y sucesor de Sercer, quien consideró la técnica como superior al abordaje endonasal en procedimientos complejos y difíciles como, por ejemplo, deformidades postraumáticas, narices leporinas y desviaciones septales marcadas. Padovan introdujo el abordaje abierto en Norteamérica en el año 1970 por medio de una presentación titulada: "Abordaje Externo para Rinoplastia".(11) El mismo año en que Rethi publica su técnica de incisiones columelares, Safian, en USA, incisiones marginales e intercartilaginosas para exposición de los domos y corrección de la punta nasal, llamada Delivery. (11)

En 1990 Guerrerosantos, en México, describe una variación de esta técnica llamándola rinoplastia abierta sin incisión cutáneo-columelar. La variación fundamental, como su nombre lo indica, es que se omite el corte en la piel de la columela evitando así la cicatriz y mediante dos incisiones paramarginales amplias, que se extienden hasta el piso nasal, se logra exponer la punta nasal y parte del dorso nasal a través de una de las narinas. (11)

Finalmente, Fuleihan publica su experiencia en un nuevo abordaje trans-vestibular para cirugías de los domos y de la punta nasal. (11)

En el caso de las deformidades del tabique nasal, la primera gran revolución se debe a Killian (alumno de Joseph), quien en 1904 describe su técnica de abordaje

submucoso del tabique, que permite abordar con una sola incisión el segmento ósteo-cartilaginoso del septum sin comprometer el septum membranoso. (11)

Por último, en 1958, Cottle (Otorrinolaringólogo) describe su trabajo clásico, "The maxilla, premaxilla approach to extensive nasal septum surgery" ("La vía maxila-premaxila para la cirugía amplia del septum nasal"), siendo uno de los primeros en combinar las técnicas septoplásticas con las rinoplásticas, sentando las bases de la moderna septorrinoplastía funcional. (11)

4.10.2. DEFINICIÓN DE RINOPLASTÍA

La cirugía estética es definida por la Asociación Médica Americana como un procedimiento quirúrgico para cambiar partes del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia y la autoestima de un paciente. (13)

La rinoplastia es una de las cirugías más frecuentemente realizadas por cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos en la última década, según la Sociedad Americana de Cirugía Plástica. (6) La rinoplastia, es la cirugía que modifica la forma de la nariz, es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en cirugía plástica.

La rinoplastia tiene el objetivo de disminuir o aumentar el tamaño de la nariz, cambiar la forma de la punta o del dorso, estrechar los orificios nasales o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior. Esta cirugía está indicada cuando hay desproporción entre la forma de la nariz y el resto de la cara. También corrige los problemas congénitos, los traumatismos y problemas respiratorios.

4.10.3. ANÁLISIS FACIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO PARA RINOPLASTIAS

La rinoplastia demanda precisión al planificar el tratamiento y una técnica quirúrgica meticulosa. Para lograr resultados consistentes, una historia nasal completa y un examen anatómico son esenciales para dilucidar los problemas y objetivo del paciente y desarrollar un plan operatorio conciso. (6)

La cara debe ser analizada para determinar cualquier deformidad esquelético-facial, incluyendo recesiones de apertura piriforme y del malar. Esto debe ser discutido con el paciente. (6)

El análisis inicial de la nariz debería comenzar con un análisis del espesor y carácter sebáceo de la piel. (6) posteriormente la amplitud del cuerpo de la nariz debe ser certificado en relación con la base alar, con la amplitud del cuerpo de la nariz debe ser 80% de la amplitud de la base alar. Esto permite asumir que la altitud de la distancia intercantal, con respecto a la fisura palpebral. (6)

La relación alar-columelar debe ser evaluada para determinar la discrepancia. La vista basal se destaca en la nariz con un triángulo equilátero con una relación de 2:1 de la porción columelar a la lobular de la nariz. (6)

El ángulo nasofrontal debe ser evaluada en cuanto a su posición, en relación a una línea con un trayecto que sea en la parte superior de las pestañas hacia el pliegue supratarsal, con los ojos mirando al frente. Una posición anormal puede darle apariencia de nariz larga o corta. (6)

La proyección de la punta de la nariz es evaluada en relación con la línea vertical adyacente, a la parte de mayor proyección del labio superior; del 50 al 60% de la punta de la nariz debe descansar anteriormente a esta línea. La relación Longitud/proyección debe ser de 1:0.67. (6)

La línea del perfil del dorso nasal, es determinada después de planificar la cantidad deseada de proyección de la punta nasal. (6)

El grado de rotación puede ser evaluado al analizar el ángulo nasolabial, el cual está incrementado, puede indicar una nariz acortada. (6)

Se debe tener fotografías para dicha valoración, las cuales deben ser obtenidas utilizando técnicas estandarizadas incluyen imagen frontal, lateral, oblicua, y

basal para un análisis estético minucioso y un plan preoperatorio particularizado. (6)

A su vez se deben considerar elementos esenciales de la historia nasal, los cuales incluyen problemas de las vías aéreas nasales, alergias, medicación, trauma nasal previo y cirugía nasal anterior. (6)

El examen físico deberá enfocarse en la envoltura dérmica, el marco subyacente y el examen interno, incluyendo la determinación de cualquier deformidad funcional así como la cantidad y calidad del septum disponible. (6)

4.10.4. CONSULTA INICIAL

En algunos casos es difícil diferenciar qué pacientes se beneficiarían de una cirugía plástica, por lo cual es importante preguntar al paciente sus expectativas frente al procedimiento solicitado, el grado de insatisfacción en relación con el defecto percibido y el tiempo que gasta pensando en ello. (10)

La entrevista inicial establece una línea de comunicación entre paciente - médico para determinar si el paciente es candidato para la rinoplastia. Mientras se realiza la historia, se ejecuta el examen clínico nasal, las expectativas del paciente son dilucidadas y el cirujano certifica la posibilidad de los resultados que se pueden esperar con la cirugía. (6)

4.10.5. SELECCIÓN Y EXCLUSIÓN DE PACIENTES

Se debe tomar muy en cuenta a pacientes con rinoplastia secundaria, en este tipo de paciente se ve que demuestra antipatía en lo referente a la cirugía previa que a él o ella se le realizó, un paciente que desea un resultado que no está dentro de las posibilidades quirúrgicas o un paciente que demuestre actitudes problemáticas. (6)

a. **El acrónimo SIMÓN** (Single, Immature, Male, Overly expectant, Narcissistic) describe al paciente que es soltero, inmaduro, de sexo masculino, con expectativas sobreestimadas y narcisista. Este paciente no es candidato a Rinoplastía, porque es propenso a desarrollar actitudes problemáticas. (6)

b. **El acrónimo SYLVIA** (Secure, Young, Listens, verbal, intelligent, attractive), por otra parte, describe a la paciente mujer que es segura, joven buen oyente y una buena conversación, inteligente y atractiva. Es buena candidata para Rinoplastía. (6)

4.11. IMPLICANCIAS MÉDICO – LEGALES

La legislación Boliviana actualmente cuenta con la ley 3131 la cual fue promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico, con aspectos legales y administrativos, esta ley es aplicable al Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro.

El código civil Boliviano tiene artículos relacionados con la mala práctica médica y sus sanciones, sin embargo solo se pueden encontrar artículos relacionados con sanciones para cualquier profesión por incumplimiento o resarcimiento, por dichos artículos un médico puede ser juzgado por la vía civil, estos artículos son: art. 984 (resarcimiento por hecho ilícito), art. 948 (estado de necesidad), art. 987 (causante del estado de necesidad), art. 991 (responsabilidad de los maestros y de los que enseñan un oficio), art. 994 (resarcimiento), art. 998 (actividad peligrosa).

Así mismo en la revisión del código penal boliviano encontramos artículos relacionados con lesionología art 270- 273 (lesiones leves, graves, gravísimas) y homicidio culposo.

También se crea el Instituto Médico de Conciliación y arbitraje, pero que ya en los hechos no ha tenido, ni tiene ninguna aplicación o funcionalidad hasta este momento.

4.12. LEGISLACIÓN MÉDICA

4.12.1. HISTORIA DE LEGISLACIÓN MÉDICA

En la historia el concepto de la mala práctica médica no ha cambiado desde la antigüedad, en 1687 en que la justicia inglesa define la mala práctica médica como: “Una ofensa a la ley natural (sea por curiosidad, experimentación o negligencia), que rompe la confianza que la comunidad coloca en el médico”. (14)

Posteriormente se realizó en Lima un panel Forum en 1995, se definió mala práctica como: “la omisión de parte del médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado en cierto perjuicio a éste.” (14)

4.12.2. DEFINICIÓN DE MALA PRAXIS

Se denomina así cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable. (14)

4.12.3. DEFINICIONES RELACIONADAS. También tenemos que tomar en cuenta definiciones como:

- a. **Imprudencia:** Es entendida como falta de tacto, de medida, de la cautela, precaución, discernimiento y buen juicio debidos, por parte del profesional de la salud. (15)

- b. **Negligencia:** Es entendida como la falta de cuidado y abandono de las pautas de tratamiento, asepsia y seguimiento del paciente, que están indicadas y forman parte de los estudios en las profesiones de la salud. (15)
- c. **Impericia:** Está genéricamente determinada por la insuficiencia de conocimientos para la atención del caso, que se presumen y se consideran adquiridos, por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión. (15)

Tenemos definiciones relacionadas con la parte legal, estas son:

1) **Mala práctica deliberada**, cuando el médico administra a propósito medicina o realiza una operación en la que sabe que se pondrá en peligro o se causará la muerte al paciente a su cargo (ej. aborto), en este caso, el elemento subjetivo de intencionalidad prevalece sobre el resultado del acto. (14)

2) **Mala práctica por negligencia**, que comprende los casos en los que no hay un objetivo criminal o deshonesto, pero si una obvia negligencia respecto de las necesidades del paciente (ej. administrar medicinas durante una intoxicación). (14)

3) **Mala práctica por ignorancia:** administración de medicinas inapropiadamente (no adecuadas o una dosis incorrecta). (14)

4.12.4. ELEMENTOS DEL DELITO. Como los de la mala práctica médica son: acción, tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad.

a. El acto es el primer elemento de hecho, inicial y básico del delito. Es la conducta humana guiada por la voluntad, el dominio que el ser humano ejerce sobre su actividad, siendo esta actividad proyectada hacia el mundo externo. El acto se manifiesta bajo dos formas:

1) La acción: Es la modalidad característica de la gran mayoría de delitos. Es un movimiento humano externo, como un hacer perceptible sensorialmente, que causa el resultado dañoso. (14)

b. La omisión: Se manifiesta como un acto voluntario de no hacer algo, se exterioriza con un resultado lesionador de un bien jurídico, que no debía haberse producido si se actuaba. Estos delitos se incumple una norma mandatoria que imponía una obligación de hacer". (14)

c. La tipicidad, es precisamente la identificación plena de la conducta humana con la hipótesis prevista y descrita en la ley, desempeñando un papel importante ya que delimita el acto y se relaciona estrechamente con la antijuridicidad. La comprobación de la tipicidad de una conducta es el requisito básico para iniciar y continuar el proceso penal". (14)

d. La antijuridicidad, es una acción o conducta contraria al orden jurídico. Lo antijurídico se da cuando la acción humana quebrante un derecho tipificado por parte del Estado y al cual se ha dado amparo penal. En definitiva cuando se lesiona un bien jurídico. (14)

e. La culpabilidad, es la situación en que se encuentra una persona imputable y responsable, que pudiendo haberse conducido de una manera no lo hizo, por lo cual el juez le declara merecedor de una pena. Es una relación de causalidad ética y psicológica entre un sujeto y su conducta. Tiene dos formas:

1) *Dolo y culpa.* El dolo es intención y la culpa es la negligencia. Ambas tienen por fundamento la voluntad del sujeto activo. Sin intención o sin negligencia no hay culpabilidad, y sin ésta, no hay delito, por ser la culpabilidad elemento del delito". (14)

4.12.5. PRINCIPIOS DEL ACTO MÉDICO. Los principios del acto médico son:

a. Beneficencia o búsqueda del bien del paciente. (18)

b. No maleficencia (primum non nocere), obligación de no producir daño, prevenir el daño, eliminar lo que está haciendo daño y promover lo que hace bien al paciente. (18)

c. Autonomía que es el respeto por las decisiones del paciente informado; tiene derecho a decidir sobre sí mismo, de acuerdo a su personal proyecto de vida y código de valores (18)

d. Justicia es que todas las personas deben ser tratadas por igual; nadie debe ser discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social. (18)

4.13. PRAXIS MÉDICA HOY

4.13.1. PRINCIPIOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

La responsabilidad médica es sancionada en el área civil como en el área penal. El área civil considera que la responsabilidad es una sola y deriva de tres factores: Una conducta, un perjuicio y una relación entre ambos, solemos considerar de causa y efecto. (19)

El enfoque del tema desde el punto de vista médico-legal se describe con el siguiente esquema: *“el actor es un médico con diploma y título habilitado; el acto es el accionar médico, quirúrgico, etc.”*; el elemento objetivo es el daño en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte; el elemento subjetivo es la culpa por impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de normas y reglamentos; y la relación de causalidad entre el acto médico y el daño, debe ser una línea directa sin ninguna interferencia. (19)

4.13.2. TIPOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

La legislación se divide en civil y penal, las dos áreas estudian ámbitos diferentes, como se muestra a continuación:

a. Responsabilidad civil, se presenta en el caso de que algún paciente o allegados a él, han sufrido algún daño y se pretende obtener una compensación económica, por cualquier acto dañoso que los médicos, el personal paramédico

o sanitario hayan causado. (14) por lo tanto obliga la indemnización de los daños y perjuicios. Si se daña se debe reparar, afecta al patrimonio. (18)

b. Sanciones penales, la constitución política del estado considera a cualquier persona como un bien jurídico, por lo que cualquier lesión del bien jurídico, en este caso: “la vida, la integridad y la salud física o psíquica del paciente, sin ser voluntaria, pero la responsabilidad penal por imprudencia se fundamenta en que el autor ha infringido en su actuación determinados deberes de cuidado o diligencia, infracción, que ha conducido a la indicada lesión del bien jurídico”. (14) por lo que las sanciones (penas) son las que impone el código penal (prisión, reclusión, multa). (18)

Para el derecho punitivo, lo único que interesa es poder proteger a través de los delitos y las penas, los bienes jurídicos primordiales y personalísimos entre estos la vida humana y la salud, específicamente son los que se pueden ver perjudicados en el ejercicio de la actividad médica.

Al derecho penal lo que le interesa es la forma en que actuó el autor del delito y dentro de ese contexto determinar qué instrumentos o medios empleó y como lo utilizó, para realizar la acción deseada. “Ya que al Derecho Penal le corresponde la tutela de los bienes jurídicos, de los valores elementales de carácter ético-social, que resulta indispensable mantener y proteger para la continuación de la vida social”. (14)

4.13.3. RESPONSABILIDAD DE ACUERDO A LA TÉCNICA JURÍDICA

a. **Responsabilidad objetiva:** es la que surge del resultado dañoso, no esperado, que el accionar del médico puede provocar, independientemente de la culpa que le cabe. (18)

b. **Responsabilidad subjetiva:** es la que surge de la subjetividad del médico, puesta al servicio de una determinada acción penada por ley, (por ejemplo abortos, certificados falsos, violación del secreto profesional). (18)

c. **Responsabilidad Contractual:** es la que surge de un contrato, no necesariamente debe ser escrito (puede ser tácito o consensual), y cuyo incumplimiento puede dar lugar a la acción legal. (18)

d. **Responsabilidad Extracontractual:** es la que no surge de contrato previo. Su aplicación en el campo médico es excepcional, por ejemplo asistencia médica inconsulta por su estado de inconsciencia (TEC, shock), o por alienación mental. (18)

En otras palabras, la responsabilidad médica significa la obligación que tiene el médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios dentro de ciertos límites, y cometidos en el ejercicio de su profesión. Es decir, el médico que en el curso del tratamiento ocasiona, por culpa, un perjuicio al paciente, debe repararlo y tal responsabilidad tiene un presupuesto en los principios generales de la responsabilidad, según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad, genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona. (18)

4.13.4. CAUSALIDAD

Para ser incriminado judicialmente debe existir una relación causa-efecto (médico-daño/muerte) que debe ser directa, próxima y principal del resultado. (18) Por ejemplo: *“Realizar actos positivos o negativos que provoquen daño”* (18) *“Cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulta de las consecuencias posibles de los hechos....”* (18)

No hay delito si el daño se produce por culpa de la propia víctima o de terceros. (18)

Cuando se ha adoptado todas las precauciones, no se puede reprochar penalmente negligencia, no obstante el resultado dañoso.(18)

4.14. DATOS DE DEMANDAS LEGALES EN MÉDICOS

El auge de la Cirugía Estética ha motivado que cobre mayor interés el estudiar las motivaciones de los pacientes para acudir a este tipo de consultas. Existe controversia entre los especialistas, sobre el eventual perjuicio que tendría operar a pacientes con algún trastorno psiquiátrico, entre estos podemos resaltar el Trastorno Dismórfico Corporal ya que se debe considerar las posibles implicaciones médico-legales.

Entre un 23 y un 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 % practica tratamientos dermatológicos. (5)

La prevalencia es significativamente mayor entre consultantes por Cirugía Estética (6-15%) que entre la población general (2,4%). Los pacientes suelen presentar un bajo nivel de satisfacción postquirúrgica. Consideramos que es fundamental la detección del TDC en la consulta de Cirugía Estética para una derivación oportuna de estos pacientes hacia un tratamiento adecuado. (7)

De estos casos, en 2 de cada 5, los cirujanos sufrieron amenazas por parte del paciente, física o legalmente. Incluso está descrito que la Cirugía Estética podría empeorar el cuadro de TDC, ya que el paciente tiene ideas sobrevaloradas y altas expectativas de resultado quirúrgico. La importancia de un diagnóstico certero está en que no solo permite excluir este tipo de pacientes de cirugías que pretendan corregir defectos imaginarios, sino que también permite derivar a un tratamiento adecuado los casos de TDC junto con sus posibles comorbilidades psiquiátricas.

4.14.1. RESULTADOS INSATISFACTORIOS.

Cabe la posibilidad de que el paciente refiere resultado insatisfactorio a pesar que el médico hizo todo lo que estaba a su alcance de la ciencia médica para lograr un buen resultado. (20)

Para el médico puede ser un resultado satisfactorio pese a las restricciones anatómicas del paciente, dando una insatisfacción por parte del paciente por altas expectativas en la cirugía (resultados quiméricos o sueños fantasiosos). Al no conseguir un resultado ideal puede ser acusado por parte del paciente por: Negligencia, impericia o imprudencia. (20)

Dados estos antecedentes y la creciente cantidad de demandas por mala praxis cuando los pacientes se sienten insatisfechos por los resultados de la Rinoplastia, el médico no debe descuidar la relación médico paciente, buena elaboración de la historia clínica, fotos pre y post quirúrgicas, además de valoración psicológica o psiquiátrica previa como parte de los requisitos pre quirúrgicos. (20)

4.15. CUANDO NO EXISTE RESPONSABILIDAD FRENTE A UN RESULTADO DIFERENTE O NO ESPERADO

La cirugía estética presenta característica que son apreciadas desde el punto de vista subjetivo en cuanto a la actividad quirúrgica, como en las demás profesiones la búsqueda de una mejor conducta debe direccionar todas las actitudes para mejorar el efecto profesional. (20)

Cuando el médico realizará una cirugía estética debe haber un análisis del estado de necesidad, las circunstancias de los riesgos a los que puede estar expuesto el paciente. Por supuesto debe haber el consentimiento informado, el mismo que debe ser comprendido por el paciente. (20)

Antes de la cirugía el paciente debe haber recibido fundamental y amplia información de todo procedimiento que se irá a proceder en su cuerpo. Además debe ser informado de la posibilidad de resultados indeseables o riesgos inherentes a todo acto quirúrgico. (20)

Dicha información debe ser clara y precisa y vertida de persona a persona. (20)
El médico debe también documentarse acerca de las informaciones obtenidas del paciente previendo una posible responsabilidad judicial. Por lo tanto todo

comprobante de consentimiento informado debe ser contar con un comprobante de recibimiento. (20)

En el caso de una acusación de culpa o responsabilidad médica, deberá ser sometido a una pericia idónea para comprobar que la intervención que fue practicada fue de acorde a las normas de dicha profesión. Cuando el médico es acusado de resultado insatisfactorio este debe ser claramente comprobada. (20) Además se debe tener en cuenta que el resultado final no solo depende de la participación del médico sino también del paciente del cumplimiento de las recomendaciones. Además que los resultados varía de acuerdo al tipo de piel, raza, lugar de residencia, familiares, tipo de alimentación, hábitos de higiene y psiquismo (este último importantísimo). (20)

4.16. LESIONOLOGÍA.

La lesionología es la parte de la Medicina Legal que estudia las lesiones.

Lesión. Desde el punto de vista médico una lesión es "el producto de un traumatismo o la secuela orgánica o fisiopatológica que un organismo experimenta como consecuencia de una noxa externa". (16)

Desde el punto de vista jurídico, se conceptúa como lesión a: "todo daño en el cuerpo o en la salud". (16)

La noción de daño lleva implícita la idea de perjuicio. Se engloba dentro de este concepto a la resultante de la acción de un factor externo que afecte la estructura anatómica o sea que determine cambios en la morfología tanto interna como externa del organismo humano o que le provoque un detrimento en la salud en el aspecto psíquico, somático o funcional concerniente a alguno de los sentidos, órganos, aparatos, sistemas, miembros y/ o aptitudes en general. (16)

La OPS/OMS, considera "lesión" a cualquier daño, intencional o no intencional, al cuerpo debido a la exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química; o debido a la ausencia de calor u oxígeno que lleve a un daño corporal o psíquico temporal o permanente y que puede ser o no fatal. (17)

4.17. LEGISLACIÓN BOLIVIANA.

La legislación boliviana considera a la persona como un bien jurídico, el cual debe ser cuidado y preservado por el estado. (17) Es así que existen leyes y códigos que se encargan de hacer cumplir y sancionar en caso de que el bien jurídico este lesionado o afectado.

4.17.1. CÓDIGO PENAL BOLIVIANO

Según el Código Penal Boliviano, las lesiones constituyen una variedad de delitos contra la vida de las personas y se clasifican en: (17)

Título X: Delitos contra la integridad corporal y la salud:

Artículo 270. (Lesiones Gravísimas) (26) Se sancionará con privación de libertad de cinco (5) a doce años (12) a quien de cualquier modo ocasione a otra persona una lesión, de la cual resulte alguna de las siguientes consecuencias:

1. Enfermedad o discapacidad psíquica, intelectual, física, sensorial o múltiple.
2. Daño psicológico o psiquiátrico permanente
3. Debilitación permanente de la salud o la pérdida total o parcial de un sentido, de un miembro, de un órgano o de una función.
4. Incapacidad permanente para el trabajo o que sobrepase de noventa días.
5. Marca indeleble o deformación permanente en cualquier parte del cuerpo.
6. Peligro inminente de perder la vida.

Cuando la víctima sea niña, niño o adolescente la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo.

Artículo 271 (Lesiones Graves y Leves) (26)

Se sancionará con privación de libertad de tres (3) a seis (6) años, a quien de cualquier modo ocasione a otra persona un daño físico o psicológico, no comprendido en los casos del artículo anterior, del cual derive incapacidad para el trabajo de quince (15) hasta noventa (90) días.

Si la incapacidad fuere hasta catorce (14) días se impondrá al autor sanción de trabajo comunitario de uno (1) a tres (3) años y cumplimiento de instructores que la jueza o el juez determine.

Cuando la víctima sea niña, niño o adolescente la pena será agravada en dos tercios tanto en el mínimo como en el máximo.

Artículo 271 bis (Esterilización forzada)

La persona que prive a otra de su función reproductiva de forma temporal o permanente sin su consentimiento expreso, voluntario libre e informado, o de su representante legal en caso de persona con discapacidad intelectual severa, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco (5) a doce (12) años.

La pena será agravada en un tercio cuando el delito sea cometido contra una mujer menor de edad o aprovechando su condición de discapacidad o cuando concurren las circunstancias previstas en el artículo 252 (feminicidio).

Si el delito se cometiera como parte del delito de genocidio perpetrado con la intención de destruir total o parcialmente a un grupo nacional, social, pueblo indígena originario campesino o grupo religioso como tal adoptando para ello medidas destinadas a impedir os nacimientos en el seno del grupo, se aplicará la pena de treinta (30) años de privación de libertad sin derecho a indulto.

4.17.2. CÓDIGO CIVIL BOLIVIANO

TÍTULO VII: DE LOS HECHOS ILÍCITOS

Artículo 984 Resarcimiento por hecho ilícito (22)

Quien con un hecho doloso o culposo, ocasiona a alguien un daño injusto, queda obligado al resarcimiento.

Artículo 986 Estado de necesidad (22)

I. Quien por salvar un derecho propio o ajeno de un peligro actual no provocado por él y no evitable de otra manera, ocasiona a otro un daño para impedir otro mayor, sólo debe indemnizar al perjudicado en proporción al beneficio que personalmente ha obtenido.

II. La misma obligación debe el tercero en favor de quien ha precavido el mal.

Artículo 987 Causante del estado de necesidad (22)

El perjudicado puede pedir el resarcimiento del daño contra quien ocasionó culposa o dolosamente el estado de necesidad, pero en este caso ya no tiene derecho a reclamar la indemnización prevista en el artículo anterior.

Artículo 994 Resarcimiento (22)

I. El perjudicado puede pedir, cuando sea posible, el resarcimiento del daño en especie.

En caso diverso el resarcimiento debe valorarse apreciando tanto la pérdida sufrida por la víctima como la falta de ganancia en cuanto sean consecuencia directa del hecho dañoso.

II. El daño moral debe ser resarcido sólo en los casos previstos por la ley.

III. El juez puede disminuir equitativamente la cuantía del resarcimiento al fijarlo, considerando la situación patrimonial del responsable que no haya obrado con dolo.

Artículo 998 Actividad peligrosa (22)

Quien en el desempeño de una actividad peligrosa ocasiona a otro un daño, está obligado a la indemnización si no prueba la culpa de la víctima.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), es un trastorno psiquiátrico relativamente común, se calcula que aproximadamente el 1-2% de la población reúne los criterios diagnósticos propios del TDC, afectando a ambos sexos de forma similar. (1, 13)

A nivel sud Americano, en Brasil los datos del TDC generalmente comienza en la adolescencia y generalmente sigue un curso crónico, los estudios documentaron las tasas de prevalencia de la comunidad y de la población entre 0,7 a 2,4% y prevalencia bajas en psiquiátricos instalaciones de hospitalización entre 13-16%, haciendo un trastorno relativamente común. (2)

Los valores estéticos han ido evolucionando a lo largo de la historia y han prevalecido tanto para los hombres como para las mujeres, es cierto que hasta hace poco la mayor presión se focalizaba principalmente sobre la mujer, aunque en los últimos años el hombre comienza a no ser ajeno a tales circunstancias, ya incluso desde muy niños sienten la presión ejercida por los medios y la sociedad. (3)

Los síntomas generalmente comienzan a manifestarse en la adolescencia o adultez temprana, momento en el que surgen la mayoría de críticas personales relacionadas con la autoimagen corporal. Es así que Rosenblum y Lewis (1999) ponen de manifiesto que la insatisfacción corporal aumenta significativamente en la adolescencia, concretamente en aquellas edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, manteniéndose constante hasta aproximadamente los 18 años. Es durante esta etapa cuando las influencias externas (sobre todo los medios de comunicación y el ambiente social) ejercen un impacto importante en lo que a la imagen corporal de los adolescentes se refiere. Cabe resaltar que los medios de comunicación constituyen uno de los principales modelos de estética corporal actual, no obstante, también se ratifica la importancia de la familia y del grupo de

iguales en la transmisión y aprobación de este modelo (Stice, Maxfiel y Wells, 2003). (1)

En estudios realizados en Estado Unidos la prevalencia en cirugías estéticas es del 7 al 8% de la población de los cuales el 1 a 2% padece del trastorno dismórfico corporal. (4)

El auge de la Cirugía Estética ha motivado que cobre mayor interés el estudiar las motivaciones de los pacientes para acudir a este tipo de consultas. Existe controversia entre los especialistas, sobre el eventual perjuicio que tendría operar a este tipo de pacientes considerando las posibles implicaciones médico-legales.

Entre un 23 y un 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 % practica tratamientos dermatológicos. (5)

La prevalencia es significativamente mayor entre consultantes por Cirugía Estética (6-15%) que entre la población general (2,4%). Los pacientes suelen presentar un bajo nivel de satisfacción postquirúrgica. Consideramos que es fundamental la detección del TDC en la consulta de Cirugía Estética para una derivación oportuna de estos pacientes hacia un tratamiento adecuado. (7)

Por la cantidad de demandas 2 a 3 de cada 5 pacientes es que todo paciente en el que se sospeche TDC debe ser derivado a un psiquiatra, para un tratamiento adecuado, ya sea psicoterapia y/o farmacoterapia.

Por otra parte el estrés que significa para estos pacientes el no ver una mejoría tras someterse a una cirugía puede empeorar la condición, haciéndose presente la agresión verbal, física e incluso las acciones judiciales hacia los médicos, dichas acciones pueden evitarse si lograríamos un diagnóstico oportuno. (7)

Este estudio cobraría importancia en la ciudad de La Paz incluso en nuestro país Bolivia, ya que no se cuenta con datos estadísticos del Trastorno Dismórfico Corporal, por lo que al obtener la frecuencia del TDC en la ciudad de La Paz, se

pretende dar a conocer este tema incorporando un cuestionario diagnóstico de tamizaje el cual serviría a médicos cirujanos y médicos forenses, evitando las demandas legales por mala praxis médica quirúrgica, ayudando a un diagnóstico precoz y oportuno para brindar a los pacientes un tratamiento psiquiátrico oportuno.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal en la consulta rinológica que acuden al Hospital Otorrino Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud, en el cuarto bimestre del año 2019, en la ciudad de La Paz-Bolivia?

VII. HIPÓTESIS

Los pacientes que acuden a consulta rinológica de la Caja Nacional de Salud en el departamento de La Paz, tienen una prevalencia mayor al 2% de Trastorno dismórfico corporal.

VIII. OBJETIVOS

8.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de pacientes que acuden a la consulta rinológica con Trastorno Dismórfico Corporal en Hospital Otorrino-oftalmológico de la Caja Nacional de Salud en el cuarto bimestre del año 2019 de la ciudad de La Paz-Bolivia.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar un cuestionario para el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal dirigido a pacientes pre- quirúrgicos de la consulta rinológica en Hospital Otorrino oftalmológico en el cuarto bimestre del año 2019.
- Determinar el sexo y edad de los pacientes encuestados en el cuarto bimestre del año 2019 en el Hospital Otorrino Oftalmológico.
- Realizar el diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal en pacientes que acuden a la consulta rinológica en el cuarto bimestre del año 2019, en Hospital Otorrino Oftalmológico.

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo descriptivo y trasversal.

9.1.1. **Transversal.** Es un estudio de tipo estadístico y demográfico, el objetivo de este estudio es conocer todos los casos de personas con una cierta afección en un momento dado.

9.1.2. **Descriptivo**, ya que se aplicó para describir todas sus dimensiones, inicialmente se recolecto datos que describan la situación, distribución de la enfermedad en un lugar, tiempo y periodo determinado para posteriormente conocer la frecuencia.

9.2. POBLACIÓN Y LUGAR

9.2.1. **Población.** La población de estudio estuvo conformada por personas comprendidas entre los 18 a 45 años de edad, sin distinción en el sexo, que asistieron a consulta rinológica en el Hospital Otorrino-oftalmológico de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz.

9.2.2. **Lugar.** Hospital Otorrino – Oftalmológico, al ser el único Hospital especializado en Otorrinolaringología del seguro social.

9.2.3. **Tiempo.** Los cuestionarios se aplicaron en el cuarto bimestre del año 2019.

9.3. MUESTRA

La muestra se calculó, tomando en cuenta un tipo de muestreo simple probabilístico. Para este fin se tomaron en cuenta los datos de pacientes atendidos por el Hospital Otorrino Oftalmológico el año 2018, para la frecuencia se tomo en cuenta la prevalencia de casos registrados en E.E.U.U. que oscila entre 1 a 2%, teniendo como promedio 1,5%. El cálculo de tamaño de muestra se obtuvo aplicando la herramienta statcalc del programa Epi Info, versión 3.5.1.

Es así que el tamaño de la población mayores de edad, sin diferencias de sexo en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Otorrino Oftalmológico

el año 2018 fue de 2040 pacientes atendidos, por lo que se tomó en cuenta pacientes atendidos en la consulta rinológica, la frecuencia esperada es de 1,5% y el límite de confianza del 5%, con esos datos se obtuvieron un resultado de 91 pacientes, por lo que se aplicaron 100 cuestionarios.

9.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con esta técnica de recolección de datos da lugar a establecer contacto con unidades de observación por medio de los cuestionarios previamente establecidos(24). Entre las modalidades de cuestionario podemos destacar: cuestionario estructurado, cerrado y escrito

9.4.1. Cuestionario estructurado. Son para investigaciones descriptivas, analizados con técnicas cuantitativas, mediante técnica de muestreo.

9.4.2. Cuestionario escrito. Conjunto de preguntas utilizadas para la recopilación de información de una persona mediante la escritura en material común como lápiz y papel.

9.4.3. Cuestionario cerrado. Son estructurados, que ofrecen determinadas alternativas de respuesta, fácil de codificar y contestar

El cuestionario usado es de tipo estructurado mediante selección múltiple, tiene sexo y edad como variables, además de 4 preguntas de las cuales la pregunta 2 tiene 4 sub-preguntas, las preguntas son cerradas y de selección múltiple. Las dos primeras preguntas son positivas, la respuesta positiva a las 3 primeras preguntas ya nos da positividad para trastorno dismórfico corporal y la última pregunta se utilizó para diagnosticar los trastornos alimenticios.

Para la validación se calificó de 0-4 puntos, es así que si la respuesta es positiva se debe pasar a la siguiente pregunta, la primera pregunta tiene un valor asignado de 1 punto, cualquier respuesta positiva a las sub-preguntas tiene una puntuación de 3 y la positividad para la pregunta 3 tiene una puntuación de 4 puntos, se descarta el test si hay positividad para la pregunta 4. Si la puntuación sumativa es mayor a 4 puntos es positivo para el Trastorno dismórfico corporal. (Anexo 2)

Este cuestionario fue usado inicialmente en Suecia ante la sospecha de pacientes con trastorno dismórfico corporal, fue validado por K. A. Phillips el año 2013 en base a él DSM-IV con una sensibilidad de 100% y especificidad de 89%, posteriormente fue traducido al inglés por Brohede S y Wijma K, utilizando los criterios del DSM-IV para lo cual se requirió 3 rondas de traducción. Para ser usado en este trabajo fue traducido al español por mi persona. (23) (cuadro 1), (Anexo 1)

9.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. Se tomarán en cuenta:

Pacientes que acudan a la consulta de rinológica en Hospital Otorrino Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud en la ciudad de La Paz.

Los pacientes estarán comprendidos entre los 18 a 45 años de edad.

Se tomará en cuenta ambos géneros.

Solo serán encuestados los pacientes que lo consientan.

9.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. Serán excluidos:

Todos los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad psiquiátrica diferente a la que se busca diagnosticar.

Pacientes diagnosticados de algún trastorno alimenticio, como ser bulimia o anorexia

Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

9.6. VARIABLES

CUADRO 3. VARIABLES DE FRECUENCIA DE TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL.

VARIABLE	TIPO	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	INDICADORES
Sexo	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Frecuencia relativa porcentual
Edad	Cualitativa ordinal	18-25 26-30 31-45	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Frecuencia relativa porcentual
Preocupación por el aspecto físico	Cualitativa nominal	Si No	La aparición física de una persona es cómo la ven y perciben otros individuos. Es una de los componentes principales de la comunicación no verbal.	Frecuencia relativa porcentual

Desea no pensar en el aspecto físico	Cualitativa nominal	Si No	La apariciencia física de una persona es cómo la ven y perciben otros individuos. Es una de los componentes principales de la comunicación no verbal.	Frecuencia relativa porcentual
El defecto que tiene le causa mucho de sufrimiento, tormento o dolor	Cualitativa nominal	Si No	Defecto es la imperfección o falta que tiene alguien o algo en alguna parte o de una cualidad o característica.	Frecuencia relativa porcentual
El defecto le causa problemas en su Vida social, Escuela, Trabajo u Otros.	Cualitativa nominal	Si No	Un problema es una circunstancia en la que se genera un obstáculo al curso normal de las cosas.	Frecuencia relativa porcentual
Tiempo que pasa pensando en su defecto	Cualitativa ordinal	Menos de una hora Más de una hora	El tiempo es el período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Frecuencia relativa porcentual

		Más de 3 horas		
preocupación por el peso	Cualitativa nominal	Si No	el peso es una medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto	Frecuencia relativa porcentual
Trastorno dismórfico corporal	Cualitativa nominal	Padece No padece	El TDC es una enfermedad psiquiátrica que se manifiesta como una gran preocupación por un defecto imaginario de la apariencia.	Frecuencia relativa porcentual

Fuente: Elaboración propia 2019

9.7. PLAN DE ANÁLISIS

Inicialmente se identificaron las características del Trastorno Dismórfico Corporal según el DSM 5, posteriormente se elaboró un cuestionario para el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal el cual está dirigido a pacientes pre quirúrgicos de la consulta rinológica del Hospital Otorrino Oftalmológico de La Paz, dichos pacientes oscilan entre los 18 a 45 años de edad, en el cuarto bimestre del año 2019. Con dichos resultados se determinó la frecuencia relativa porcentual de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal en el Hospital Otorrino-Oftalmológico en La Paz-Bolivia.

9.8. ASPECTOS ÉTICOS

No se tomaron en cuenta pacientes que no autoricen que se les encuesten, es decir, que se nieguen a firmar el consentimiento informado adjunto al cuestionario.

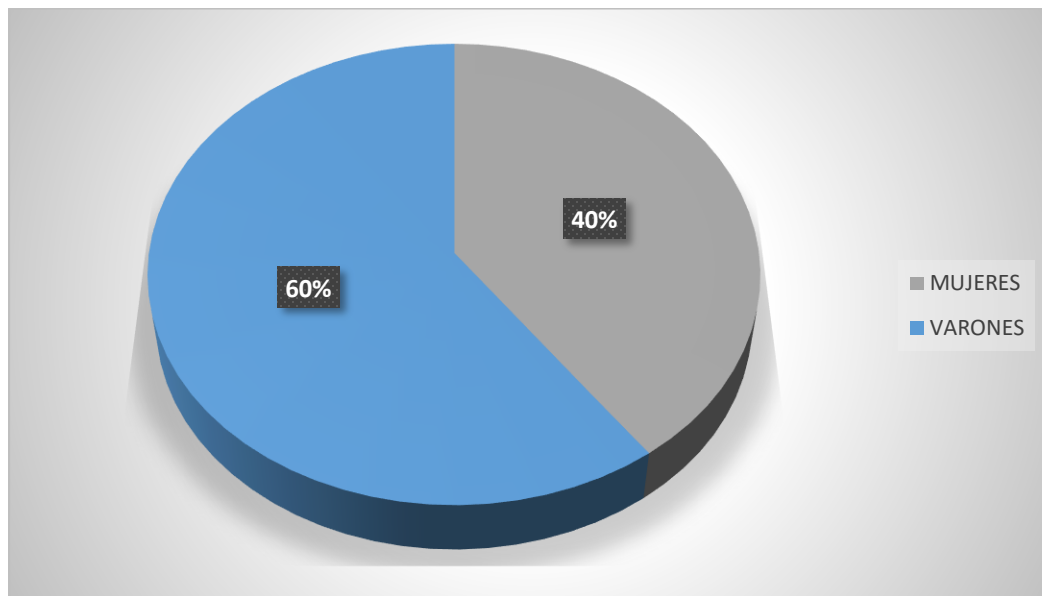
“Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes (hombres y mujeres) que se encuentren entre los 18 y 45 años de edad, pacientes que acudan por una rinoplastia estética o funcional al Hospital Otorrino- Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz para el diagnóstico de TDC (Trastorno Dismórfico Corporal).

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido satisfactoriamente, he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando yo lo decida sin que esto conlleve perjuicios para mi persona. Por lo que consiento voluntariamente a participar de esta investigación.”

X. RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario diagnóstico de TDC elaborado y aplicado el año 2013 en Rusia, y posteriormente en E.E.U.U. fue elaborado según los criterios diagnósticos del DSM 4.

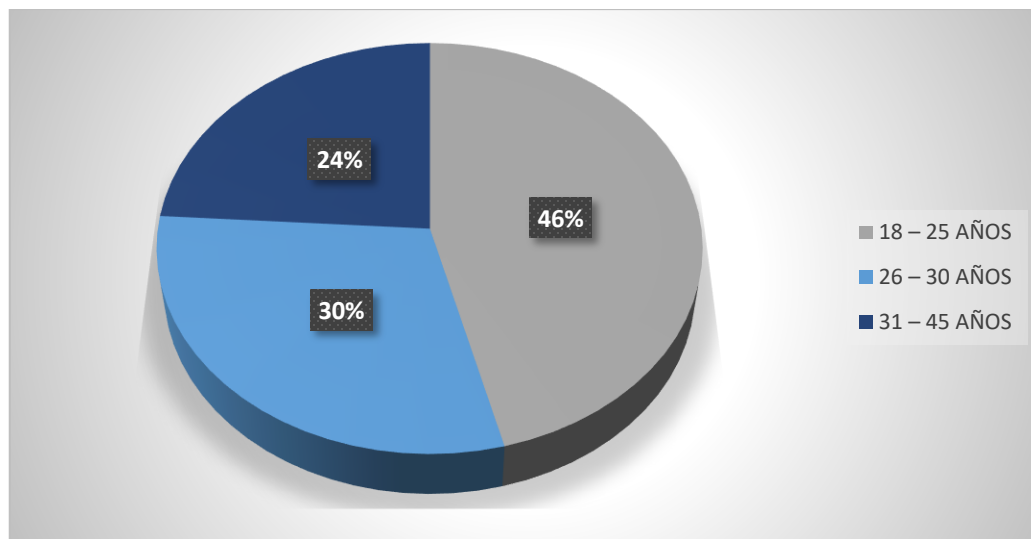
FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SEXO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

Se aplicó a 100 pacientes que oscilaban entre 18 a 45 años de edad, de ambos géneros. De los cuales 40 fueron mujeres y 60 varones.

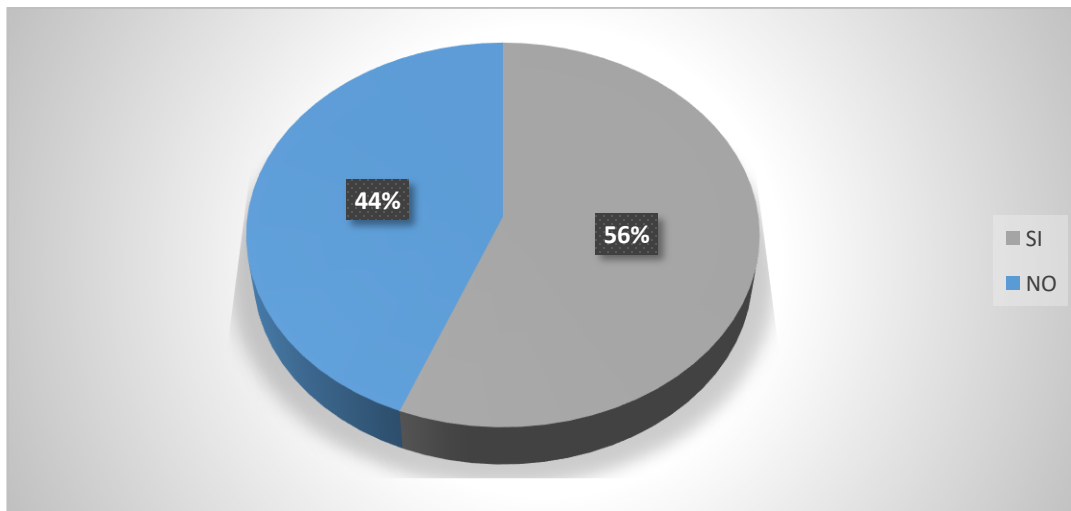
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR EDAD, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

Se tomo en cuenta la edad como variable de los cuales 46 pacientes oscilaba ente 18 – 25 años, 30 pacientes entre 26- 30 años y 24 pacientes entre 31 y 45 años de edad.

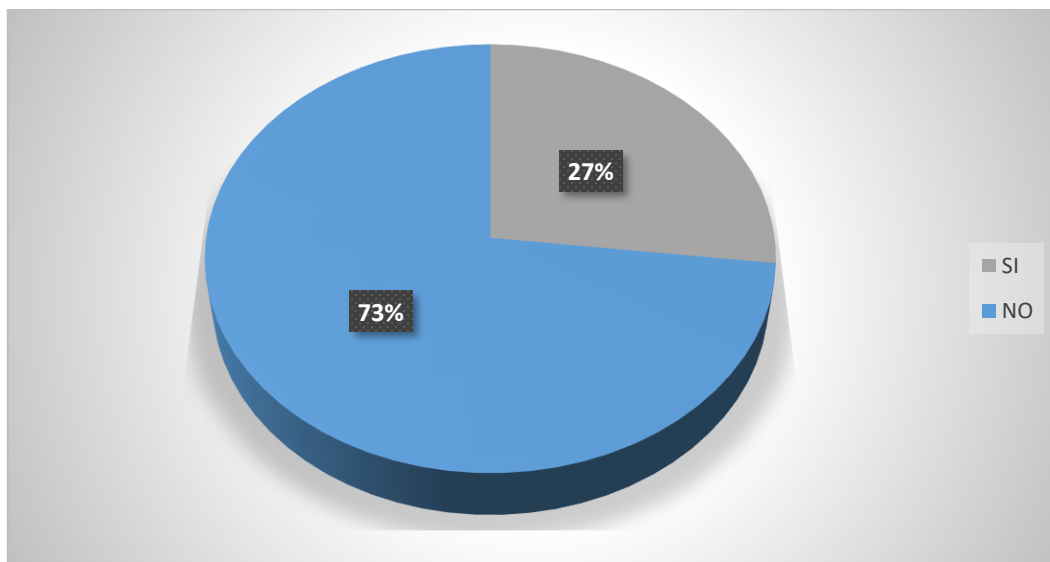
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

Se aplicaron preguntas del cuestionario de las cuales la primera es ¿Le preocupa el aspecto de algunas partes de su cuerpo que considere especialmente atractivo? De los cuales 56 pacientes dice que SI y 44 pacientes respondieron que NO

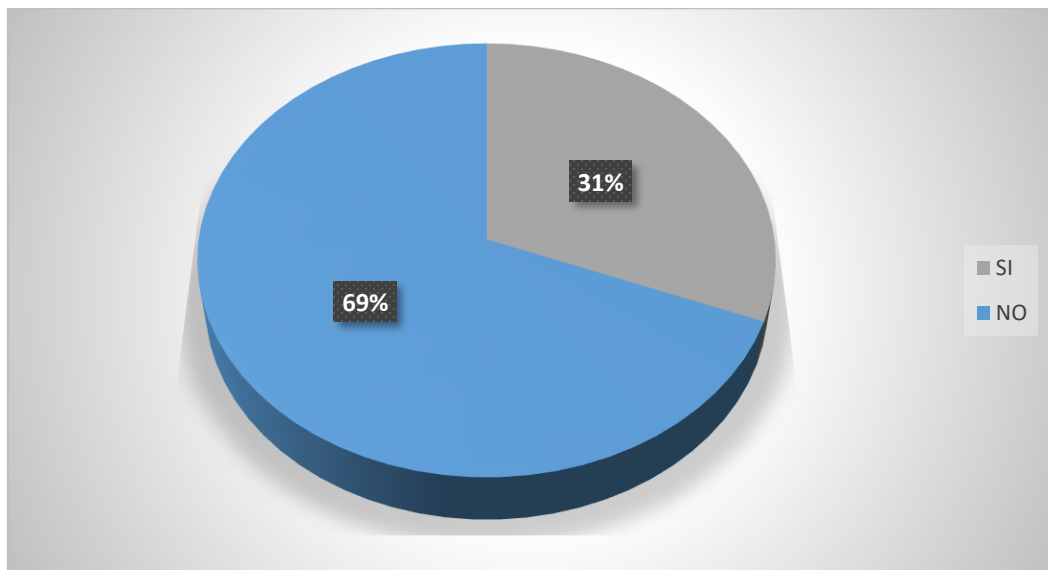
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA MUCHA PREOCUPACIÓN EL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La segunda pregunta es ¿Le preocupan estos problemas? ¿Es decir, piensa mucho y desea que usted pueda pensar menos acerca de ellos? Que tiene sub preguntas a su vez, la primera es ¿El defecto que tiene le causa mucho de sufrimiento, tormento o dolor? De los cuales 25 pacientes respondieron que si y 68 respondieron que no.

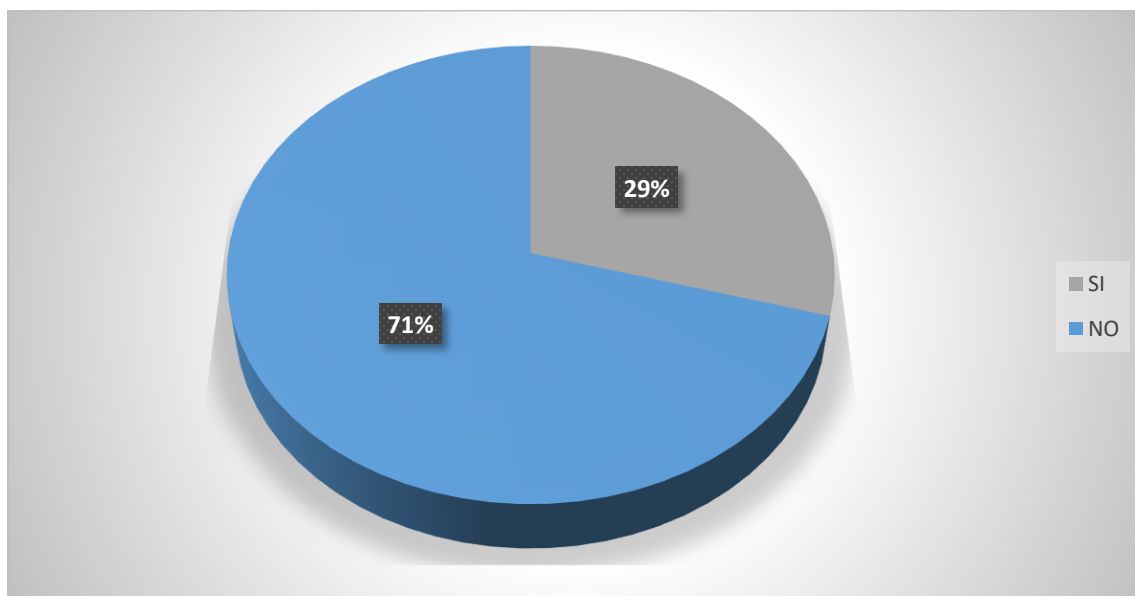
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La segunda subpregunta es si ¿El defecto que tiene le causa problemas en su vida social? De los cuales 27 pacientes respondieron que si y 60 pacientes respondieron que no.

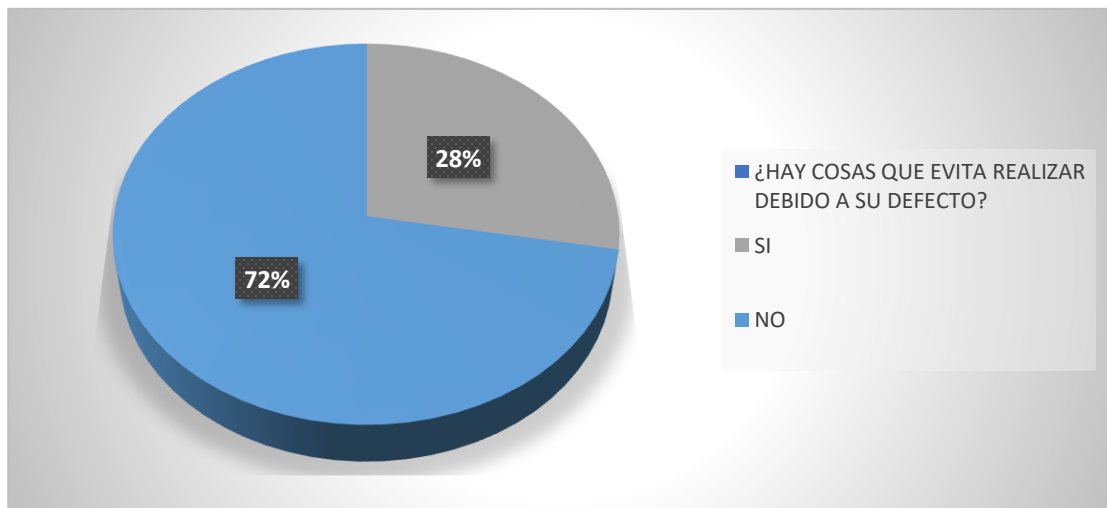
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, SU TRABAJO O SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN EL ROL QUE CUMPLE, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La tercera subpregunta es si ¿El defecto que tiene interfiere en la escuela, su trabajo o su capacidad para funcionar en el rol que cumple? de la cual 27 pacientes respondieron que si y 65 pacientes respondieron que no.

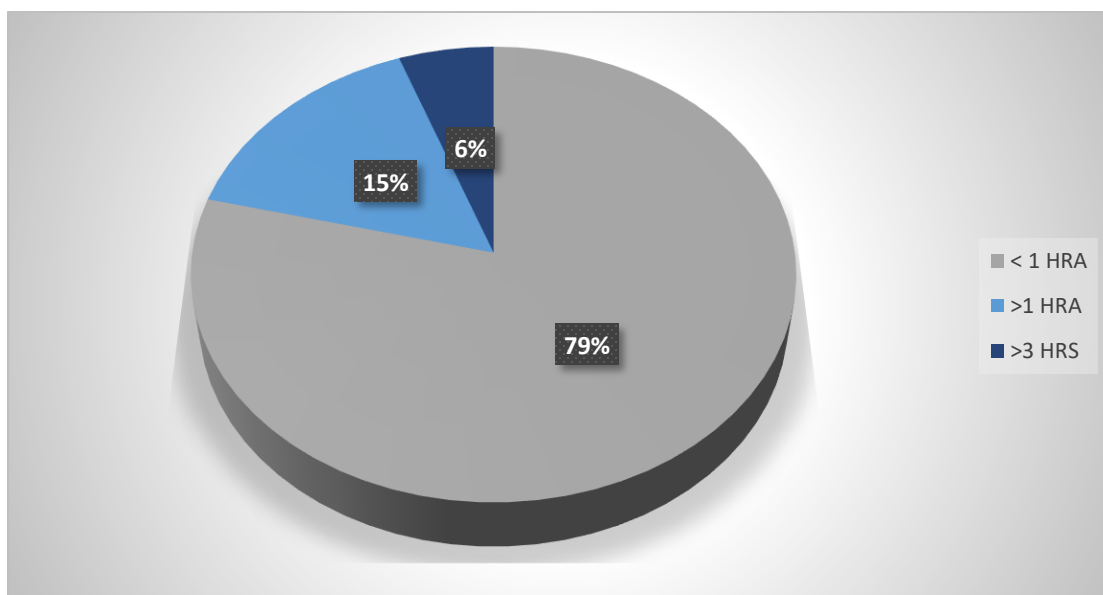
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO LE EVITA REALIZAR COSAS, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La cuarta subpregunta es si ¿hay cosas que evita realizar debido a su defecto? De la cual 25 pacientes respondieron que si y 65 respondieron que no

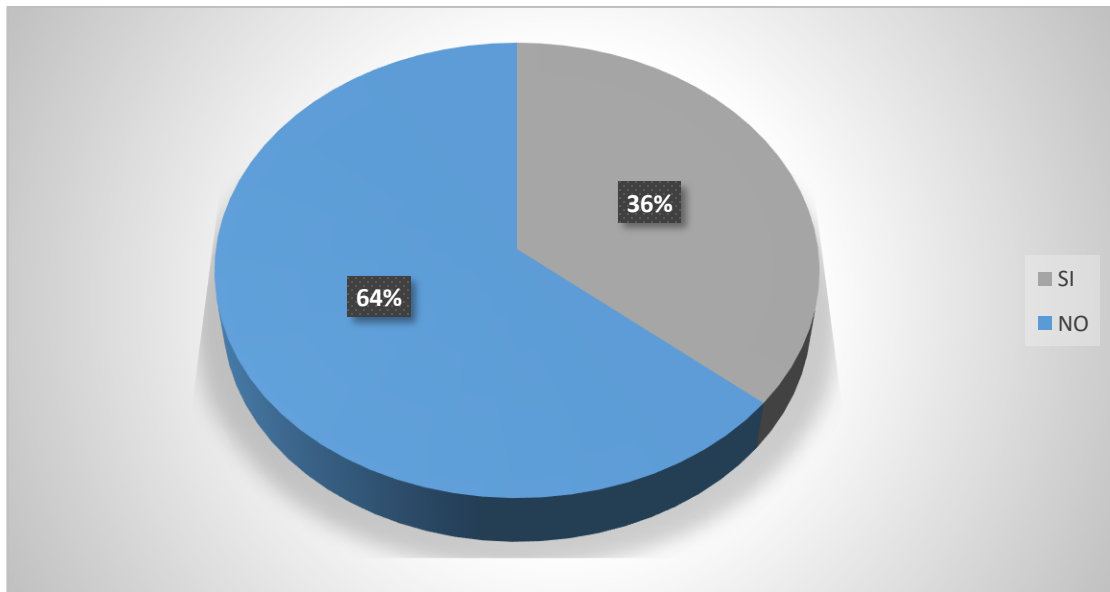
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO EN PROMEDIO POR DÍA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La tercera pregunta es ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su defecto (s) por día en promedio? De la cual 71 pacientes respondieron menos de 1 hora, 14 pacientes respondieron más de 1 hora y 5 pacientes respondieron que más de 3 hrs.

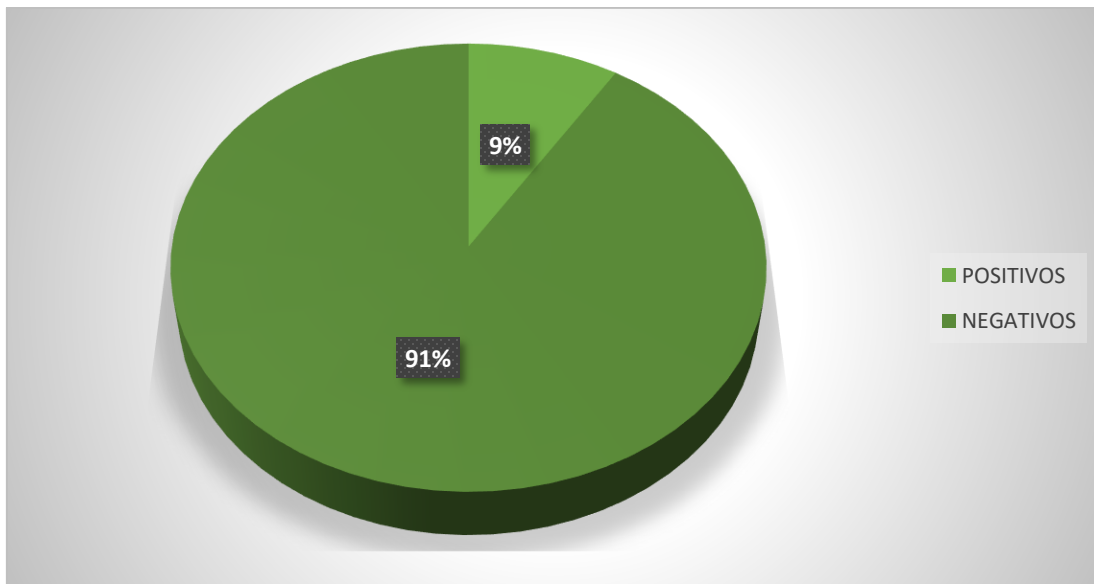
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR LA PREOCUPACIÓN DE NO ESTAR DELGADA O QUE LO INGERIDO SE CONVIERTA EN GRASA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

La cuarta pregunta es ¿en cuanto a su apariencia física, su principal preocupación es que no se encuentre lo suficientemente delgada o que se convierta en grasa? De la cual 31 pacientes respondieron que si y 55 respondieron que no.

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019



Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

El cuestionario aplicado tiene una forma de calificación para identificar a los pacientes con trastorno dismórfico corporal, si la primera pregunta responde que si se aplica 1 punto, si responde que si a cualquiera de las sub preguntas se aplican 2 puntos y si el tiempo en el que el paciente pasa viendo su defecto supera 1 hrs se aplican 4 puntos, sin embargo si la última pregunta responde que si, se descarta el trastorno dismórfico corporal porque se estaría pensando en un trastorno alimenticio. Si el test suma 4 o más puntos nos habla de trastorno dismórfico corporal.

Por lo expuesto anteriormente se rechaza la hipótesis nula, confirmando la hipótesis alterna, al contar con una prevalencia de 9% siendo que la esperada es del 1 al 2% se propone el cuestionario con preguntas de tamizaje para implementar a todos los pacientes en la primera consulta que acudan por

consulta rinológica al servicio de Otorrinolaringología de la Caja Nacional de Salud. (anexo 1).

XI. DISCUSIÓN

El trastorno dismórfico corporal es una patología psiquiátrica frecuente, en E.E.U.U. el 7 a 8% de la población acude para una cirugía estética y el 2% padece de trastorno dismórfico corporal (1, 13, 5). En Brasil, el TDC generalmente comienza en la adolescencia llegando a tener una prevalencia del 0,7 a 2,4%. (2)

Al no conocer la frecuencia del Trastorno dismórfico corporal en alguna región de nuestro país, Bolivia se aplicó un test con preguntas de tamizaje validado en estudios anteriores (2013) (23). Se aplicaron 100 test a los pacientes sin distinción de género de los cuales 40 son del sexo femenino y 60 del sexo masculino.

Los pacientes encuestados fueron de 18 a 45 años de edad, de los cuales 46 pacientes oscilaba ente 18 – 25 años, 30 pacientes entre 26- 30 años y 24 pacientes entre 31 y 45 años de edad, conociendo que según la bibliografía revisada el diagnostico de TDC debe realizarse a personas mayores de 18 años, y como la frecuencia es más alta en pacientes menores de 45 años, se tomó en cuenta ese rango de edad.

Al aplicar el cuestionario de tamizaje se evaluó las puntuaciones, si el cuestionario obtenía más de 4 puntos el paciente era positivo para trastorno dismórfico corporal, de los cuales 9 pacientes que equivalen al 9% cumplían la puntuación de calificación siendo positivos para TDC, siendo una prevalencia alta a la esperada ya que según la bibliografía se espera una frecuencia de 1 al 2 %.

En otros países se han descrito agresiones verbales, físicas y legales, contra médicos proveedores de tratamientos dermatológicos y de cirugía estética (9), si bien en el Hospital Otorrino Oftalmológico no se realizan cirugías estéticas muchos de los pacientes desconocen de esa reglamentación institucional, motivo por el cual acuden a la consulta rinológica.

Al obtener resultados con una prevalencia alta a la esperada nos hace pensar en que los médicos de esa institución son susceptibles a demandas medico legales de no hacerse un diagnostico adecuado en la primera consulta médica. Es así que se deben estudiar los motivos de los pacientes para realizarse una cirugía estética ya que puede haber un perjuicio al operar a este tipo de pacientes, considerando las posibles implicaciones médico-legales. (5)

Por todo lo mencionado es importante conocer sus antecedentes personales no patológicos ya que los pacientes que sufren TDC viven solos, o no pueden salir de casa, además las tasas de suicidio están entre las más altas de cualquier trastorno psiquiátrico, el 80% tiene ideación suicida. (2)

Al conocer estos datos es importante que los médicos conozcan la existencia de esta patología psiquiátrica, saber identificarla, diagnosticarla aplicando el test con preguntas de tamizaje y posteriormente derivarlos al servicio que corresponde ya que deben ser tratados adecuadamente para así prevenir demandas legales, amenazas de los pacientes hacia los médicos e incluso agresiones físicas.

Si el medico es sometido a un proceso penal, es sancionado por lesiones leves graves y gravísimas. Como también puede ser demandado por la vía civil en la cual debe resarcir el daño causado económicamente. Al realizar un diagnóstico previo se puede evitar todo un proceso y al mismo tiempo se puede dar el tratamiento oportuno al paciente eh ahí la importancia del cuestionario para TDC y su diagnóstico oportuno.

XII. CONCLUSIÓN

Se aplicó el test a 100 pacientes, de los cuales 60% de sexo masculino y 40% femenino; 46 pacientes oscilaba entre 18 – 25 años, 30 pacientes entre 26- 30 años y 24 pacientes entre 31 y 45 años de edad.

La prevalencia de pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal que acuden al Hospital Otorrino-Oftalmológico de la Caja Nacional de Salud en el cuarto bimestre del año 2019 de la ciudad de La Paz-Bolivia corresponde al 9%, siendo elevada a la esperada (2%), afirmando la hipótesis planteada en este trabajo, por lo que se demuestra la importancia del diagnóstico oportuno y la implementación del cuestionario en el Hospital Otorrino-oftalmológico para prevenir demandas legales hacia los médicos de dicha institución.

XIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda aplicar el cuestionario diagnóstico a todos los pacientes que acuden al Hospital Otorrino Oftalmológico por consulta rinológica en la primera consulta médica.
- Se recomienda transferir a pacientes con trastorno dismórfico corporal a interconsulta con el servicio de psiquiatría lo más antes posible.
- Se recomienda suspender o postergar cualquier procedimiento quirúrgico en pacientes con trastorno dismórfico corporal.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña P. Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 3. N° 1, 2016 – pag. 37-44
2. Marques L., Weingarden H., Leblanc N. The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011. Cap. 33, pag 238-244.
3. Arbinaga, J. Caracuel C. Aproximación a la Dismorfia Muscular, *C. Med. Psicosom*, N° 65 – 2003, pag 7-16.
4. Palomo T. Jiménez M. *Manual de Psiquiatría y Psicopatología*, Editorial médica Panamericana, S.A. Madrid, España. 2010. tercera edición. Páginas 242–247.
5. García D. Ojeda M. Trastorno dismórfico corporal, *Medicent Electrón.* 2014 jul.-sep.; pag. 18.
6. Danilla E., Calderón G., Cuevas P., Erazo C. Benítez S. Andrades C. Diferencias en calidad de vida asociado a la apariencia nasal en pacientes operados de rinoplastia comparado con grupo control: Validez del instrumento Rinoplastia evaluación. *Revista Chilena Cirugía.* 2014 Jun. Pag. 220-223.
7. Rochefort G. Berner J. Castillo P. Vidal P. Importancia de la detección del trastorno dismórfico corporal en la consulta de Cirugía Estética, *Cirugía plástica iberolatinoamerica.-Vol. 40 - N° 3, Septiembre 2014.* Pag. 253-259
8. Patterson WM, Bienvenu OJ, Chodyncki P, Janniger CK, Schwartz RA. Body dysmorphic disorder. *International Journal of Dermatology* 2001; 40: pag. 688-690.
9. Cruzado L., Vasquez E., Huavil J, Transtorno dismofico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso, *An Fac Med* 2010, Rev. 71, pag. 3-51
10. García A. Complicación psiquiátrica de una rinoplastia. *Revista colombiana psiquiatrica.* Diciembre 2009. Rev.38. pag. 793-801.
11. Matias Emmerich H, Erhard Emmerich L. Historia de la Rinoplastía Estética *History of esthetic rhinoplasty.* Sociedad Chilena de Otorrinolaringología. 2002. Pag 1-5.

12. Hauben D. Die Geschichte der Rhinoplastik. Laryngol Rhinol Otol 1983; Rev. 62: pag. 53-55.
13. Niño J. Complicación psiquiátrica de una rinoplastia, Revista Colombiana Psiquiatria.2009. vol. 38. Pag. 4
14. Jaramillo A. “Análisis doctrinal del homicidio culposo por mala práctica médica en el código orgánico integral penal ecuatoriano”, Universidad Internacional SEK, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Quito, Abril del 2015.
15. Iraola L. Gutiérrez H. Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. La presencia en el tema de la asociación médica argentina y sociedades médicas afines, Asesores Letrados MHN AMA, Comité Peritos AMA. 2003
16. Francisco J. Lesionología Medico-Legal, Capítulo 1. Aspecto Médico Legal de las lesiones evaluación de la gravedad. Argentina. Ediciones centro Norte. 2000. pag 217-230.
17. Barral R., Núñez de Arco J, Caballero D., Aspectos de Medicina legal en la práctica diaria. Cap. III, Edición OPS/OMS La Paz -Bolivia 2004, p.14-24.
18. Vera O. Aspectos Ético-Legales en el acto médico, Revista Médica La Paz, julio 2013. vol 19. Pag. 74-82.
19. Rabinovich R. Responsabilidad del médico, aspecto Civiles, Penales y Procesales. Buenos Aires – Argentina Editorial ASTREA, , 2009. Pág.9- 10, 43-45.
20. T. Erro Médico - À Luz da Jurisprudência Comentada Juruá Editorial Curitiba, segunda edición, 2004. Páginas111-120.
21. Código Penal y Código de Procedimiento Penal, Ministerio de Justicia, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Primera edición 2010, Editorial Jurídica TEMIS.
22. Código Civil Boliviano, Ministerio de justicia. Dirección general de asuntos jurídicos. Bolivia. 2010.
23. Brohede S. Wingren G. Wijma B. Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women, 2013, Psychiatry Research. Rev. 210. Pag. 647-652.
24. D Veale, Body dysmorphic disorder, Postgrado Medicina Journal 2004. Rev. 80. Pag. 67–71.

25. Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 (CNPV 2012), Instituto Nacional de Estadística, Estado Plurinacional de Bolivia, julio, 2013.
26. Centellas C. T. Capítulo III, Delitos contra la integridad corporal y la salud, Código Penal y Código de procedimiento Penal. Bolivia. Impresión propia. Octubre 2014.pag. 124-128.

ANEXOS

ANEXO 1

Scoring of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ).

BDDQ question	Answer ^a	BDDQ score ^b
1. Are you very concerned about the appearance of some part(s) of your body that you consider especially unattractive?	Yes	1
2. Do these concerns preoccupy you? That is, do you think about them a lot and wish you could think about them less?	Yes	2
3a. Has your defect(s) caused you a lot of distress, torment or pain?		
b. Has your defect(s) significantly interfered with your social life?		
c. Has your defect(s) significantly interfered with your school work, your job or your ability to function in your role?	Yes to at least one question	3
d. Are there things you avoid because of your defect(s)?		
4. How much time do you spend thinking about your defect(s) per day on average?	≥1 h	4
5. Is your main concern with your appearance that you aren't thin enough or that you might become fat?	Yes=excluded	

^a Only if the answer is "yes", the subsequent question is asked.

^b Cumulative scoring. Four points are considered a positive BDD-screening according to the BDDQ.

Fuente: Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 15;210(2):647-52.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes (hombres y mujeres) que se encuentren entre los 18 y 45 años de edad, pacientes que acudan a la consulta rinológica en Hospital Otorrino Oftalmológico de la ciudad de La Paz, para el diagnóstico de TDC (Trastorno Dismorfo Corporal).

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido satisfactoriamente, he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando yo lo decida sin que esto conlleve perjuicios para mi persona. Por lo que consiento voluntariamente a participar de esta investigación.

.....

Firma del encuestado

INSTRUCCIONES: lea atentamente las siguientes preguntas y subraye la respuesta que usted considere. **SOLO SI LA RESPUESTA ES POSITIVA PASAR A RESPONDER LA SIGUIENTE PREGUNTA.**

Sexo: M F **Edad:** 18-25 26-30 31-45
Fecha:...../...../19

1. ¿Le preocupa el aspecto de algunas partes de su cuerpo que considere especialmente atractivo?
 - a. SI
 - b. NO
2. ¿Le preocupan estos problemas? ¿Es decir, piensa mucho y desea que usted pueda pensar menos acerca de ellos?
 - a. ¿El defecto que tiene le causa mucho de sufrimiento, tormento o dolor?
 - i. SI
 - ii. NO
 - b. ¿El defecto que tiene le causa problemas en su vida social?
 - i. SI
 - ii. NO
 - c. ¿El defecto que tiene interfiere en la escuela, su trabajo o su capacidad para funcionar en el rol que cumple?
 - i. SI
 - ii. NO
 - d. ¿Hay cosas que evita realizar debido a su defecto?
 - i. SI
 - ii. NO
3. ¿Cuánto tiempo pasa pensando en su defecto (s) por día en promedio?
 - a. Menos de 1 hrs
 - b. Más de 1 hrs
 - c. Más de 3 hrs
4. ¿en cuanto a su apariencia física, su principal preocupación es que no se encuentre lo suficientemente delgada o que lo que coma se convierta en grasa?
 - a. SI
 - b. NO

ANEXO 3

RESULTADOS

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SEXO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

SEXO DE PACIENTES		
MUJERES	40	40%
VARONES	60	60%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR EDAD, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

EDAD DE PACIENTES ENCUESTADOS		
18 – 25 AÑOS	46	46%
26 – 30 AÑOS	30	30 %
31 – 45 AÑOS	24	24%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019 ¿LE PREOCUPA EL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO QUE CONSIDERE ESPECIALMENTE ATRACTIVO?

¿LE PREOCUPA EL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO QUE USTED CONSIDERE IMPORTANTES?		
SI	56	56%
NO	44	44%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA MUCHO SUFRIMIENTO PREOCUPACIÓN DEL ASPECTO DE ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA MUCHO DE SUFRIMIENTO, TORMENTO O DOLOR?		
SI	25	27%
NO	68	73%
TOTAL	93	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL?		
SI	27	31%
NO	60	69%
TOTAL	87	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, SU TRABAJO O SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN EL ROL QUE CUMPLE, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, SU TRABAJO O SU CAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN EL ROL QUE CUMPLE?		
SI	27	29%
NO	65	71%
TOTAL	92	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR SI EL DEFECTO LE EVITA REALIZAR COSAS, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿HAY COSAS QUE EVITA REALIZAR DEBIDO A SU DEFECTO?		
SI	25	28%
NO	65	72%
TOTAL	90	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 11. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO EN PROMEDIO POR DÍA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿CUÁNTO TIEMPO PASA PENSANDO EN SU DEFECTO (S) POR DÍA EN PROMEDIO?		
< 1 HRA	71	79%
>1 HRA	14	15%
>3 HRS	5	6%
TOTAL	90	100%

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA ENCUESTADOS POR LA PREOCUPACIÓN DE NO ESTAR DELGADA O QUE LO INGERIDO SE CONVIERTA EN GRASA, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

¿EN CUANTO A SU APARIENCIA FÍSICA, SU PRINCIPAL PREOCUPACIÓN ES QUE NO SE ENCUENTRE LO SUFICIENTEMENTE DELGADA O QUE LO QUE COMA SE CONVIERTA EN GRASA?

SI	31
NO	55
TOTAL	86

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 13. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

PACIENTES CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL			
POSITIVOS	9	9%	7 PUNTOS
			7 PUNTOS
			8 PUNTOS
			8 PUNTOS
			4 PUNTOS
			4 PUNTOS
			8 PUNTOS
			8 PUNTOS
			4 PUNTOS
NEGATIVOS	91	91%	
TOTAL	100	100%	

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 14. RELACIÓN SEXO, PREOCUPACIÓN DE PARTES DEL CUERPO DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		PREOCUPACIÓN DE PARTES DEL CUERPO?		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	16	24	40
	VARON	40	20	60
TOTAL		56	44	100

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 15. RELACIÓN SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA ALGÚN SUFRIMIENTO O DOLOR DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		EL DEFECTO LE CAUSA SUFRIMIENTO O DOLOR?		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	20	20	40
	VARON	5	55	60
TOTAL		25	75	100

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 16. RELACIÓN DE SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		EL DEFECTO QUE TIENE LE CAUSA PROBLEMAS EN SU VIDA SOCIAL?		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	0	30	30
	VARÓN	26	30	56
TOTAL		26	60	86

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO. 17 RELACIÓN DE SEXO Y SI EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, TRABAJO O CAPACIDAD PARA FUNCIONAMIENTO EN SU ROL DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		EL DEFECTO QUE TIENE INTERFIERE EN LA ESCUELA, TRABAJO O CAPACIDAD PARA FUNCIONAMIENTO EN SU ROL		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	27	5	32
	VARON	0	60	60
TOTAL		27	65	92

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 18. RELACIÓN DE SEXO Y SI EL PACIENTE EVITA REALIZAR COSAS POR SU DEFECTO DE PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		HAY COSAS QUE EVITA REALIZAR DEBIDO A SU DEFECTO		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	0	31	31
	VARON	25	34	59
TOTAL		25	65	90

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 19. RELACIÓN DE SEXO CON EL TIEMPO QUE PASA PENSANDO EN SU DEFECTO POR DÍA EN PROMEDIO EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO-CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		¿CUÁNTO TIEMPO PASA PENSANDO EN SU DEFECTO POR DÍA EN PROMEDIO?			TOTAL
		< 1 HRA	> 1 HRA	>3 HRS	
SEXO	MUJER	27	4	0	31
	VARON	44	10	5	59
TOTAL		71	14	5	90

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019

CUADRO 20. RELACIÓN DE SEXO Y SI SU APARIENCIA FÍSICA Y LA PREOCUPACIÓN DE NO ENCONTRARSE LO SUFICIENTEMENTE DELGADO O ENGORDAR EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS EN CONSULTA RINOLÓGICA CON TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, HOSPITAL OTORRINO-OFTALMOLÓGICO- CAJA NACIONAL DE SALUD, 2019

		¿EN CUANTO A SU APARIENCIA FÍSICA, SU PRINCIPAL PREOCUPACIÓN ES QUE NO SE ENCUENTRE LO SUFICIENTE DELGADA O ENGORDAR?		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	MUJER	30	0	30
	VARON	1	55	56
TOTAL		31	55	86

Fuente: Cuestionario, Hospital Otorrino-oftalmológico, CNS, La Paz, 2019