

# Medicina estética y psiquiatría: puntos de encuentro

Rondón, R.D.

## RESUMEN

Existen múltiples puntos de encuentro entre la medicina estética y la psiquiatría, siendo un elemento importante el concepto de imagen corporal y su relación con factores psicosociales, familiares, culturales. Se aportan datos estadísticos sobre las principales patologías médico-psiquiátricas relacionadas con la estética, en el cual destaca el Trastorno Dismórfico Corporal como psicopatología a tener en cuenta en las consultas de medicina y cirugía estética. Se dan recomendaciones sobre cómo detectar estos trastornos y se orienta a tener un concepto más global y saludable de la belleza.

## SUMMARY

There are many points of contact between aesthetic medicine and psychiatry are brought up, including the relationship between the concept of body image and psychosocial, cultural and familial factors. Statistical data on major psychiatric and medical conditions related with aesthetics are provided, highlighting the Body Dysmorphic Disorder as a psychopathology to be considered in both medical and cosmetic surgery consultations. Recommendations are given on how to detect these disorders and on how to promote a healthy global concept of beauty.

## PALABRAS CLAVE

Medicina Estética, Psiquiatría, Imagen Corporal, Trastorno Dismórfico Corporal

## KEY WORDS

Aesthetic Medicine, Psychiatry, Body image, Body Dysmorphic Disorder

## Dr. Rondón, R.D.

Psiquiatra. Master en Medicina Estética.  
SANILINE, Medicina Estética & Antiaging.

## INTRODUCCIÓN

En julio del año 2011 salió publicada una noticia en diversos medios de comunicación internacional: "Bisabuela de 83 años se operó los pechos para lucir más joven". Esta mujer fue noticia en EEUU por someterse a una cirugía estética de mamas para que sus hijos se sintieran "orgullosos" de su aspecto. Lo más interesante es que la anciana declaró en una entrevista que decidió pasar por el quirófano cansada de que sus "pechos fueran en una dirección" y su cerebro "en la otra"(1). Este caso nos permite ejemplificar lo que sería un punto de encuentro entre estas dos áreas de la medicina. Una persona que no se siente bien con su aspecto físico, lo cual le genera insatisfacción, su cuerpo no está en sintonía con su mente y emociones, motivándola a buscar una solución. Los medios de comunicación masivos, la publicidad y el canon de belleza establecido como el adecuado para determinado momento y cultura, han contribuido en el fomento y desarrollo de algunas de estas conductas. Ejemplos representativo son la anorexia o las personas con una necesidad continua de operarse con la meta de ser igual a algún artista famoso o madres adictas a la cirugía que inyectan botox a hijas de 8 años y las inscriben en concursos de belleza infantil. Estos serían el extremo de la psicopatología de la belleza, sin embargo es importante reconocer que existen muchos casos como por ejemplo el acné, cicatrices, envejecimiento y asimetrías faciales, entre otros, donde los tratamientos de estética están indicados y repercuten positivamente en el autoestima y otras áreas de la vida. El abordaje de cómo la medicina estética puede ser beneficiosa para la salud mental será objeto de una revisión detallada y profunda en un estudio posterior. Conociendo los perfiles de las personas que solicitan tratamientos de estética, sabremos los motivos reales, sus expectativas con los resultados del tratamiento y si están ajustados o no con la realidad. Una vez esclarecidas estas dudas el profesional podrá tomar una decisión adecuada, oportuna y ética.

## BELLEZA Y PSIQUIATRÍA

La apariencia física, imagen corporal y psicopatología están estrechamente relacionadas, desde grados leves de malestar psicológico hasta trastornos neuróticos, psicóticos y de la personalidad severos. A través de diversos estudios se ha constatado la asociación de alteraciones a nivel emocional y mental con la presencia de patologías estéticas. En la mayoría de los casos, es difícil establecer cuál de los dos aspectos se instauró inicialmente, la enfermedad mental o la corporal (7,8,9,10).

Las defensas contra la inseguridad del cuerpo se manifiestan de diversas formas, una manera es minimizar su misma existencia, prestándole poca atención y dando poca importancia a sensaciones y sentimientos del cuerpo. Otras personas recurren a la cirugía, el ejercicio o a programas de cosmética plástica. Por otra parte, muchos individuos intentan superar su inseguridad corporal con el uso de tatuajes o ropas especiales. Finalmente, hay quien encuentra una relación entre la expresión artística y el intento por superar sentimientos de inferioridad corporal. El descontento con la imagen corporal puede generar daños en la autoestima, problemas interpersonales de ansiedad y dificultad para la interacción social o en las relaciones sexuales, problemas depresivos, que a su vez son los causantes de rechazo a la propia apariencia, creándose pensamientos de desesperanza y de autocrítica. También están relacionados con desordenes de la alimentación que degeneran en anorexia nervosa o en la bulimia.

### 1. APARIENCIA FÍSICA E IMAGEN CORPORAL

Dos conceptos importantes que están muy relacionados con las personas que solicitan tratamientos de estética son el de la apariencia física e imagen corporal. La apariencia física es un potente factor determinante de la percepción de las personas como fuente de información para guiar la interacción social (7). Es producto de la internalización de pautas culturales de belleza, las cuales pueden variar según la cultura, pero hay características generales relacionadas con la teoría sociobiológica, donde los atributos físicos estarían relacionados con la capacidad reproductora del sexo opuesto. Las mujeres se consideran más atractivas cuando tienen atributos relacionados con la fertilidad y la juventud, y los hombres, características de dominancia, fuerza y alto status social.

Estudios sobre este tema han encontrado que las personas físicamente atractivas son consideradas con mayor ventaja y facilidad en los siguientes aspectos: ser elegidas como parejas, habilidades y destreza social, adaptación a nuevas situaciones, atracción, logro de metas, competencia y mejor impresión inicial. Además son percibidos como menos propensos a desarrollar enfermedades mentales y tener relaciones más satisfactorias en el plano romántico. Lo anteriormente expuesto se basa en la premisa heurística "todo lo bello es bueno". (8)

El atractivo físico es fuente de grandes influencias sociales. Así se ha comprobado que, en casos de acoso sexual, los jurados de EEUU tienden a ser más severos cuando el culpado es un hombre que posee características consideradas atractivas físicamente y la víctima carece de ellas, que cuando la situación es a la inversa. Se cree que esto se debe a que muchos sujetos tienen expectativas más elevadas para las personas atractivas, por lo que tienden a sentirse más defraudados cuando éstas actúan de un modo incorrecto(8).

También ha sido objeto de estudio la autopercepción del atractivo físico y la comparación del ideal de belleza con estándares relacionados a la identidad racial. Se ha observado que compararse con ideales muy elevados puede ser devastador ya que puede llevar a sentimientos de poca valía personal y desarrollo de trastornos alimenticios, además es muy importante que el ideal de belleza que tenga una persona se relacione con un nivel de belleza que corresponda al grupo étnico al cual se pertenece, para así evitar una comparación poco realista del sujeto (8).

La imagen corporal, se refiere a la autopercepción de las cualidades y atributos físicos que se tienen de uno mismo. De acuerdo a las teorías de la autodiscrepancia la insatisfacción física refleja el estado de discrepancia entre los atributos físicos autopercebidos y los estándares sociales internalizados. Numerosos investigadores afirman que la imagen corporal tiene varias dimensiones, por ejemplo, Thompson (1990) propone que comprende tres componentes principales: el primero es perceptual, el cual refleja la estimación de la persona sobre la forma y tamaño de su cuerpo. El segundo es subjetivo y corresponde a las actitudes del individuo hacia su cuerpo. El tercer componente es conductual, referido al grado en que las conductas de la persona están afectadas por las percepciones, pensamientos y sentimientos que tiene sobre su cuerpo (5).

Además se plantean que existen varias fuentes que influyen sobre la imagen corporal. Las influencias en el desarrollo, que se enfocan en la contribución de las experiencias vividas en la niñez y la adolescencia en la imagen corporal del adulto, por ejemplo, experiencias sobre burlas relacionadas con algún aspecto físico. Las influencias socioculturales, que enfatizan la interacción de los medios de comunicación masivos y el ideal cultural de belleza (que con frecuencia muestran modelos irreales, exagerados o inalcanzables) y que generan discrepancia con la imagen corporal que se posee, resultando en un incremento de la insatisfacción y frustración. Así, no es sorprendente que se crea que los estándares sociales y culturales de belleza promocionados por los medios publicitarios influyan directamente en el incremento de la demanda de tratamientos de estética.

Otras investigaciones más recientes han estudiado la relación entre la imagen corporal y la autoestima. Cash (3) propuso un modelo cognitivo-conductual de la relación entre la imagen corporal y la autoestima. La teoría de los auto-esquemas propone que las personas tienen estructuras o esquemas cognitivos derivados de experiencias pasadas; estas experiencias pueden existir para una variedad de dominios, incluyendo la apariencia física o la imagen corporal. Estímulos ambientales de cualquier tipo podrían activar estos esquemas relacionados con la apariencia e imagen corporal, lo que a su vez influiría en el afecto y la conducta.

De acuerdo a esta teoría, en las personas con estos esquemas la autoestima está estrechamente ligada con la auto-percepción de la apariencia física.

Se ha propuesto que el componente subjetivo de la imagen corporal tiene dos dimensiones: el valor o valía, que representa la importancia o atención dada al cuerpo; y la valoración, que corresponde a los elementos afectivos de la imagen corporal. Los individuos que otorgan un alto valor a la imagen corporal, basan en gran parte su autoestima en este aspecto. En contraste, las personas que dan un valor bajo a la imagen corporal, no son dependientes de apariencia física y no apoyan su autoestima en este componente, pudiendo ser poco concientes de los temas relacionados con el aspecto físico. La imagen corporal también tiene una valoración, con la cual el individuo a través de su cogniciones y emociones puede deducir si está o no satisfecho con su aspecto físico.

La insatisfacción con la imagen corporal es tan frecuente que ha sido descrita con una "insatisfacción normativa" (48). Por ahora no se ha definido un punto de corte entre la "insatisfacción normativa" y "insatisfacción patológica"; sin embargo, actualmente se considera que el grado de insatisfacción con la imagen corporal sirve como un componente motivacional para solicitar tratamientos de estética (5).

## TRASTORNOS MENTALES CON ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

### 1. ANOREXIA

La complejidad de estos trastornos, y más concretamente de la anorexia nerviosa, ha requerido que la explicación de su origen y de su mantenimiento, se adecue más a un enfoque multidimensional. Elementos genéticos, familiares, socioculturales, biológicos, etc., interactúan de una forma compleja provocando la instauración de estos desórdenes. Actualmente se intenta descubrir cuáles son las relaciones entre los diversos factores y su peso en la patogénesis. Papel crucial se ha adjudicado dentro de los factores predisponentes, a los socioculturales, llegándose a afirmar en este sentido que los factores socioculturales constituyen los hechos más significativos y eficaces en cuanto a la disposición al trastorno anoréxico y su facilitación concreta.

El número de páginas web con contenidos que hacen apología de la anorexia y la bulimia ha crecido un 470% desde el año 2006, según un informe de la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) y la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), que alerta sobre el peligro de estos sitios. En un buscador de Internet como Google aparecen alrededor de 500.000 páginas pro anorexia y pro bulimia en menos de un segundo, siendo el 75% de personas que las consultan menores de edad. La apología de la anorexia y la bulimia está proliferando considerablemente a través de las redes sociales como Facebook, Twitter, Hi5 o Tuenti. (11). El 6% de las chicas jóvenes y adolescentes de 12 a 24 años sufre un trastorno de la conducta alimentaria y el 11% está en alto riesgo de sufrirlo. Hace seis años, la incidencia se situaba en torno al 4%-5%. Entre las personas enfermas, entre el 75% y el 80% se cura con un tratamiento médico adecuado y la enfermedad no se hace crónica, pero hay un 10% de los casos en los que la persona tiene un alto riesgo de complicaciones y trastornos funcionales derivados de su estado de inanición (11). Es un problema bastante grave, complejo y cada vez más frecuente. Se observa a supermodelos en todas las revistas populares cada vez más delgadas. Las agencias de modelos parecen preferir un perfil de mujer muy delgada. El peso medio de las mujeres modelo es hasta un 25% menor al de la mujer normal y es entre 15-20% menor a lo considerado saludable para su edad y altura. Algunas modelos se realizan operaciones de cirugía estética, algunas han moldeado su cuerpo a fin de conseguir más fotogenia y las fotos son retocadas antes de ser impresas. Esos tipos de cuerpos e imágenes están lejos de ser la norma y obtenibles para la media de individuos. Además de los medios, parte de los problemas de nuestra sociedad son el resultado de un vacío de educación.

### 2. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia es una alteración de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y preocupación exagerada por el control del peso, lo que lleva a la persona a adoptar medidas extremas para compensar los efectos de los atracones. A diferencia de las personas que padecen anorexia nerviosa, cuya enfermedad se hace evidente en su aspecto físico, las personas con bulimia suelen pedir ayuda varios años después de padecerlo. A veces son los familiares que las llevan a consulta, después de haberlas descubierto vomitando o ingiriendo laxantes. A veces es el odontólogo quien diagnostica la enfermedad al ver el deterioro en el esmalte dental. Generalmente son pacientes de mayor edad que las anoréxicas.

La bulimia nerviosa afecta un 2-3 % de la población general. Estimaciones de la prevalencia de bulimia nerviosa entre mujeres jóvenes varían de 4-10%. La relación entre mujeres/ hombres es de 9:1, con una incidencia de 1-3% entre mujeres y adultos jóvenes en general. La mortalidad también es menor, sobre el 5% y suele ser por suicidio debido a la depresión y ansiedad que sufren por su patología (12).

### 3. VIGOREXIA

Es un término relativamente reciente acuñado por el psiquiatra Harrison G Pope y lo utilizó para designar una muestra de sujetos que se caracterizaban por una obsesión con la musculatura que les impedía verse como eran realmente, sintiéndose débiles, enclenques y carentes de atractivo físico. Se ha denominado también anorexia inversa, complejo de Adonis y dismorfia muscular, pero aún no está incluido dentro de las clasificaciones diagnósticas. Aunque que hay hipótesis biológicas para estos trastornos, como por ejemplo, eventuales alteraciones en el equilibrio de los niveles de serotonina y otros neurotransmisores cerebrales, no cabe duda de que los factores socio-culturales y educativos tienen una gran influencia en su incidencia.

Se caracteriza por una alteración de la imagen corporal por la cual las personas se creen más débiles y pesadas de lo que son. Consiste en una preocupación excesiva por la propia musculatura por lo que pasan horas realizando ejercicio ( más de 3-4 horas/día se considera excesivo) y abandonan sus obligaciones. Se puede considerar una variedad de la alteración dismórfica centrada en la musculatura global. No se dispone de datos fiables sobre su prevalencia ya que se considera que está infradiagnóstica e infravalorada. Según estudios realizados en Estados Unidos y Europa habría un aumento progresivo de este trastorno alcanzando una prevalencia de un 10% de los hombres que acuden al gimnasio. En España los datos señalan que uno 20.000 pacientes se encuentran afectados. No todos los culturistas lo padecen ni es exclusivo de los hombres aunque su prevalencia es mayor. Se observa con mayor frecuencia en varones adolescentes y en adultos jóvenes entre los 15 y 30 años. La edad promedio de comienzo del cuadro es alrededor de los 19 años (13). Los pacientes con Vigorexia comparten con los portadores de Dismorfia Corporal y Anorexia los mismos pensamientos obsesivos, y todos ellos ejecutan algunos rituales repetitivos delante del espejo, lo cual siempre les muestra su imagen distorsionada. El problema se agrava cuando se toman sustancias artificiales para mejorar el entrenamiento. Los esteroides y anabolizantes favorecen la formación de masa muscular pero sus riesgos son muchos: Más posibilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones eréctiles, disminución del tamaño de los testículos, mayor propensión al cáncer de próstata. Pero la vigorexia causa otros problemas físicos e incluso estéticos: desproporción entre cuerpo y cabeza, problemas óseos y articulares debido al peso extra que tiene que soportar el esqueleto, falta de agilidad, acortamiento de músculos y tendones. La dieta que siguen es muy poco equilibrada y saludable: eliminación de grasas y consumo desmedido de proteínas, lo que obliga al hígado a trabajar exageradamente.

### 4. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (TDC)

Es uno de los trastornos que más se han asociado a la demanda de tratamiento de estética, de ahí la importancia de su detección antes que los pacientes se sometan a estos procedimientos, en especial si el profesional carece de experiencia (14).

Consiste en una preocupación excesiva por un defecto físico inexistente o la sobrevaloración patológica de un pequeño defecto real, habiendo recibido diversas acepciones a lo largo de la historia: dismorfofobia, hipocondriasis estética, hipocondría de la belleza, pacientes dermatológicos sin enfermedad dermatológica (15). Los pacientes pueden presentarse con síntomas faciales inexistentes como rubeosis facial excesiva, piel excesivamente oscura o clara, acné o cicatrices de acné sobrevalorados, mínimos nevus o telangiectasias, exceso de vello facial, asimetría de la cara, hinchazón localizada, etc. También pueden aparecer preocupaciones relacionadas con el cuero cabelludo como la pérdida sobrevalorada de pelo, cabello demasiado fino o poco estético, etc. o con cualquier otro lugar de la economía: arrugas, cicatrices imperceptibles en brazos, piernas, región clavicular y esternal u otras áreas descubiertas. Suelen presentar una conducta característica de comprobación en espejos, cristales de los vehículos, retrovisores, etc. Usan conductas de camuflaje del defecto como el maquillaje de la zona, el uso de sombreros, dejarse la barba para ocultar cicatrices u otros defectos (15,16).

En algunas series de casos, los pacientes presentaban una nueva zona dismorfofóbica tras corregir quirúrgicamente el supuesto defecto inicial (14), así como reincidir en llamadas y visitas, siendo alto el coste emocional del seguimiento de los mismos (15). Aproximadamente el 30 % de los pacientes a quienes se les diagnostica TDC ya han sido operados una o varias veces (17). El diagnóstico es eminentemente clínico, y debería ser sospechado por dermatólogos y cirujanos plásticos ante las quejas inconsistentes y repetitivas sobre el aspecto físico, evitando tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios y complicaciones legales. La insatisfacción con los tratamientos estéticos es la norma en estos pacientes, que pueden presentar en ocasiones rasgos narcisista-paranoides y ser litigantes y hostiles (16).

Es una patología que puede ser inducida culturalmente, como encontró un estudio que midió la influencia de los reality-shows televisivos a la hora de decidir para solicitar cirugía plástica, así como sobre las expectativas de su resultado. Mediante una encuesta se identificó que el 57 % de las personas eran fieles televidentes de estos programas y debido a ello manifestaron tener un mayor conocimiento en este campo; además creían que estos programas eran muy semejantes a la vida real, en la cual los riesgos quirúrgicos son escasos y los resultados son excelentes, lo cual influyó en su decisión (18).

La prevalencia de TDC, es del 1% en la población general (19), pero diferentes estudios encuentran valores más elevados (7-15 %) entre los pacientes que se someten a cirugía plástica (20,21,22). En otra revisión, entre los pacientes que acuden a servicios de cirugía estética y dermatología se encontraron valores entre 48%-76% (2). La depresión es la comorbilidad más frecuente con TDC (23,24,25). El 82% a 90% de los pacientes con diagnóstico de TDC informan un episodio depresivo mayor como antecedente, una vez que se realiza el diagnóstico de TDC (20). La edad de comienzo es más evidente en la adolescencia tardía, en un 70% de los casos (21,22). Respecto al suicidio, se ha encontrado que presentan mayor riesgo; por ejemplo en un estudio de mujeres sometidas a mamoplastia resultó ser dos o tres veces más frecuente (23). La ideación suicida asociada a TDC es entre 49,6%-66,7% (24).

Desde la década de los 90 varios autores se han interesado en el estudio de la insatisfacción con la imagen corporal como motivador para la búsqueda de tratamientos de estética (8). Una extensa revisión en las características psicológicas de individuos que solicitan cirugía estética han llevado a resultados contradictorios ya que los estudios basados en entrevistas clínicas encontraron altos niveles de psicopatología en estos pacientes, mientras que los estudios en los que se usaron mediciones estandarizadas, informaron de menos trastornos. Pero estos estudios presentaban deficiencias: los de del primer grupo, además de no utilizar procedimientos de evaluación estandarizados, no describían la naturaleza de la entrevista, ni emplearon criterios diagnósticos uniformes; además, carecían de grupos de control. Entre los que sí utilizaban mediciones estandarizadas, en la mayoría de los casos las mediciones usadas no estaban diseñadas para especificar los tipos de psicopatologías; además, varias investigaciones no fueron comparativas, mientras que las que sí lo eran no describían adecuadamente las similitudes o diferencias de las características entre los dos grupos(8) Estos investigadores concluyen que es necesario utilizar en el futuro instrumentos que midan la satisfacción con la imagen corporal de forma más específica, como el The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) que se puede consultar en el anexo 1; Body Dysmorphic Disorder Examination; Appearance Orientation and Appearance Evaluation Subscales; The Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS); The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ) y el Appearance Schemas Inventory (ASI) entre otros(7). Algunos de estos instrumentos se han traducido al español y validados en estudios locales. Al final de este trabajo se incluye uno de los modelos más utilizados, que sumado a una adecuada entrevista del médico estético, pueden ayudarle a descartar TDC. Dentro de este espectro de trastornos cuyo denominador común es una alteración en la imagen corporal, actualmente existe un gran interés por investigar sobre la Vigorexia, así como por definir la prevalencia de TDC en subpoblaciones como mujeres y pacientes hospitalizados por diferentes patologías. Desde la década de los noventa, en

España, un referente en el estudio de estos problemas es el equipo de trabajo encabezado por la psicóloga Rosa M Raich, centrado en el estudio de adolescentes con Trastornos Alimentarios (25). Otro campo de interés creciente es el estudio de sujetos pertenecientes a minorías étnicas que, sometidos a diferentes tipos de presiones socioculturales, solicitan cambios de sus rasgos faciales o corporales que les asemejen al modelo occidental. Todos estos estudios pretenden encontrar información que permita plantear nuevas investigaciones y proyectos sociales destinados a encontrar soluciones o medidas preventivas.

## OTRAS CONDICIONES FÍSICAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL

### 1. ACNÉ

El acné compromete con frecuencia el funcionamiento psicológico de los pacientes, sobre todo las formas extensas, faciales y nóduloquísticas. Este compromiso resulta especialmente importante por el hecho de acaecer en un periodo vital como la pubertad, donde la imagen corporal es fundamental para el desempeño social y relación con el sexo opuesto. Es también la adolescencia una fase de vulnerabilidad incrementada a la inestabilidad emocional, donde los cambios sociales y físicos tienen una mayor trascendencia y ello pueden tener incidencia importante en la psiquis del individuo que transita esta etapa de la vida. Debido a que el acné afecta principalmente a la cara, y ésta es nuestra presentación en sociedad, las deformidades faciales pueden incidir de forma importante en la imagen personal y en la autoestima, por lo que individuos con personalidades premórbidas y acné, no necesariamente severo, pueden desarrollar problemas psicológicos y sociales. Es por ello que el médico tratante, debe atacar agresivamente la enfermedad para remitirla prontamente y evitar cicatrices físicas y psicológicas, e incluso solicitar la ayuda especializada. Varios estudios han relacionado el acné con el desarrollo de depresión y riesgo de suicidio (25,26,27,28,29,30,31)

### 2. ALOPECIA

En un estudio de varones con alopecia, el 43% admitió que el hecho les producía inquietud y que creía que podía perjudicarle en algunos aspectos de su vida. Además, un 63% se consideraba menos atractivo, un 21% se mostraba convencido de que la alopecia influye en la primera impresión que produce en quienes le conocen y un 28% pensaba que podía encontrar o cambiar más fácilmente de pareja si tuviera más pelo (32).

Como habíamos mencionado previamente, existen múltiples problemas en medicina estética en los cuales su tratamiento en este campo traerá resultados positivos no sólo en la apariencia física sino también en la salud mental y que serán presentados en un estudio posterior.

## DISCUSIÓN

En base a la información obtenida podemos observar la confluencia de la medicina estética con la psiquiatría en diversas situaciones. Existe un amplio espectro, en un extremo están las personas mentalmente sanas que solicitan tratamientos de estética para mejorar su aspecto sin que esto signifique una obsesión por su imagen y en el otro extremo, individuos con trastornos de la imagen corporal en los cuales la raíz del problema es mental y en consecuencia requiere tratamiento psicológico o psiquiátrico. Antes de hacer algún tipo de intervención es importante detectar el nivel de angustia existencial de la persona y cuáles son sus fantasías, ya que en muchas ocasiones la persona esté solicitando soluciones que difícilmente se logran dentro de este campo. El profesional de la medicina estética, en consecuencia debe estar capacitado para discriminar cuando una patología estética está complicada con alteraciones emocionales y mentales o cuando la condición a tratar es de origen mental. Un primer paso importante para determinar si un paciente es adecuado o no para estos tratamientos es realizar una breve historia de salud mental en la cual se indaguen diagnósticos psiquiátricos pasados, presentes y tratamientos recibidos. Los pacientes con historia de tratamiento psiquiátrico y que actualmente no lo toman, pueden beneficiarse re-estableciendo el control con su psiquiatra para determinar su estado psiquiátrico actual. A los pacientes que actualmente están bajo tratamiento se les debe preguntar si su terapeuta está informado sobre el interés del paciente en realizarse cirugía estética. Estos profesionales deben ser contactados para comprobar que el procedimiento de estética es adecuado para el paciente en el momento actual. Los pacientes que no han comentado su interés con su terapeuta o que rechazan la comunicación entre los dos profesionales, deben ser evaluados con extrema precaución. Deberían también ser

evaluados por un facultativo conocido por el profesional de la estética. Una evaluación estricta es muy importante para asegurarse que sus expectativas postoperatorias se ajustan a la realidad y además para identificar si se trata de un paciente que puede llegar a ser problemático a nivel de ocasionar acciones legales o de violencia.

Para descartar los problemas graves de insatisfacción con la imagen corporal, es de utilidad comenzar la entrevista con preguntas relacionadas con la naturaleza de su disgusto. El paciente debería ser capaz de articular de manera específica la zona que es fuente de insatisfacción y ésta debe ser visible sin ningún esfuerzo. Los pacientes que se muestran francamente estresados con pequeños defectos y que apenas son visibles, pueden tener TDC. Evaluar minuciosamente el grado de insatisfacción: ¿Cuándo le molesta más ese defecto?, ¿hay momentos en que le molesta más?, ¿sus emociones sobre su apariencia le hacen apartarse de hacer ciertas actividades?, ¿Siempre trata de disimular u ocultar ese defecto a los demás?, ¿cómo se imagina su vida después de la cirugía?. Los pacientes cuya respuesta a la última pregunta muestra que están internamente motivados, son los que mayor probabilidad tienen de quedar satisfechos con los resultados postoperatorios.

Diversos estudios han encontrado una relación directa entre inconformidad entre la imagen corporal y la solicitud de tratamientos de estética, y en este sentido es importante que el médico estético esté preparado para detectar cuándo se trata de un trastorno de la imagen corporal. Existen en la actualidad una gran variedad de entrevistas y cuestionarios para evaluar el trastorno de la imagen corporal. Uno de los más completos es el MBRSQ, el cual ha sido traducido y validado al español (26).

## ANEXO I

Versión española validada del mbsrq reducido y adaptado

Mbsrq® Cuestionario de imagen corporal (versión española)

*Ribas, Botella y Benito (2008)*

### Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

1: Totalmente en desacuerdo.

2: Bastante en desacuerdo.

3: Indiferente.

4: Bastante de acuerdo.

5: Totalmente de acuerdo.

— 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto

— 2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física

— 3. Para mi es importante tener mucha fuerza

— 4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo

— 5. No hago ejercicio regularmente

— 6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física

— 7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a

— 8. Me gusta mi aspecto tal y como es

— 9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo

— 10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme

— 11. Tengo una buena capacidad de resistencia física

— 12. Participar en deportes no es importante para mi

— 13. No hago cosas que me mantengan en forma

— 14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mi

— 15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños

— 16. Casi todo el mundo me considera guapo/a

— 17. Es importante para mi que mi aspecto sea siempre bueno

- 18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas
- 19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida
- 20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física
- 21. Raramente estoy enfermo
- 22. A menudo leo libros y revistas de salud
- 23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa
- 24. No soy bueno en deportes o juegos
- 25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas
- 26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física
- 27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada
- 28. Me gusta como me sienta la ropa
- 29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo
- 30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas
- 31. Trato de estar físicamente activo
- 32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo
- 33. Nunca pienso en mi aspecto
- 34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico
- 35. Me muevo de forma armónica y coordinada
- 36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente
- 37. Hago deporte regularmente a lo largo del año
- 38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud
- 39. Al primer signo de enfermedad voy al médico

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

- 1. Muy insatisfecho/a.
- 2. Bastante insatisfecho/a.
- 3. Punto medio.
- 4. Bastante satisfecho/a.
- 5. Muy satisfecho/a.
- 40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- 41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- 42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- 43. Tono muscular
- 44. Peso
- 45. Aspecto general

## BIBLIOGRAFÍA

- (1). Emol.es [Internet]. [Consulta el 12 de agosto de 2011]. Accesible en: <http://www.emol.com/noticias/internacional/2011/08/12/497540/bisabuela-de-83-anos-se-opero-los-senos-para-lucir-mas-joven-en-eeuu.html>.
- (2). Sarwer D, Crerand C. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):50-8.
- (3). Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev*. 1998 Jan;18(1):1-22.
- (4). Díaz F, Pandolfi M, Perfetti R. Atractivo físico. [Internet]. [Consulta el 12 de abril de 2012]. Accesible en: <http://www.apsique.com/wiki/SociAtractivo>.
- (5). El Mundo. Aumentan un 470% las páginas web que fomentan la anorexia. [Internet]. [Consulta el 5 de marzo de 2011]. Accesible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/02/15/noticias/1297778869.html>
- (6). Hanes KR. Body dysmorphic disorder and the plastic surgeon. *Plast Reconstr Surg*. 1996 Apr;97(5):1082.
- (7). Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin*. 1996 Jul;14(3):457-63.
- (8). Cotterill JA. Dermatologic nondisease. *Dermatol Clin*. 1996;14:439-45.
- (9). Castello JR, Barros J, Chinchilla A. Body dysmorphic disorder and aesthetic surgery: case report. *Aesthetic Plast Surg*. 1998 Sept-Oct;22(5):329-31.
- (10). Crockett RJ, Prusinsky T, Persin JA. The influence of plastic surgery "Reality TV" on cosmetic surgery patient expectations and decision making. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Jul; 120(1):316-24.
- (11). Thompson CM, Durrani AJ. An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *J R Soc Med*. 2007 Feb;100(2):61-2.
- (12). Sarwer DB, Gibbons LM, Crerand CE. Treating body dysmorphic disorder with cognitive behavior therapy. *Psychiatr Ann*. 2004;34(12):934-41.
- (13). Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2005 Nov-Dec;29(6):503-9.
- (14). Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry*. 1996 Aug;169(2):196-201.
- (15). Bartsch D. Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clin Psychol* 2007;11:16-23.
- (16). Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg*. 2003 Sep;56(6):546-51.
- (17). Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life? *Dermatology*. 1997;195 Suppl 1:15-21.
- (18). Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediat Dermatol*. 1991 Sep;8(3):185-8.
- (19). Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN, Voorhees JJ. Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatol*. 1990 Dec;29(10):719-21.
- (20). Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998 Nov;139(5):846-50.
- (21). Koo J. The psychosocial impact of acne: patients and perceptions. *J Am Acad Dermatol*. 1995 May;32(5 Pt 3):S26-30.
- (22). Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales, a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol*. 1997 Feb;136(2):202-6.
- (23). Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*. 1997 Aug;137(2):246-50.
- (24). Sáez F. Por los pelos. Magazine, El Mundo. [Internet]. [Consulta el 12 de abril de 2012] Accesible en: <http://www.elmundo.es/magazine/m87/textos/calvicie1.html>
- (25). Raich RM, Deus J, Muñoz MJ, Pérez O, Requena A. Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*. 1991;5:210-20.
- (26). Botella L, Ribas E, Ruiz J. Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española de Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Rev Argent Clín Psicol*. 2009 Nov;18, 253-64.