



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades  
Carrera de Licenciatura en Psicología

Importancia del trabajo interdisciplinario  
entre el psicólogo clínico y el cirujano  
plástico en el abordaje del Trastorno  
Dismórfico Corporal

N° 452

María Laura Fernández

Tutor: Diego Jatuff

Departamento de Investigaciones  
Agosto 2010

Universidad de Belgrano  
Zabala 1837 (C1426DQ6)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina  
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533  
e-mail: [invest@ub.edu.ar](mailto:invest@ub.edu.ar)  
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>



## Índice

RESUMEN .....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1: La belleza.....	7
1.1 Definiendo la belleza.....	7
1.2 Historia de la belleza.....	7
1.2.1 Siglo XVI.....	8
1.2.2 Siglo XVII.....	8
1.2.3 Siglo XVIII.....	9
1.2.4 Siglo XIX .....	9
1.2.5 Siglo XX .....	10
1.3 Belleza en la sociedad actual .....	11
1.3.1 La belleza como objeto de consumo .....	11
CAPÍTULO 2: La imagen del cuerpo .....	13
2.1 Concepto de Cuerpo.....	13
2.2 Esquema Corpora.....	14
2.3 Imagen Corporal .....	14
2.4 Distorsión de la imagen corporal .....	15
CAPÍTULO 3: El Trastorno Dismórfico Corporal y su complejidad diagnóstica.....	16
3.1 ¿Que es el Trastorno Dismórfico Corporal? .....	16
3.2 Complejidad diagnostica.....	18
3.3 Escalas de evaluación y medición de severidad del trastorno .....	19
CAPÍTULO 4: Cirugía Plástica y Trastorno Dismórfico Corporal.....	21
4.1 Definiciones y clasificaciones de los abordajes quirúrgicos .....	21
4.2 Historia de la cirugía plástica .....	21
4.2 La cirugía plástica como respuesta a la insatisfacción corporal estética.....	22
4.3 Cirugía Plástica y Trastorno Dismórfico Corporal.....	23
CAPÍTULO 5: Importancia del trabajo interdisciplinario para el abordaje clínico del trastorno .....	26
5.1 La interdisciplina .....	26
5.2 Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica que promueve la interdisciplina.....	26
5.3 El rol del psicólogo en la psicoprofilaxis quirúrgica.....	28
5.4 Problemas de orden legal en menores.....	30
5.4.1 La perspectiva española .....	30
5.4 Beneficios del trabajo complementario entre el psicólogo clínico y el cirujano plástico .....	31
CONCLUSIONES .....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS .....	39



## RESUMEN

En el presente trabajo se pretende indagar, sobre la importancia que posee el trabajo interdisciplinario entre el Psicólogo Clínico y el Cirujano Plástico en el abordaje del Trastorno Dismórfico Corporal.

El primer capítulo estará dedicado a reflejar la variación del concepto de belleza a través de la historia, con el objetivo de plasmar la influencia que posee cada sociedad y cada momento histórico en dicho concepto. Además buscaré mostrar la incidencia que poseen los medios de comunicación en el concepto de belleza actual.

En el segundo capítulo desarrollaré los conceptos de imagen corporal, cuerpo y esquema corporal, para poder comprender los desarrollos posteriores que plantean distorsiones de la imagen corporal.

En el tercer capítulo me dedicaré a definir el Trastorno Dismórfico Corporal desde diferentes autores, de modo de alcanzar una visión global de dicho trastorno. También plantearé la dificultad de su diagnóstico y detallaré las escalas más usadas en el diagnóstico de estos pacientes.

En el cuarto capítulo buscaré determinar cómo proceden los Cirujanos Plásticos al encontrarse con un posible caso de Trastorno Dismórfico Corporal, y establecer qué importancia le dan a la consulta interdisciplinaria previa a la cirugía estética, con el fin de conocer los verdaderos motivos por los cuales alguien elige alterar su fisonomía.

Para concluir el desarrollo de este trabajo, el capítulo quinto está enfocado, en destacar la importancia del trabajo interdisciplinario entre el cirujano plástico y el psicólogo clínico en el Trastorno Dismórfico corporal. Planteando la interdisciplinariedad, como el abordaje que mayores beneficios da a los pacientes que sufren este trastorno.

## INTRODUCCIÓN

Durante siglos el concepto de belleza corporal fue cambiando de manera vertiginosa. Pero estos cambios no fueron azarosos, sino influidos por la cultura y la sociedad de la época. El ser humano es un ser biopsicosocial y por lo tanto debemos tener en cuenta dichas áreas para entender cómo se percibe a sí mismo y como siente que lo perciben los otros.

La insatisfacción corporal del hombre posmoderno se expresa fundamentalmente en la mujer que parece haber quedado atrapada en el sometimiento a los ideales de belleza que le exige la sociedad y la cultura en la que vive.

La cirugía plástica, que tan buen servicio brinda en casos que la justifican -tanto en función reparadora como estética-, puede ser perjudicial con el abuso insensato (Vidal, 2004). Estudios recientes indican que el 7% de los que recurren a una cirugía estética padece el llamado Trastorno Dismórfico Corporal<sup>1</sup>, una afección típica de las sociedades contemporáneas y acerca de la cual los expertos en salud mental han alertado (Millon, 2007)

La característica esencial del Trastorno Dismórfico Corporal es una preocupación por un defecto corporal imaginario o una clara distorsión exagerada de un defecto mínimo. Esta preocupación debe causar malestar significativo y un deterioro personal, social y laboral del sujeto (DSM IV-TR 2000).

Los pacientes que sufren este trastorno, buscan encontrar en la cirugía plástica una solución a sus padecimientos. Sin embargo, la cirugía no puede terminar con la angustia y entran en un círculo vicioso, que lleva a que se realicen múltiples cirugías, sin obtener la satisfacción buscada.

---

<sup>1</sup> En lo sucesivo me referiré al Trastorno Dismórfico Corporal como TDC.

Por lo tanto es primordial, que los cirujanos plásticos puedan identificar la población con TDC que desea someterse a una cirugía plástica estética. Para ello, se recomienda el uso de herramientas de tamizaje para identificar éstos trastornos en la consulta prequirúrgica de manera que el cirujano pueda ofrecer un tratamiento integral con asesoría de un psicólogo.

En la actualidad, existe una disciplina que trabaja interdisciplinariamente y que pretende acercar cada vez más, el trabajo del cirujano y el del profesional de la salud mental: la psicoprofilaxis quirúrgica. Es esta práctica la que nos ayudará a disminuir los efectos, perturbaciones, dificultades o trastornos que presenten los sujetos, que se someterán a una cirugía plástica.

El trabajo interdisciplinario, sería el abordaje más satisfactorio para prevenir la realización de inútiles cirugías, ya que les otorgaría a los agentes de salud nuevas herramientas para una intervención más efectiva, evitando la complicación del trastorno y la entrada a un círculo vicioso.

## Capítulo 1: La belleza

En el presente capítulo se abordará el concepto de belleza, su evolución en el tiempo y las consecuencias que dichas transformaciones produjeron en la sociedad de cada época. Por último, se analizará como influyen los medios de comunicación en los cánones de belleza de la sociedad actual.

### 1.1 Definiendo la belleza

*“La belleza es una característica de un ente real, imaginario o ideal cuya percepción constituye una experiencia de placer, revelación de significado, o satisfacción”.* (Martin 2007).

Según Tatarkiewicz (1976) *“la belleza se refiere a la cualidad abstracta, mientras que lo bello alude a una cosa en particular, a un objeto al que se le reconoce tal atributo”.*

Cheng (2007) define a la belleza *“como un estado armónico de equilibrio entre el yo físico y el yo psíquico”.*

La percepción de la belleza a menudo implica la interpretación de alguna entidad que está en equilibrio y armonía con la naturaleza, y puede conducir a sentimientos de atracción y bienestar emocional. Debido a que constituye una experiencia subjetiva, a menudo se dice que *“la belleza está en el ojo del observador”* (Martin 2007).

De alguna manera la belleza está en donde sea que uno la quiera descubrir, por lo cual es inexplicable, indefinible, no homologable, personal e inobjetable. Definida en este sentido la belleza como entidad carece de sentido, es una entidad objetiva y universal que no existe (Yaryura 2003).

Cada raza posee su propio concepto de belleza, que sufre transformaciones de acuerdo con las idiosincrasias y filosofías de cada época. Incluso dentro de una misma raza, cada individuo tiene su propio concepto conforme a su temperamento, cultura y sensibilidad; determinado por su particular forma de percibir, sentir el mundo, razonar y juzgar (Cheng 2007).

Entendida desde los preceptos darwinianos, *“la belleza es una parte universal de la experiencia del ser humano, provocando placer, atrayendo nuestra atención, lo que implica acciones que garantizan la supervivencia de nuestros genes”* (Darwin 1950).

Vigarrello (2009), en su libro *“Historia de la belleza”*, expresa lo siguiente:

*“La belleza no ha dejado de hacer distinciones entre los individuos; al mismo tiempo traduce las oposiciones entre los grupos sociales, los géneros, las generaciones. En tanto objeto preocupado o glorioso del espejo, es en sí misma espejo de las sociedades”* (Vigarello 2009).

### 1.2 Historia de la belleza

A lo largo de los siglos se fueron planteando diferentes códigos de belleza, como así también la manera de enunciarlos y de mirarlos.

La historia lleva a lo que gusta o disgusta del cuerpo en determinada cultura y en determinado tiempo, a las apariencias que se valorizan, a los contornos que se enfatizan o que se desprecian.

Se plantea que *“la belleza no ha cambiado de manera significativa, sino que ha cambiado el valor que se le atribuye”* (Vigarrello 2009).

### 1.2.1 Siglo XVI

Durante el siglo XVI resulta imposible ignorar la jerarquía de lo visible y del cuerpo en la vida cotidiana; el privilegio que se les otorga a los patrones superiores, y el intenso cuidado del rostro.

Entre los siglos XV y XVI en los talleres de los grandes pintores se acumulan retratos de mujeres no tanto por su prestigio o por su estatus social, sino por su belleza.

Los aficionados al arte cambian de objetivo: su propósito deja de ser la acumulación de las grandes escenas religiosas y comienzan a ilustrar los principios de la belleza.

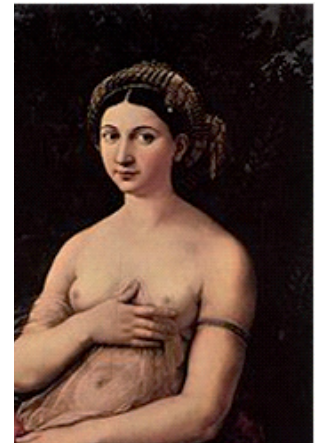
El cuerpo que evoca el siglo XVI enfatiza la carne. El cuerpo femenino cobra una densidad y una encarnadura que no tenía. La apariencia se vuelve más pulposa.

En este siglo, la mano, como el rostro, sigue siendo un prioritario objeto de belleza. Todo lo bello se encuentra emplazado en la parte superior y además revela un estado del cuerpo que se mantiene oculto tras la ropa.

La naturaleza induce a descubrir las partes superiores y a ocultar las partes inferiores, porque las primeras, en tanto natural sede de lo bello, deben verse, mientras no ocurre lo mismo con las otras, ya que son solamente el cimiento y la base de las superiores.

También es signo de belleza en esta época, una intensa palidez, que revela una similar blancura del alma (Vigarello 2009).

En la Europa de este siglo, el segundo sexo se convierte en el bello sexo. Por primera vez, la mujer se acerca a la perfección, parcialmente liberada de la tradición que la diabolizaba (Vigarello 2009).



### 1.2.2 Siglo XVII

En este siglo el orden de la apariencia se hace más complejo. La belleza se ha teatralizado, lejos de simples geometrías físicas es también gesto y comportamiento.

La belleza física gana en profundidad y en interioridad, pese a que sigue existiendo la certeza de que hay un único modelo de perfección (Vigarello 2009).



Se le concede una inédita importancia, a marcar el talle, la cintura y el busto, lo que lleva a que el corsé cobre relevancia en la sociedad distinguida. El corsé se convierte en un instrumento cotidiano del aspecto, la elegancia y el embellecimiento.

Los tratados de belleza del siglo XVII expresan nuevos objetos. Bodeau de Somaize (1666) plantea que existen dos tipos de belleza: Una, “animada” y otra, “inanimada”; una está limitada a las formas y la otra compromete el encanto y la vivacidad.

A la belleza se le agrega una inevitable referencia al develamiento, a la presencia de una extraña realidad proveniente del interior: “Por más elocuentes que sean los ojos, sin embargo no tienen nada de bello que no tomen del alma” (Bodeau de Somaize 1666).

La armonía comienza adoptar un nuevo sentido en la estética física: el ajuste entre lo visible y lo oculto.



### 1.2.3 Siglo XVIII

En el siglo XVIII la belleza ya no es comandada por lo inteligible, sino por lo sensible; el criterio ya no es lo absoluto, sino que pasa a ser lo relativo. La mayoría de las referencias clásicas de la estética corporal se han renovado. El acceso a criterios individuales resulta decisivo: el sujeto comienza a consolidarse en las prácticas del embellecimiento y la búsqueda de la belleza se personaliza (Vigarello 2009).

El Iluminismo logra separar la visión de la belleza humana de cualquier visión divina. No se trata de que lo sobrenatural sea negado; tan sólo se impone un realismo. Lo bello “solo existe para el hombre” (Ehrard 1963).

En el transcurso de este siglo se profundiza una reflexión estética, que busca una unidad de la belleza y el fortalecimiento de la salud.

Nace un nuevo pensamiento estético que intenta comprender, cueste lo que cueste, porqué se unifica el gusto mientras que las sensibilidades se dispersan. De esa búsqueda aparece una nueva manera de mirar el cuerpo, más explicativa y técnica.

Los dispositivos que tradicionalmente aprisionaban pechos y troncos, son orientados casi hasta el símbolo. La liberación que en ellos se da inicia otras liberaciones.

Se busca una silueta más libre y funcional. Retrocede la rigidez y los contornos demasiado comprimidos, así como las bellezas demasiado fabricadas quedan en el pasado. La parte superior del cuerpo, demasiado apretada, al perder sus funciones perdería su belleza.

Un doble movimiento se consolida en este siglo: el apego a una belleza genérica, con la visión de una silueta de conjunto, su equilibrio y sus movimientos flexibilizados y el apego a una belleza del individuo, con la visión de una invencible singularidad.

Se le presta un gran interés a la piel, a su estado y a su firmeza. Lo que implica, además, el vacilante nacimiento de una cosmetología ampliada al conjunto del cuerpo.

A fines de siglo se comienza a reemplazar el viejo modelo aristocrático de la conservación física por un modelo más activo, hacer de la actitud y del movimiento un signo de vigor y salud. Se comienza a vincular como nunca la voluntad de embellecimiento con la voluntad de fortalecimiento: fortalecer el porte, ayudar a la morfología y movilizar las extremidades (Vigarello 2009).

### 1.2.4 Siglo XIX

En este período se da una lenta subversión de las formas y la “parte inferior” del cuerpo adquiere gradualmente una importancia que no tenía.

La apariencia física se vuelve más total, orientándose hacia bellezas más dinámicas y más estiradas.

Se apunta a un derecho casi impensable hasta entonces: el de que todos accedan a la belleza. Es preciso señalar que tanto en ese acceso, completamente teórico aún, como en esa artificialización, lo que se ha transformado es la propia manera de inventar la belleza. (Vigarello 2009).



En esta época existiría una belleza “involuntaria” y una belleza “voluntaria”, una belleza social hecha de inteligencia y de saberes. Esa belleza trabajada sería más importante y preciosa que la otra a la que se considera como demasiado espontánea: *“La fisonomía de esa mujer que piensa en ser bella es por cierto mucho más agradable que la de esa otra mujer que es bella sin haberse preocupado por serlo”*. (Ehrard, J 1963)

La belleza moderna, sería aquella que surge del encanto fáctico del artificio y de la moda. Lo que obligaría a cada persona a inventarse a sí misma.

Un cambio aun más visible, ya que afecta al propio símbolo de la belleza, tiene que ver con una lenta visualización de los contornos femeninos: los lineamientos del cuerpo triunfan, pasando a modelar una ropa que hasta entonces los cubrían. Las formas femeninas se animan aflorando tras las telas. La transformación afecta no sólo a los adornos o a las modas, sino que implica aun más a la estética corporal: La silueta es más grácil, la línea más anatómica y la gestualidad más espontánea (Vigarello 2009).



También se producen transformaciones en las prácticas de embellecimiento. Se crea un mercado, unificando a la belleza como objeto primero: aparecen nuevas expresiones de “productos de belleza” y “cuidados de belleza” (Vigarello 2009).

### 1.2.5 Siglo XX

A comienzo de este siglo, nace una rama de la cirugía que pretende remediar las fealdades y las deformidades. Esta “nueva ciencia” se proclama como el resultado de una reivindicación social, ambicionando la extrema ampliación de su público.

Los tratados de esta época, aseguran que no es posible realizar una definición de belleza física, ya que triunfan los gustos individuales. La belleza y los cuidados que reclama responderían a la imperiosa demanda de sentirse de acuerdo consigo mismo y con el entrono (Vigarello 2009).

Lo que configura la belleza en este siglo, es un cuerpo delgado y musculoso, sin grasa parásita. El peso corporal más que nunca queda decretado como índice de salud.

Una intensa psicologización de los comportamientos asocia cada vez más la estética física y la percepción de sí mismo.

Durante 1950, una forma más curvilínea fue propagándose idealizada debido a Marilyn Monroe y la Revista Playboy. Esta tendencia continua hasta la década de los años 60, pero la aparición de Twiggy y el énfasis en una forma corporal angular favorecieron un cuerpo sin curvas logrando imponerse con fuerza.

Los años 90 son la década de la perfección. Verse joven es la principal obsesión femenina y los emporios cosméticos aprovechan para lanzar productos innovadores que retrasan el envejecimiento.

Aunque el ideal de moda ha sido alterado para incluir senos grandes con más tono y forma muscular, actualmente el ideal del cuerpo delgado ha retenido el primer lugar de belleza para los últimos 30 años (Striegel-Moore, Silberstein, et al., 1986), fomentando un culto a la delgadez que no es saludable para la edad y talla de la mujer promedio, resultando un ideal negativo cuando se establece como valor altamente positivo.



El cuerpo se ve como una arcilla a la cual podemos modelar a discreción con el ejercicio físico, los tratamientos de belleza y la cirugía plástica.

Se puede observar como el embellecimiento se convierte en una práctica diversificada y generalizada, que provoca un consumismo en ascenso. (Vigarello 2009).



### 1.3 La Belleza en la sociedad actual

*Nace una era en la que convergen el sentimiento de poder dominar la apariencia y el de poder transponerla en signo lo más acusado posible de la individualización del yo. De ahí, finalmente, un nuevo tipo de conflicto, un obstáculo a veces incluso decisivo, entre las dos vertientes tradicionales de la belleza, la más eminentemente individual y la más eminentemente colectiva (Vigarello 2009. Pág. 244.).*

En este siglo, nos encontramos con una belleza convertida en “unisex”, que se da con una feminización del músculo y una masculinización de la delgadez. Por Ejemplo, el jugador de fútbol David Beckham, con un refinamiento de su apariencia, representaría el nuevo varón “metrosexual”, sutil mezcla de urbano (metro) y de identidad inédita (sexual). Los hombres descubren la noción de capital estético y el ascendente mercado de belleza masculina, testimonia un verdadero culto al cuerpo.



La sociedad actual es testigo, de un pacto morboso donde hablar de belleza, éxito y delgadez, es como girar sobre un mismo eje. En consecuencia, la sobrevaloración de la imagen corporal, en relación a dichos estándares de belleza, funciona como un regulador de la autoestima (Barlow y Durand, 2003).

No solo se advierte la belleza como una forma de placer sino que también es una aceptación inconsciente de otros atributos positivos de la persona. La agudeza mental, las relaciones interpersonales, la facultad de conseguir empleo y la salud mental son características frecuentemente asociadas a la belleza física. Las personas bellas son juzgadas por otros individuos como personas que llevan una mejor vida.

Cuando el atractivo físico afecta la valoración que uno hace de si mismo, la importancia de agradarse estéticamente aumenta y la preocupación por la imagen corporal se incrementa.

Quizá el que en esta cultura predomine un innegable culto al cuerpo, explique el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno (Maganto, Del Río y Roiz, 2000).

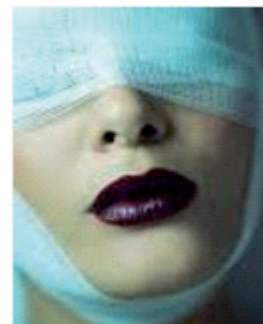
#### 1.3.1 La belleza como objeto de consumo

En nuestra sociedad actual se dan cambios asociados con el consumo, y con un indefinido crecimiento de objetos y de bienes. Los antiguos obstáculos al embellecimiento ceden definitivamente: los de las pertenencias sociales, los de la edad, de los géneros, de los productos e incluso de los imaginarios, transformando la belleza de la actualidad en un deber obligatorio (Lipovetsky, 1997).

En actualidad los medios de comunicación nos recuerdan constantemente, que una persona para ser atractiva, tiene que parecerse a una determinada imagen idealizada.

La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población en cuestión.

Es innegable que el marketing de la belleza es un negocio a gran escala en muchos ámbitos de la vida. Sabemos que los medios de comunicación influyen, pero es casi imposible tomar conciencia del poder que ejercen sobre cada uno de nosotros. El cuerpo se convierte en nuestro más hermoso objeto de consumo.



La belleza se ha convertido en un objeto de consumo al alcance de todos y cada año aumenta el número de adeptos que se rinden al llamado mercado de la “eterna juventud”. En Estados Unidos y Europa se gastan al año más de 20.000 millones de dólares en la compra de cosméticos, tratamientos de belleza y cirugía estética. (Vigarello 2009)

La actitud social está cambiando de forma muy rápida hacia tolerar, admitir y tomar como normal lo que antes ni siquiera era aceptable. Hace años se consideraba que la cirugía estética era algo sólo para las actrices y modelos, sin embargo hoy cualquiera piensa en la posibilidad de pasar por un quirófano.

El fenómeno es tal, que en nuestro país, en los años 2005 y 2006, se ha emitido por televisión un Reality Show llamado “Transformaciones”, que ofrecía una transformación a hombres y mujeres de diversas edades, con el objetivo de superar los complejos y las insatisfacciones que los acompañaron durante toda su vida. En este programa semanal que se emitía por Canal 13 de Buenos Aires, se mostraban a personas decididas a cambiar su aspecto físico y a un equipo de cirujanos plásticos decididos a cumplirles el sueño de ser bellos. Todo el proceso compilado en una hora de programa, en el que no faltan detalles del antes, durante y después de la metamorfosis.

También en Estados Unidos, se han emitido varios programas televisivos que recurren a la cirugía estética para cumplir con el ideal de belleza que han soñado. La Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos (ASPS) se mostró escéptica con el ciclo por el hecho de que las cámaras podrían atentar con “los principios éticos” que deben tener los profesionales.



En un reciente estudio realizado por Crockett y Pruzinsky se midió la influencia de los Reality TV en la decisión de realizarse una cirugía plástica. Se reclutó a 42 sujetos que acudían al cirujano plástico por primera vez y se agruparon de acuerdo a la frecuencia con la que veían estos programas. Los de alta frecuencia tenían un mayor conocimiento en el campo de la cirugía plástica y manifestaron 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 (Crockett y Pruzinsky, 2007).

Otro fenómeno que nos habla de nuestro mercado actual de belleza, son las “clínicas exprés”, que funcionan dentro de los shoppings. En estas clínicas, se aplica botox, se efectúan diversos tratamientos estéticos y se realizan consultas para la realización operaciones estéticas. La tendencia de las “clínicas express” viene de Estados Unidos, donde hay 2.500 “medical spa” en los centros comerciales (Rijana 2009).

El origen de este mercado de la belleza es la insatisfacción personal. El 95% de las argentinas se siente insatisfecha con su imagen y los especialistas coinciden en que esto genera el “fenómeno del espejo”: quién se ve mal, mal se siente”. En una encuesta hecha por D’Alessio Irol entre 876 mujeres indicó que sólo el 5% de las encuestadas está conforme con su imagen. El resto reniega de alguna parte, especialmente de su peso, de su celulitis o de su rostro (Rijana 2009).

También podemos observar, en nuestros medios de comunicación, una vulgarización caricaturizada de la estética, que hace que algunos sujetos se realicen múltiples cirugías perdiendo sus rasgos naturales. Un ejemplo de este fenómeno es el mediático Ricardo Fort. También podemos observar una homogeni-

zación de la belleza, que lleva a que personas con una insatisfacción virtual o ilusoria, tiendan a querer imitar cuerpos y caras de las modelos o celebridades de turno.

Por otra parte, es importante remarcar, la influencia de la publicidad en la valoración de la imagen corporal. Un estudio realizado en EE.UU por Myer revela que 1 de cada 3.8 anuncios publicitarios incluyen mensajes sobre el atractivo físico indicando a los consumidores lo que es y no es atractivo. Este estudio pone en evidencia el poder que tiene la publicidad para influir en patrones culturales y conductas individuales (Myers; Biocca 1992).

## Capítulo 2: La Imagen del cuerpo

En un primer momento, previo al desarrollo planteado, creemos oportuno reflexionar sobre los conceptos de cuerpo, esquema corporal e imagen corporal, para poder comprender las alteraciones de la imagen corporal que se dan en diversos trastornos.

### 2.1 El cuerpo

Para comprender el concepto cuerpo, debemos tener claro que todo individuo se manifiesta con y a través del cuerpo. Y que al hablar de manifestación no se refiere sólo a los movimientos naturales o reflejos, sino también a las emociones, pensamientos y sentimientos.

Mientras que *“cuerpo se define como una realidad objetiva que, a la manera de un objeto, posee una forma definida”* (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, 2006), la corporalidad hará referencia a la realidad subjetiva, al vivenciar del cuerpo. Mientras que uno, el cuerpo, representa la vida exterior (supeditada al desgaste del paso del tiempo), la corporalidad hace referencia al mundo interno del sujeto y *“no se limita al volumen del cuerpo, es capaz de extenderse e incluso tomar posesión de los objetos del espacio”* (Montenegro Medina, Ornstein Letelier y Tapia Ilabaca, p.166, 2006).

Según Zubiri (1986) la corporeidad es la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer. Con esto nos daríamos cuenta que el cuerpo vive o se expresa por medio de su corporeidad. Y ya en términos generales, entenderíamos que el ser humano es, existe y se expresa sólo a través de su corporeidad.

Todos nacemos con un cuerpo que se transforma y se adapta para construir su corporeidad. Las experiencias que le proporciona el medio en que se desarrolla y la forma en que las percibe, adapta y acomoda creando nuevas estructuras de referencia, es así como va construyendo su corporeidad. Al terminar este proceso de construcción, aparece la muerte. Iniciamos como cuerpo, y terminamos siendo tan sólo cuerpo (Paredes 2003).

Las formas de ver al cuerpo dicen mucho de los modelos de comprensión de la realidad que nos orientan, así como de la simbólica general del mundo que tenemos. No en vano, algunos autores plantean la idea de que es posible comprender la historia de las diversas sociedades humanas tan sólo investigando sus concepciones acerca del cuerpo (Bernard, 1985; Le Breton, 1995).

Para Le Breton (1995) el cuerpo y su representación adquieren una visión transcendental, por ir más allá de su mera materialidad y estar atravesado, al mismo tiempo, por las concepciones ideológicas de cada cultura y cada época (Le Breton ,1995).

Por otro lado, la hegemonía ideológica del capitalismo define al cuerpo *“...como simple objeto físico sometido a las leyes naturales, cognoscible como cualquier elemento biológico a quien se pueda controlar y sobre quien se predica y condiciona para evitar perturbaciones sociales”*. Se habla entonces de un cuerpo sometido, dominado y controlado por un sistema social que le dicta cómo debe ser (Portela 2001).

## 2.2 Esquema corporal

En cuanto al “esquema corporal” no ha sido jamás definido de una forma consensuada, sino que cada autor presenta una visión de su significado.

Según Ajuriaguerra el esquema corporal: *“es la representación del cuerpo propio, derivada de la información proporcionada por los sentidos y respecto a la cual juzgamos nuestra corporalidad”* (Ajuriaguerra, 1940).

Para Schilder (1989) el esquema corporal debe entenderse como:

*“la capacidad que tenemos los seres humanos, de representar nuestro cuerpo en las coordenadas del espacio, esto es, de una manera tri-dimensional, tiene que ver con las estructuras cerebrales y por eso se liga con lo neurológico y lo biológico. Sin embargo, este concepto no está ligado solamente a un aspecto puramente biológico, sino que también hay un aspecto perceptual fundacional, que proporciona el registro neurológico a través de nuestras experiencias previas, el mapa mnémico de todos los registros perceptuales”* (Schilder, 1989).

Los eruditos de la psicología corporal definen nuestro cuerpo: *“como algo objetivo, concreto y que se puede medir con límites precisos; pero lo que llamamos “esquema corporal”, es la idea que tenemos del mismo, lo que, por el contrario, es algo subjetivo, sujeto a posibles modificaciones, a pasar de que el cuerpo no varíe entre sí”* (Bañuelos, 1994).

El concepto que tenemos de nuestro cuerpo y el esquema corporal, se elaboran dependiendo de numerosos factores que influyen modificándolo, pudiendo en algunos casos, originar un trastorno psicopatológico del esquema corporal. Dentro de estos factores se encuentran: la observación visual de nuestro cuerpo, la información que nos llega a través de nuestro sistema nervioso, el ambiente, los sentimientos y nuestro estado de ánimo a la hora de configurar el esquema corporal (Bañuelos, 2004).

## 2.3 Imagen Corporal

El concepto más bien neurológico de esquema corporal, viene a añadirse y a superponerse al de imagen corporal, concepto netamente psicoanalítico gracias al cual el ser humano puede “experimentarse”, como una entidad individual, diferenciada, unificada y constante (Guimón, 2008)

La imagen corporal *“es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente”* (Raich, 2000) y *la vivencia que tiene del propio cuerpo”* (Guimón, 1999).

Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así (Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007).

La imagen corporal se compone de las siguientes variables (Cash, 1990; Thompson, 1996):

Aspectos perceptivos: hacen referencia a la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes.

Aspectos Cognitivos- afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

Aspectos Conductuales: Conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

*“La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico [...] la imagen corporal es el modo en que uno se percibe, imagina, siente, y actúa respecto a su propio cuerpo.*

*La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en las diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo” [...] (Salaberria, Rodríguez y Cruz, p. 172, 2007).*

## 2.4 Distorsión de la imagen corporal

Cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente con la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal puede representarse en dos aspectos principalmente. Las alteraciones cognitivo-afectivas y las alteraciones perceptuales. Las primeras de ellas se desprenden de los sentimientos negativos que nuestro cuerpo nos despierta. Las alteraciones perceptuales por su parte conducirán a la distorsión de la imagen corporal a partir de la inexactitud en que se estime el cuerpo, su tamaño y forma (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen de relieve especialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (Rosen, 1995):

- Nivel Psicofisiológico: Respuestas de activación del sistema nervioso autónomo (sudor, temblor, dificultades para respirar).
- Nivel Conductual: Conductas de activación, camuflaje, rituales de comprobación, etc.
- Nivel Cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo.
- Nivel Emocional: insatisfacción, asco, tristeza y vergüenza.

En este sentido J.C. Rosen y colaboradores (1995) proponen que el trastorno de la imagen corporal se defina como *“una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.*

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), plantean que al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, cuál aspecto de la imagen corporal estamos considerado alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner y Stark, 1998), y otros, como la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 1998) y para Sepúlveda, Botella y León (2001) la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales.

Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una

jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno (Rosen y colaboradores 1995).

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant, J.R; Cash. 1995). Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos de 1% de los hombres (Rosen, Reiter y Orosan, 1995).

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos o dermatológicos, etc... de forma reiterada y con demandas irracionales (Holander, Cohen y Simeon, D. 1993; Sarwer, Wadden y Whitaken, 1998).

## Capítulo 3: El Trastorno Dismórfico Corporal y su complejidad diagnóstica

### 3.1 ¿Qué es el Trastorno Dismórfico Corporal?

Los trastornos somatomorfos se esbozaron por primera vez como trastornos psiquiátricos en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Esta categoría fue creada para facilitar el diagnóstico diferencial de los trastornos caracterizados por "síntomas físicos que sugieren una alteración física, pero en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos, y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos" (American Psychiatric Association, 1980).

Con mínimas modificaciones, esta categoría y su concepto se conservan en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), en el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) y DSM-IV TR (American Psychiatric Association 2000).

*Según los define Vallejo Ruiloba, los Trastornos Somatoformes son "síndromes clínicos con entidad nosológica propia, que parecen ligados a factores o conflictos psicológicos más que a estados psicopatológicos y que no se explican por los hallazgos biológicos objetivos"* (Vallejo Ruiloba, p. 522, 1991).

En la actualidad el DSM-IV-R (APA, 2002) identifica siete trastornos somatomorfos entre los que se encuentran la Hipocondría, Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, el Trastorno de Somatización, el Trastorno de Conversión, el Trastorno de Dolor, Trastorno Somatomorfo no Especificado y el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Es el último de ellos quién concentrará nuestra atención, buscando alcanzar el máximo nivel posible de comprensión del mismo.

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el DSM como Trastorno Dismórfico Corporal. El término dismorfofobia fue introducido por Morselli en 1886 (Morselli, 1886; Morselli, Jerome, 2001). Denominó con él a un tipo de padecimiento psíquico que consistía en la "conciencia de la idea de la propia deformidad: el individuo teme ser deforme o llegar a serlo" y a "un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente cree que es evidente para los demás, aunque su aspecto esté ubicado dentro de los límites de la normalidad". Janet en 1903 habla de: "la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo", que implica el miedo a ser visto como ridículo. El primer artículo publicado en inglés por Hay, data de 1970. La esencia del trastorno fue clarificada no como miedo a volverse deforme sino la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás (Morselli, Jerome, 2001).



Yaryura Tobías (2003) en su texto "Obsesiones Corporales" define al TDC como:

*"un trastorno de la imagen corporal, caracterizado por una excesiva preocupación por un defecto del cuerpo, completamente imaginario o muy trivial como para ser detectado por otra persona, causándole a los que lo padecen, deterioro físico, psíquico y/o social. Dicha preocupación no se explica por la presencia de otro trastorno mental o de transexualismo" (Yaryura, p.29, 2003).*

Ya Hegel, en 1946, se animó a dar una visión del trastorno dismórfico corporal planteando lo siguiente:

*El objeto es bello según el sujeto. Si el sujeto tiene una idea idealizada de lo bello, el objeto nunca llega a serlo; porque ese ideal de lo bello se alcanza solo en la idea, el pensamiento, en lo abstracto. Cuando la persona se disocia en sujeto/objeto, nunca el objeto, cuerpo, llega a cumplir los requisitos del sujeto, persona, esto genera frustración, angustia. Esta frustración es superada con una idea, la búsqueda de la perfección, belleza. Esta idea es funcional siempre que se mantenga en lo abstracto, pensamiento, porque cada vez que se quiere traducir en realidad, vuelve a generar frustración, angustia. La persona queda atrapada en su apariencia, pierde su libertad"(Hegel,p.56,1946).*

Los criterios diagnósticos presentados por el DSM-IV-TR (2000) para el Trastorno Dismórfico Corporal son los siguientes:

- A- *Preocupación por un defecto imaginario en el aspecto físico. Si existe una ligera anomalía física, la preocupación de la persona es marcadamente exagerada.*
- B- *La preocupación causa una ansiedad o un perjuicio significativo en el ámbito social, laboral y demás áreas importantes de la vida.*
- C- *La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (P.ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa).*

Millon, (2007) señala que estos pacientes tienden a centrar su atención en el supuesto defecto y lo magnifican de forma desproporcionada con lo que ocupan toda su conciencia. A la vez, el pensamiento dicotómico imposibilita cualquier tipo de evaluación realista. En vez de situarse en medio de un continuo estético, evalúan su nariz o sus labios como completamente buenos o malos, con lo que crean un círculo vicioso sin escapatoria posible. Estas personas pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos evitan mirarse al espejo, mientras que otros lo hacen compulsivamente (Raich, 2004).

El inicio del TDC alcanza su máximo en la adolescencia o en las primeras épocas de la edad adulta (Phillips, 1991). Este trastorno es generalmente de tipo crónico y con oscilaciones en su intensidad, aunque rara vez alcanza su remisión total (Phillips y Cols, 1993).

Los pacientes con TDC desarrollan alteraciones graves del estilo de vida como consecuencia de su enfermedad. Según un estudio desarrollado por Phillips (Phillips, 1995) 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. Muchos tienen una baja autoimagen y creen que un cambio de su imagen corporal aumentaría su autovaloración y mejoraría sus vidas considerablemente.

Como describe Phillips y colaboradores (Citado en Barlow y Durand, 2003) las principales preocupaciones que se aprecian entre quienes desarrollan un TDC se relacionan con el cabello, la nariz, la piel, los ojos, el rostro, la estructura ósea, los labios, el mentón, la cintura, los dientes, las piernas, los pechos y músculos pectorales, las orejas, etc.

En el 40% de los casos la preocupación comienza con una parte del cuerpo y se mantiene inalterable en el transcurso del tiempo sin agregarse otras áreas (ej. preocupación por el tamaño de la nariz). En un 37% de los pacientes la preocupación se concentra en un segmento del cuerpo y luego se van agregando otras partes (ej. Comienza por el tamaño de los ojos, y luego se agrega, sin modificación de la primer obsesión, el disgusto por la forma de las manos). Aproximadamente el 21% presenta preocupaciones por más de una parte de su cuerpo y disminuye en intensidad o desaparece cuando emergen otras áreas (ej. primero preocupación por la nariz y la forma de los labios, luego aparece la obsesión por el mentón, los senos y las piernas, para después perder la preocupación por la nariz) (Yaryura Tobías, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

Una vez que el trastorno ya está instalado, los pacientes comparan la imagen corporal percibida, con la del ideal imposible de perfección, que ellos exigen alcanzar. La gran discrepancia entre la imagen corporal percibida y la meta irreal, es el sufrimiento emocional que estos pacientes padecen (Yaryura Tobías, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

Phillips (1986), explica que las personas con el Trastorno Dismórfico Corporal presentan “obsesiones dolorosas” acerca del desorden, ya que su reiterado cuestionamiento, les produce un malestar continuo y tormentoso. Las ideas pueden asechar a la persona y aunque ésta desee desprenderse de las mismas le será casi imposible, lo cual genera dolor y perturbación en los individuos dismórficos debido a la impotencia en el manejo de sus cogniciones.

La falta de satisfacción con la apariencia y el grado en que el paciente piensa que los otros se dan cuenta de su desfiguración es desproporcionada. Debido a ello, el paciente puede adoptar remedios radicales, por ejemplo querer que le amputen la nariz o amenazar con el suicidio (Hollander y Aronowitz, 1999).

Al trabajar terapéuticamente con estos pacientes, vemos un rango de “insight”, que va desde saber que el defecto es realmente menor, a verlo catastróficamente significativo. La valoración que el paciente haga de sus reacciones frente a este supuesto defecto es clave para la demanda terapéutica y/o el inicio del tratamiento. En general, estos pacientes-por tener poca o casi nula conciencia de que padecen un trastorno mental cuyo síntoma principal es la distorsión de la imagen corporal que adquiere la forma de preocupación- no buscan ayuda de profesionales de la salud mental, hasta haber alcanzado un deterioro notable en el aspecto social, mostrando dificultades familiares, en la sexualidad, para formar y mantener una pareja y para trabajar o estudiar (Yaryura Tobías, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

La complejidad en el abordaje de estos pacientes, está dada, en que no miden riesgos ni aceptan negativas, al contrario, insisten peregrinando por los consultorios hasta dar con el cirujano plástico que acepte intervenirlos quirúrgicamente (Hollander y Aronowitz, 1999).

### 3.2 Complejidad diagnóstica

El trastorno Dismórfico Corporal resulta difícil de diagnosticar, ya que los pacientes suelen mantener sus síntomas en secreto por vergüenza. Otras razones frecuentes de infradiagnóstico o diagnóstico erróneo son la búsqueda de tratamientos quirúrgicos y dermatológicos, y la falta de familiaridad de los médicos con el Trastorno Dismórfico Corporal. Debido a la vergüenza que sienten a causa de sus síntomas, los pacientes solo manifiestan su depresión, ansiedad o incomodidad en situaciones sociales. Como consecuencia puede ser diagnosticado incorrectamente como fobia social o agorafobia (debido a la ansiedad social secundaria y al aislamiento), Trastorno de pánico (porque pueden producirse ataques de pánico en determinadas situaciones, p.ej. tras mirarse al espejo), tricotilomanía (en pacientes que se cortan o arrancan el pelo debido a su aspecto) o Trastorno obsesivo Compulsivo (Jenike, 2001).

Frances y Ross (2002) en su Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Establecen pautas para el diagnóstico diferencial del Trastorno Dismórfico Corporal:

El primer punto que se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es distinguir los síntomas del trastorno Dismórfico Corporal de la preocupación normal del aspecto físico. En el DSM- IV-TR se añadió el criterio B para referirse a este punto, exigiendo un deterioro o malestar significativos. En casos con una elevada gravedad la diferencia entre el Trastorno Dismórfico y la preocupación normal por el aspecto físico es clara. Sin embargo, en los casos más leves del trastorno se confunden con preocupaciones habituales relativas al aspecto físico.

El segundo punto que se ha de tener en cuenta para el diagnóstico es la diferencia que se da entre este trastorno y el trastorno obsesivo compulsivo. La similitud entre los trastornos se basa en la naturaleza obsesiva de sus preocupaciones y la presencia de rituales, aunque en el trastorno dismórfico los sujetos tienden a presentar una introspección más deficiente y una prevalencia más elevada de idea de referencia. Siempre que las preocupaciones del sujeto se centren básicamente en el aspecto físico, está indicado un diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal (Frances; Ross, 2002).

La prevalencia es desconocida por las dificultades del diagnóstico y la presencia de casos no detectados, ya que el paciente suele acudir al médico general, al dermatólogo o al cirujano plástico, antes que al psiquiatra. Se ha estimado que el 2% de los pacientes que quieren someterse a una cirugía estética sufre este trastorno (Andreasen y cols., 1997).

### 3.3 Escalas de evaluación y medición de severidad del trastorno

El especialista, para realizar un diagnóstico adecuado del TDC, debe expresar las preguntas precisas; en caso contrario se corre el riesgo de equivocarse el diagnóstico dado que los pacientes tienden a ocultar su sintomatología. El profesional también tiene a su disposición, una serie de escalas que le permitirán facilitar y ajustar su diagnóstico, como así también valorar otros aspectos fundamentales, como la presencia e intensidad de ideas sobrevaloradas, los rasgos de personalidad, el impacto del trastorno en la calidad de vida del paciente, el nivel de ansiedad y de depresión (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera y Borda, 2003).

Yaryura Tobías (2003) plantea que una entrevista de evaluación no puede terminar sin que el profesional tenga contestadas las siguientes preguntas:

- ¿Está usted muy preocupado por la apariencia de su cuerpo, o una parte del mismo, que considera especialmente poco atractivo?
- ¿Su apariencia le genera preocupación y usted desearía inquietarse menos?
- ¿Usted pasa al menos una hora por día pensando en el/los defecto/s de su aspecto?
- ¿La preocupación por su aspecto físico afecta de alguna forma su vida?
- ¿Hay cosas que evita debido a cómo se ve usted?
- ¿La preocupación por su aspecto físico le provoca estrés o algún sentimiento emocional? (Yaryura, 2003).

A continuación detallaré las escalas de evaluación y medición de severidad del trastorno más utilizadas:

#### *Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)*

Fue realizada especialmente para evaluar la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico. Es adecuada tanto para hombres como para mujeres, evalúa aspectos cognitivos así como conductuales y no valora solamente la insatisfacción corporal sino que discrimina sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. Consta de un cuadernillo con 28 preguntas, una hoja de evaluación para el entrevistador y otra para el entrevistado. La duración de su aplicación está estimada entre 15 y 30 minutos. Al sujeto se le pide al comienzo que describa aquella parte de su apariencia que le ha disgustado más en las últimas cuatro semanas (Rosen y Reiter, 1995).

#### *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale for BDD*

Es una adaptación de la escala de Yale Brown para el trastorno obsesivo compulsivo, para su aplicación en el TDC.

Valora duración, frecuencia e intensidad del pensamiento obsesivo corporal en ítems o subescalas. Los valores van de 0 a 40, correspondiendo los mayores a más severidad sintomatológica.

Tiene la ventaja de que la mayoría de los clínicos, están familiarizados con la escala de Yale Brown

para el Trastorno Obsesivo Compulsivo y le es más sencillo manejarla. No hay una versión en español ni validada en población latina.

*Body Dysmorphic Disorder Exam (BDDE)*

Esta es una escala administrada por el clínico, al estilo de entrevista semi-estructurada, para valorar la frecuencia, intensidad y duración de una amplia variedad de características cognitivas y conductuales asociadas a los disturbios de la imagen corporal. El puntaje es de 0 a 166 con los valores más altos indicando la severidad de la sintomatología. El valor de 60 se toma como punto de corte para el TDC, aunque es posible exceder ese puntaje y no reunir los criterios diagnósticos para el TDC. Esta es una escala validada y aceptada en EE.UU., no hay una versión en español (Rosen y Reiter, 1995).

*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (Cash, 1990).*

Es la medida más completa (como cuestionario) que existe. La versión original consta de 69 ítems (la traducida al español de 72) que pueden contestarse en una escala de 5 puntos agrupados en 7 subescalas factoriales (BSRQ) y 3 subescalas adicionales.

Tiene tres escalas actitudinales (evaluación, atención/importancia, conducta) en tres subescalas o dominios somáticos (apariencia, destreza física y salud). La escala de evaluación de la apariencia física se ha usado extensamente en la investigación de la imagen corporal.

*BSQ, Body Shape Questionnaire* (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987). Consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. La adaptación española ha sido efectuada por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996) obteniendo unas aceptables garantías psicométricas.

*Body Image Avoidance Questionnaire* (Rosen, Sulzberg, Srenick y Went, 1990). Consta de 19 ítems en los que se evalúa la frecuencia con que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 4 subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria, pesarse y acicalarse.

*Beck Anxiety Inventory (BAI)*

Es una escala de autoevaluación de 21 ítems, los valores van de 0 a 63, correspondiendo los mayores de 30 una ansiedad elevada. Se encuentra validada en castellano y es de uso frecuente en Argentina.

*Overvalued Ideas Scale (OVI) o Escala de Ideas Sobrevaloradas (Fugen, Neziroglu, Yaryura-Tobías, McKay, Stevens y Todaro).*

Esta escala es una herramienta muy útil dado que la presencia y la intensidad de las ideas sobrevaloradas van a influir en el pronóstico y respuesta al tratamiento. Valora hasta qué punto el paciente sostiene sus creencias obsesivas como verdaderas. En el caso del TDC las creencias están en relación al defecto corporal o alteración de la imagen corporal. Características de la creencia, como fortaleza, racionalidad, veracidad, accesibilidad, aceptación por otros, son valoradas en 10 puntos de la escala. Los primeros 10 ítems dan cuenta del grado de ideas sobrevaloradas; una alta valoración implica mayor intensidad de la idea. El último punto indica la duración de la creencia.

Esta escala se encuentra validada con población latina y es ampliamente usada.

En el anexo 1 se detalla el cuestionario de la Escala de ideas sobrevaloradas de Neziroglu y colaboradores.

A las escalas mencionadas, se podría agregar la toma de una escala para valorar aspectos de la personalidad como es el Test de Minesota (MMPI), una escala de valoración de calidad de vida (Quality of life inventory – QLI) y una escala que evalúe la conducta evitativa (Social Avoidance and Distress Scale) (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

## Capítulo 4: Cirugía Plástica y Trastorno Dismórfico Corporal

### 4.1 Definiciones y clasificaciones de los abordajes quirúrgicos

La Cirugía Plástica (del griego “plastikon” = modelar o dar forma) es la especialidad quirúrgica que se encarga de reparar o remodelar las alteraciones del cuerpo y del rostro. Dicha especialidad abarca dos espacios quirúrgicos complementarios que, aunque en muchas ocasiones es difícil establecer sus límites, difieren en su finalidad:

La Cirugía Plástica Reparadora, es la especialidad que se encarga de la restauración y reconstrucción de los tejidos alterados o destruidos por una enfermedad, accidente o malformación y cuyo fin es aproximarse a una apariencia normal y lograr recuperar su funcionalidad. Entre estas patologías están las enfermedades congénitas, las originadas por quemaduras, traumatismos, infecciones, tumores, etc. (Vidal 2004).

La Cirugía Plástica Estética se realiza en personas sanas, que desean remodelar parte de su cuerpo que tiene un defecto o deformidad física que los incomoda. De esta manera, se interviene a personas sanas en partes normales de su cuerpo con el fin de mejorar su aspecto, embellecerla o rejuvenecerla y con ello lograr la satisfacción del paciente con su propio cuerpo aumentando así la autoestima (Vidal, 2004).

### 4.2 Historia de la cirugía plástica

Los orígenes de la cirugía plástica pueden encontrarse en la Historia Antigua y presentan el esfuerzo del hombre para tratar las heridas y los defectos infligidos por la naturaleza o por otros seres humanos. El papiro de Ebers (1500 a.c.) muestra que el trasplante de tejidos era practicado por los egipcios en el año 3500 a.c.

En el siglo VII a.c. Susruta describe unas técnicas para la reconstrucción de la nariz, oreja y labio que se realizaban en la India 2500 años a.c.

La Edad Media, y la caída del imperio romano en el siglo V provocaron una interrupción en el desarrollo de la cirugía reconstructiva. El Cristianismo tampoco permitió que continuaran los avances en este terreno. En el siglo XIII el Papa Inocente III prohibió específicamente los procedimientos quirúrgicos.

En el siglo XIV renacieron las ciencias y con ellas la cirugía, esta vez con importantes contribuciones provenientes tanto de oriente como de occidente.

El perfeccionamiento de las técnicas reconstructivas unido al descenso de los riesgos quirúrgicos que ofrecía la anestesia y la técnica estéril desarrollada por Lister, hicieron que se facilitara y se comenzara a considerar el aplicar procedimientos plásticos para mejorar el aspecto de estructuras faciales, aunque estas no hubieran sido heridas o mutiladas.

Desde el comienzo surgieron problemas y conflictos relacionados con la cirugía estética que continúan plenamente vigentes, como la Dismorfofobia.

A pesar del enorme desarrollo de las técnicas reconstructivas y estéticas durante el siglo XIX, la especialidad no existía como tal.

La primera Guerra Mundial es el punto crucial donde comienza a reconocerse la importancia de lo que hoy consideramos la Cirugía Plástica. El enorme número de pacientes heridos por proyectiles forzó la organización de centros especializados tanto en Europa como en Estados Unidos. De estos centros surgen los “padres” de muchas de las técnicas que actualmente se emplean y del instrumental requerido para ellas.

Con la paz y la relativa prosperidad del periodo de entreguerras apareció una nueva rama de la cirugía: la cirugía plástica estética.

Con la segunda Guerra Mundial el campo de la Cirugía Plástica se amplía y los métodos se perfeccionaron. Tras la guerra se crean las sucesivas Sociedades de Cirugía Plástica.

En la segunda mitad del siglo XX la Cirugía Plástica crece extraordinariamente desarrollando nuevos procedimientos, tanto en lo reconstructivo como en lo estético.

En este período la Cirugía Estética experimenta una explosión incluso mayor. La seguridad anestésica y quirúrgica, la mejora en el nivel de vida y la importancia creciente de la imagen en nuestra sociedad han contribuido al florecer de esta rama (Arquero 2007).

#### 4.2 La cirugía plástica como respuesta a la insatisfacción corporal estética

Este siglo ha sido testigo de una consolidación de la cirugía plástica. Para la mayoría de las personas la cirugía plástica, es una manera de superar complejos que limiten la vida diaria y entorpezcan sus relaciones interpersonales (Vidal 2004).

La demanda de intervenciones de cirugía plástica en nuestro país ha sufrido un notable incremento en los últimos años. Los avances de la cirugía plástica y el papel que juegan los estereotipos dominantes en nuestra sociedad respecto de la belleza y su relación con el éxito social, son algunos de los factores que han contribuido a su incremento.

El aspecto sociológico de la cirugía plástica estética constituye otra vertiente de gran interés en relación con la explosiva demanda de esta disciplina. En las sociedades desarrolladas, con un bienestar económico aceptable, el consumo de artículos suntuarios y el concepto de la moda llevan aparejado el cuidado del aspecto físico que; una vez satisfecho en la ornamentación (vestimenta, peinado, adorno, etc.), llega a la modificación de rasgos faciales y corporales, en la medida en que acceder a estas modificaciones se vuelve más sencillo, tanto en términos económicos y como técnicos (Abreu-de la Torre, 1997).

El fenómeno de la cirugía plástica no se limita a nuestro país, sino que es un fenómeno global, la Argentina está en el quinto lugar en cuanto a demanda de cirugía estética se refiere, precedida por países como Estados Unidos, seguido por Brasil, México y Canadá (Fanger, 2002).

La proporción internacional de procedimientos según el sexo fue de un 10% en hombres y de un 90% en mujeres. Pero se estima que en los próximos años, aumentaría notablemente las cirugías en la población masculina.

El procedimiento quirúrgico más popular para ambos sexos es la blepharoplasty (cirugía del párpado), seguido por la lipoaspiración y la rinoplastia. Entre las mujeres el aumento y el levantamiento de pechos son los más solicitados.

En Estados Unidos, según la *"American Society for Aesthetic Plastic Surgery"*, en el año 2002 se realizaron 6.900.000 de intervenciones cosméticas quirúrgicas y no quirúrgicas. Aumentaron un 67% las cirugías plásticas desde el año 1997 al 2002 y hubo un 15% de incremento de implantes mamarios y cirugías de lipoaspiración.

Los cinco procedimientos quirúrgicos más populares en el año 2002 fueron: lipoaspiración, aumento mamario, cirugía de párpados, rinoplastia y reducción mamaria (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

En Argentina, según la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica y Estética (ISAPS), se realiza el 6% de todas las cirugías del mundo, en el año 2003 las intervenciones crecieron un 75% en relación al 2002. Otro dato importante es que se trata de una tendencia mucho mayor en las mujeres que en los hombres: 88,9% se las realizan las mujeres mientras que sólo el 11,1% corresponde a los varones.

En sólo un año, en Argentina, la cantidad de cirugías estéticas realizadas a menores de 20 años se duplicó: en el año 2000 representaba el 9,2% del total; en el año 2003 trepó al 17,7%. De las tres ca-

tegorías de edad que se miden, esta fue la que más creció. La de 20 a 50 años cayó 8 puntos y la de mayores de 50 subió.

Estos datos son apenas la punta del iceberg, ya que la cirugía es sólo una respuesta a la insatisfacción.

Actualmente algunas personas consideran a la cirugía estética como análoga de una psicoterapia; ambas intervenciones serían una forma de remodelar nuestra persona. Esta visión a veces crea la falsa ilusión de que a través de una intervención en el cuerpo se puede llegar a cambiar algunos aspectos de nuestra personalidad. Si bien los resultados de la cirugía generan cierto estado de bienestar, éste es transitorio y los rasgos limitantes o disfuncionales de nuestra personalidad son permanentes (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

### 4.3 Cirugía Plástica y Trastorno Dismórfico Corporal

La apariencia física y la salud mental están estrechamente relacionadas, desde grados leves de malestar psicológico hasta severos trastornos. A través de diversos estudios se ha confirmado la asociación entre alteraciones a nivel emocional y mental y patologías estéticas. En la mayoría de los casos, es difícil establecer si se presentó primero la enfermedad mental o la corporal (García, Doblado y Caballero 2000).

Investigaciones iniciales mostraron una estrecha unión entre la enfermedad mental y la necesidad de la propia mejora física. Los psiquiatras y los cirujanos plásticos colaboraron entre los años 1950-1960 utilizando técnicas psicoanalíticas para entrevistar a estos pacientes y encontraron que muchos de ellos presentaban características psicopatológicas (Hontanilla y Aubá, 2002). Posteriormente, investigaciones similares en los años 70 encontraron que eran la depresión, la ansiedad y la baja autoestima las motivaciones más frecuentes para solicitar un tratamiento de cirugía estética (Beale, Lisper y Palm, 1980).

La cirugía plástica es un área de la práctica quirúrgica donde la evaluación mental de los pacientes parece ser fundamental dada la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica entre la población que busca este tipo de servicios (Koppmann y Atton 2004).

Someterse a una cirugía plástica, ya sea estética o reparadora, responde a inseguridades y genera temores en la persona, de ahí su relación con la Psicología. La imagen corporal cambia en el momento y en el transcurso del tiempo, la psiquis tendrá que adaptarse a esta nueva imagen (Carrero, 2009).

Los procedimientos estéticos enfrentan una polémica mundial con relación al impacto psicológico que implica modificar la apariencia física para corregir defectos objetivos o subjetivos. Aunque se ha observado una mejoría de la calidad de vida, la autoestima y el estado de ánimo, la cirugía plástica ha permitido el auge de enfermedades psiquiátricas como el TDC que puede no ser percibido por el cirujano plástico (Carrero Álvarez, 2009).

Es preciso saber que se espera de una cirugía plástica antes de realizarla y constatar mediante una minuciosa charla con el cirujano si aquello que esperamos es posible. De lo contrario, si se depositan expectativas excesivas, el paciente terminará decepcionado, aunque los resultados sean satisfactorios (Goldberg, 2008).

La adecuada selección de los pacientes es uno de los factores determinantes del éxito de una cirugía o procedimiento estético y es uno de los aspectos de la atención que suele discutirse extensamente en las demandas por mala praxis.

La elección correcta suele resultar de la combinación del buen criterio quirúrgico, el sentido común, el instinto y las interacciones interpersonales. La satisfacción del paciente requiere que el cirujano preste una especial atención a las necesidades psicológicas del mismo tanto en el pre como en el postoperatorio, siendo esta parte de la atención tan importante como el procedimiento quirúrgico en sí (Carrero, 2009).

Koppmann y Atton (2004) plantean las siguientes advertencias o criterios para no intervenir a un paciente que solicite cirugía estética:

- El cirujano considera la cirugía técnicamente no viable.
- El paciente presenta expectativas irreales.
- El paciente presenta un Trastorno de la Imagen Corporal.
- El cirujano intuye que el paciente puede sufrir algún tipo de trastorno mental
- El paciente se encuentra sometido a un fuerte estrés al momento de consultar o en torno a la cirugía.
- Existe importante oposición familiar
- La solicitud de intervención es hecha por otras personas distintas del paciente mismo.
- Antecedentes de múltiples intervenciones previas ya sea sobre el mismo territorio o sobre zonas distintas.

Muchas personas con dismorfofobia solicitan la cirugía estética. Hay que recordar que la insistencia del paciente no es un signo predictor de una buena aceptación futura del resultado. El cirujano de estética, como toda persona que tiene que adoptar decisiones importantes, se ve sometido, al sopesarlas, a factores provenientes de su propio psiquismo y, en determinadas circunstancias, puede inclinarse a aceptar con mayor facilidad, ante la insistencia del paciente, una intervención de dudosa indicación (Guimón y Gutiérrez, 1975).

En estudios sobre prevalencia de TDC en consultantes a cirujanos plásticos, el 7% de las mujeres y el 33% de los hombres padecían TDC (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

En un interesante trabajo sueco se realizó el seguimiento de todas las mujeres que se realizaron implantes mamarios por razones estéticas (excluyendo la cirugía reconstructiva por cáncer de mama): 3521 mujeres, de entre 15 y 69 años, con edad promedio de 31,6 años, en el período 1965-93. De ellas el número que se suicidó superó en un 50% a la tasa de suicidio nacional. La explicación a semejante resultado se basó en la presunción y luego confirmación de psicopatologías en este grupo de pacientes. También se debe tener en cuenta que un 24% de las pacientes con dismorfia corporal se suicidan, esto sin considerar los rasgos de personalidad y baja autoestima que pueden influir al momento de tomar la decisión de colocarse un implante mamario (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

Sin embargo, de acuerdo con los especialistas, lo más importante es remarcar que la cirugía no puede terminar con la angustia o frustración y entonces, a menudo, se entra en un círculo vicioso. Puede pasar que una persona se opere la nariz y después va a querer operarse la cara y luego las mamas y así sucesivamente tratando de lograr la satisfacción (TeK, 2003).

Las personas con TDC que consiguen un cirujano dispuesto a corregir sus imperfecciones generalmente no quedan satisfechas con los resultados. Puede que sepan que aunque su apariencia ha cambiado, la forma obsesiva de pensar sigue presente y comenzarán a enfocarse en alguna otra imperfección (Phillips, 1991).

Aunque las personas que padecen TDC se sometan a algún tipo de cirugía estética o tratamientos dermatológicos, difícilmente quedan satisfechos, porque, a final de cuentas, no existe un defecto físico que corregir, sino una percepción distorsionada de la imagen que tienen de sí mismos.

Si bien, aproximadamente el 30% de los pacientes mejora con la operación, muchos vuelven a caer en su disconformidad pasado un tiempo, ya sea, queriendo corregir la misma parte del cuerpo u otra (TeK, 2003).

Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumker y Klein (1989) describen a un paciente que se hizo cuatro rinoplastias por separado, y luego comenzó a inquietarlo lo delgado de su cabello y sus hombros caídos. Para Yaryura Tobías (2003) las evidencias existentes sugieren que las cirugías estéticas e intervenciones estéticas, por lo general no mejoran el cuadro, pudiéndolo empeorar en algunas ocasiones (Yaryura Tobías, 2003).

Los pacientes con TDC no se sienten beneficiados con la cirugía y tal vez vuelvan por una intervención adicional o presenten demandas por negligencia. En un estudio reciente se descubrió que la preocupación por la fealdad imaginaria en realidad aumentó entre las personas que se hicieron cirugía plástica, trabajos dentales o tratamientos cutáneos especiales para los problemas que percibían (Phillips, 1993).



Según Phillips la cifra de insatisfacción alcanza el 82,6 por ciento de los intervenidos que padecen TDC. Tal vez este sea el motivo por el cual muchos se someten a cirugías de manera recurrente.

Los pacientes con trastornos dismórficos pueden permanecer insaciables tras la realización de una cirugía estética, presentando una continua fijación sobre un pequeño defecto que es objetivamente corregible y, a pesar de los esfuerzos del cirujano, ellos consideran que no han mejorado en absoluto. Por tanto, es necesaria una evaluación psicológica antes de la intervención para determinar qué personas pueden ser sometidas a un procedimiento de cirugía estética (Phillips, 1997).

Vaz, Peñas, Ramos (1999) reclaman esfuerzos en la clarificación terminológica, y proponen junto a Thompson (1990), que no se confundan "alteración de la imagen corporal" con "insatisfacción corporal", pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos. Por esta razón, al evaluar la posibilidad de una cirugía plástica es importante definir de donde nace el deseo de realizarla. Si se debe a una alteración es poco probable que el resultado de la cirugía sea satisfactorio para el paciente, lo que lo llevará a múltiples cirugías sin lograr la satisfacción buscada, a diferencia de lo que sucede cuando se utiliza la cirugía como medio para incrementar la satisfacción corporal.

Ante la demanda a veces insistente y ambigua, que encubre dificultades que el sujeto no puede abordar y que trata de resolver por la magia de un gesto quirúrgico, hay que proponer un plazo de espera y lograr que el paciente lo admita (Alby, 1979).

Yaryura Tobías, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda (2003) en su libro "*Obsesiones corporales*", expresan que:

*"lo más importante es que el cirujano detecte a los pacientes con dismorfia para poder derivarlos a tiempo. Esto se puede hacer a partir de un cuestionario que indague más allá del motivo de la consulta: cuánto condiciona y cuánta angustia produce al paciente el "defecto" que éste manifiesta tener. A partir de ahí, si la persona con este trastorno deja su trabajo, vida social y hasta llega a pensar en el suicidio, es necesario empezar un tratamiento con un psicólogo y un psiquiatra".*

El médico especialista debe tener en cuenta los aspectos antes mencionados y capacitarse para evaluar adecuadamente, desde el punto de vista mental y emocional, a los pacientes que asisten a las consultas de estética. Si sospecha de patologías que no son de su especialidad, lo adecuado es derivar los pacientes a un profesional de la salud mental (Guimón, 2008).

Una encuesta realizada entre cirujanos plásticos encontró que el 84% de los cirujanos plásticos habían operado personas que en su consulta inicial las catalogaban como aptas pero posterior al procedimiento se percató que tenían criterios para un TDC (Sarwer, 2002).

Más allá de la interconsulta con profesionales en salud mental, es recomendable establecer criterios claros para la selección de los pacientes que acuden a solicitar los servicios de un cirujano estético.

Para el cirujano plástico Rod J. Rohrich, uno de los máximos exponentes de esta especialidad médica en el ámbito internacional, en el proceso de selección, deben responderse las siguientes preguntas:

- ¿Quién es nuestro paciente, y cuáles son los principales rasgos de su personalidad, gustos y disconformidades?
- ¿Cuáles son los objetivos estéticos que persigue con la cirugía? ¿Es posible cumplir con dichos objetivos en forma segura?
- ¿Cuándo es el mejor momento para realizar la cirugía? ¿Se encuentra el paciente atravesando una crisis o problemas que puedan hacer de la cirugía una mala opción en este momento?
- ¿Por qué quiere ser intervenido? ¿Tiene expectativas realistas y comprende las limitaciones de la cirugía?

El cirujano plástico no debe rechazar drásticamente a un paciente con TDC, lo correcto es individualizar el caso y orientarlo hacia un tratamiento adecuado. Los pacientes con TDC que se deciden operar, se deben tratar conjuntamente con un profesional de la salud mental. Se ha encontrado que si se selecciona apropiadamente, la cirugía tendrá un efecto psicológicamente positivo. Sin embargo, existe evidencia que demuestra que el TDC y sus comorbilidades no mejoran con la cirugía (Carrero, 2009).

Por lo tanto, será la experiencia del cirujano plástico la que finalmente decida el destino del paciente.

## Capítulo 5: Importancia del trabajo interdisciplinario para el abordaje clínico del trastorno

### 5.1 La Interdisciplina

El término *interdisciplinariedad* proviene de la sociología y fue acuñado en 1937 por Louis Wirtz. Las áreas que abarca son analizadas por Morin (1983) que considera que la denominación, alude al intercambio, cooperación y competencia entre campos de especialización de disciplinas diferentes. Tal intercambio surge del supuesto de que es factible conocer, conjugar e integrar disciplinas afines, para “devenir así en algo orgánico”. Morin sitúa la interdisciplinariedad como una coconstrucción cuya finalidad es abordar y entender una problemática; es decir, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de discursos, prácticas e intercambios entre distintas disciplinas (Morin 1983).

Cada disciplina construye y organiza sus modelos, incumbencias, territorios, contenidos, lenguaje, conceptos y fronteras. A partir de sus competencias, todas recortan una realidad para abordarla. Sin embargo, los límites de una disciplina no son fijos, sino que crecen, se transforman y, junto con sus avances, promueven especializaciones y articulan perspectivas interdisciplinarias. En rigor, lo interdisciplinario se sitúa en medio o sobre los bordes que singularizan cada campo profesional, en los que es posible reconocer y diferenciar disciplinas y profesiones intervinientes (García y otros, 2000).

La interdisciplinariedad establece vínculos múltiples, complejos y variables entre conocimientos y habilidades generados por diferentes discursos y prácticas. Esto exige flexibilidad por parte de los actores, de los servicios y las instituciones, para generar recorridos que establezcan esos vínculos (Mucci, 2004).

En este sentido, dice Michaud: *“la interdisciplina no se aprende, ni se enseña, se “vive” [...]. Es una instancia que se construye. Es imposible imponerla”* (Michaud, 2002).

La psicología y la medicina convergen en la salud mental. Ambas reflejan aspectos que operan desde sus perspectivas y dan cuenta de relaciones de mutua influencia. En salud mental, es imperativo impulsar el trabajo interdisciplinario para explorar la posibilidad de combinación e integración con otras ciencias y buscar el nivel de intervención para cada situación. Una concepción interdisciplinaria en salud mental supone, por una parte, programar un marco básico que, sin yuxtaponer disciplinas, posibilite la labor (Mucci, 2004).

Por consiguiente, el concepto de interdisciplinariedad impulsa el trabajo en equipo, que suele llevarse a cabo desde diversas perspectivas y modalidades.

### 5.2 Psicoprofilaxis quirúrgica: una práctica que promueve la interdisciplina

El abordaje interdisciplinario de diferentes trastornos, es una tendencia mundial que se expande en todas las especialidades. Así, la psicología ha ingresado al equipo del servicio de cirugía realizando una práctica, conocida como psicoprofilaxis quirúrgica (Mucci, 2004).

María Mucci (2004) define a la psicoprofilaxis quirúrgica:

*“Cómo un proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orientan a: afrontar la operación, reducir efectos eventualmente adversos, para el psiquismo y facilitar la recuperación biopsicosocial” (Mucci, 2004. Cap. 2. Pág. 50.)*

La psicoprofilaxis quirúrgica es una práctica de límites precisos. Se ubica en el cruce interdisciplinario de dos ciencias: la psicología y la medicina. Tradicionalmente en la Argentina se inicia y se desarrolla en el ámbito de la psicología clínica y su expansión en otros contextos la enmarca también en el campo de la psicología de la salud. Se encuadra como una práctica clínica para la salud y con un objetivo preventivo (Mucci, 2004)

Esta práctica, introduce un espacio que posibilita disminuir los efectos, perturbaciones, dificultades o trastornos que presenten los sujetos, que se someterán a una cirugía, en su funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental (Mucci, 2004).

Así también, la Psicoprofilaxis, propone ayudar a que se movilicen defensas adecuadas que sean capaces de neutralizar la posible angustia que genere la intervención quirúrgica y asumir los cambios estéticos, funcionales y psicológicos que surjan como consecuencia de ella en forma inmediata y mediata (Mucci, 2004).

Cuando hablamos de psicoprofilaxis quirúrgica, nos situamos claramente en el campo de la psicología preventiva.

El concepto de prevención remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo.

El trabajo de Prevención psicoterapéutica consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático (Rinaldi, 2001).

En lo que concierne a la psicoprofilaxis quirúrgica, Mucci (2004), considera que ésta incluye los tres tipos de prevención tomando en cuenta que se trata de evitar complicaciones, retornar al estado de salud perdido y adaptar al paciente para enfrentar su nuevo estado en el caso de que la cirugía hubiese dejado alguna complicación.

### **prevención primaria**

El objetivo general de la prevención primaria es modificar, anticipadamente, las condiciones biopsicosociales que pueden afectar negativamente a la salud, a la vez que promover conductas que la favorezcan. Entre la población quirúrgica, se considera prevención primaria a las actividades, disposiciones y recursos que tienden a informar. De este modo, la denominada preparación psicológica ante la intervención quirúrgica por medio de cuadernillos informativos, entrevistas de evaluación, etc., se ubicaría en esta categoría.

### **Prevención secundaria**

El objetivo más general de la prevención secundaria es localizar e identificar los trastornos psíquicos en sus inicios aún antes de su surgimiento: se actúa para prevenir lo que ocurriría si el problema no fuera tratado. Este tipo de prevención abarca actividades orientadas a morigerar la amenaza o el daño psíquico de la operación.

Dos son los instrumentos:

- El diagnóstico precoz, que facilita intervenir preventivamente y actuar desde un tratamiento
- El tratamiento rápido y eficaz, que implica actos que, en principio, tienen el propósito de eliminar o reducir el daño.

### **Prevención terciaria**

El objetivo general de la prevención terciaria es, la rehabilitación biopsicosocial cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido.

Para Rinaldi (2001), la tarea preventiva debe cumplir los siguientes propósitos:

- Satisfacer el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo concerniente a la cirugía, los riesgos, el dolor y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo la evolución postoperatoria.
- Brindar al paciente el esclarecimiento y la contención emocional adecuados para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.
- Evitar trastornos psicopatológicos futuros. Un paciente debidamente preparado resulta menos vulnerable y disminuyen sus riesgos psicosomáticos.

La profilaxis quirúrgica consta de tres fases que se corresponden con los momentos quirúrgicos:

1. Preoperatorio. Es anticipatorio: abarca situaciones que preceden la internación y la operación. Se disgrega en dos periodos:
  - a) Alejado: precedente al diagnóstico, abarca las primeras manifestaciones sintomáticas, consultas médicas y estudios diagnósticos.
  - b) Preliminar: desde que el médico informa un diagnóstico e indica una intervención.
2. Preoperatorio próximo u operatorio: Es un periodo intermedio o de impacto, se corresponde con la hospitalización hasta el ingreso al quirófano.
3. Intraoperatorio. El acto quirúrgico.
4. Postoperatorio. Comprende desde el egreso del quirófano hasta el alta definitiva (Mucci, 2004).

Por tratarse de una psicoterapia breve focalizada, la psicoprofilaxis constituye para la persona un proceso de elaboración reflexivo, de aprendizaje en el espacio interactivo que se constituye entre el psicólogo y el paciente. Este espacio otorga la posibilidad de ayudar al paciente a "rellenar" huecos, vacíos bordeados de dudas, interrogantes, vacilaciones e incertidumbres (Michaud, 2002).

### **5.3 El rol del psicólogo en la psicoprofilaxis quirúrgica**

El psicólogo clínico, a la hora de evaluar un paciente, debe buscar obtener la mayor cantidad de información posible, con relación a la modalidad afectiva, estilo cognitivo y el repertorio comportamental. La información recabada le permitirá diagnosticar problemas psiquiátricos y también determinar el área en la que se debe focalizar y trabajar. De este modo, se seleccionan estrategias de tratamiento e intervención, se diseña un perfil de personalidad y se obtienen datos complementarios a otras evaluaciones.

La evaluación se apoya en la experiencia del psicólogo clínico para identificar aquellos pacientes que estén aptos o no, para la intervención quirúrgica.

Como resultado de la evaluación surge la instancia diagnóstica, presuntiva y situacional, que permite identificar el problema desde una perspectiva multidimensional. En esta instancia, el psicólogo se implica en el proceso de toma de decisiones (Mucci, 2004).

Para Mucci (2004), el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes, implica tres niveles de intervención: el paciente, el equipo y la familia.

**El paciente**

Este nivel comprende el contexto actual del paciente: etapa evolutiva, características del microsistema, del grupo familiar, situación socio-económico-laboral, etc. Incluso el sentido que le adjudica a la intervención quirúrgica y a la información diagnóstica.

**El equipo**

Es esencial trabajar interdisciplinariamente porque ello permite que el psicólogo intercambie con el equipo quirúrgico información sobre el paciente y elaboren una estrategia común. Este intercambio permite conocer el diagnóstico, la terapéutica y su pronóstico. Es decir, conocer la situación "objetiva", independientemente de la percepción "subjetiva" del paciente; enterarse del tipo de operación que se llevará a cabo y de sus características generales. En el caso de las cirugías del embellecimiento, el psicólogo debe indagar que determinantes, conscientes o no, estarían en juego y si se debe o no realizar la intervención.

Existen dos variables consideradas importantes en el intercambio interdisciplinario. Por una parte, tener conocimiento de la información que se le proporcionó al paciente. Por otra, conocer los tiempos quirúrgicos aproximados, tanto de internación como de recuperación, para que no se produzcan, desde el vector psíquico, fenómenos iatrogénicos.

**La familia**

En tanto el enfermo es un sujeto activo, en interacción, se debe tener en cuenta la constelación familiar y el lugar que ocupa en ella. Ya que sus respuestas están, a veces, subordinadas a la modalidad del funcionamiento familiar y a la situación socio-económico-laboral.

La actitud clínica frente al paciente, el equipo y la familia, es abierta, flexible, con participación, intervención y escucha activas, comprometidas. Implica un proceso no abstinerente, es decir, estimula la comunicación de todos los niveles implicados. De este modo, el equipo quirúrgico tendrá la posibilidad de observar como la presencia del psicólogo allana algunas dificultades que perturban su labor, en tanto éste les muestre aquello que registra y que ellos, por diversas razones desconocen (Mucci, 2004).

Es primordial que el psicólogo pueda acceder al paradigma vital del paciente, para compenetrarse mejor en sus vivencias, extrañas para nosotros, pero reproducibles en otros estadios donde tratamos de traducir el lenguaje único de los que nos consultan (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

Mucci (2004) plantea variables de intervención técnica, que se deben implementar desde la primera entrevista:

- a) Entrevista libre. Posibilita que el consultante exprese sentimientos, expectativas, esperanzas, emociones, fantasías, miedos, inquietudes, preocupaciones y teorías en torno al proceso quirúrgico.
- b) Entrevista semipautada. Se implementa si aparece obstaculizada la capacidad del consultante para discurrir acerca de lo que le pasa. Permite recopilar la información básica que este no haya aportado.
- c) Evaluación del nivel de estrés preoperatorio. Se administra el STAI
- d) Autoinforme de miedos. Al finalizar la primera entrevista se da la consigna: "Para nuestro próximo encuentro, escriba qué se le ocurre sobre los miedos que siente ante la operación, aun cuando le parezca que no tiene relación con ella".
- e) Técnicas proyectivas graficas. Permiten detectar ansiedades situacionales. Se administra la técnica propuesta por Mardarás Platas, con la consigna: "Dibuje cómo imagina el momento de la operación".
- f) Entrevistas complementarias. De ser necesario, otra fuente de información son entrevistas con familiares u otras personas del entorno.

Para Caplan (1993) el rol del psicólogo es intervenir, mediar entre ambos polos de la situación paciente-cirujano, reuniendo, recortando e interpretando la información disponible, tanto con el equipo como con el paciente y su entorno. Esta mediación posibilitará dar cuenta de las necesidades del paciente y el médico.

## 5.4 Problemas de orden legal en menores

Los adolescentes de hoy se encuentran frente a una idealización, hoy se valora más el físico, usar ciertos talles o tener cierta apariencia, pero esa presión social que reciben los jóvenes, sumada a la de algunos padres y mandatos de la moda, provocan una distorsión de los valores.

Cada vez son más los menores de edad que acuden a las consultas médicas con intención de operarse. Los expertos alertan que a esa edad, pueden provocar problemas en su desarrollo. Sin embargo, no hay una regulación legal que impida practicarlas.

En el caso de los menores de edad, la cirugía estética supone un riesgo adicional a los propios de la cirugía, debido a que:

- Durante el período de la adolescencia, el crecimiento físico ha podido no finalizar de modo completo, ni homogéneo. Este hecho incrementa el riesgo de tener que someterse a reintervenciones futuras.
- La adolescencia también es una etapa madurativa desde el punto de vista psíquico. Por lo tanto, puede existir una falta de madurez para adaptarse a los cambios de la imagen corporal y una valoración insuficiente o inadecuada de las consecuencias, los riesgos y las complicaciones que puede conllevar la cirugía estética (Ferrari, 1996).

Según la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, la edad promedio de las pacientes bajó a 25 años durante la última década. Y los implantes de mamas y las lipoaspiraciones en el abdomen, en la cintura o en los muslos pasaron a ser los procedimientos más pedidos.

Si consideramos que en EE.UU. hacen mención a Buenos Aires como la ciudad en donde un gran porcentaje de población se realiza la mayor cantidad de intervenciones estéticas del mundo, uno debería plantearse cuánto afecta a las jóvenes argentinas crecer en esta sociedad (Yaryura, Neziroglu, Pérez Rivera, Borda, 2003).

Para remediar este vacío legal, la diputada porteña María Eugenia Rodríguez Araya, presentó un proyecto de ley que busca regular las cirugías plásticas estéticas a menores de 18 años. El proyecto de ley apunta a que, además del permiso de los padres, los menores que quieran operarse en la Ciudad de Buenos Aires deban cumplir obligatoriamente con una evaluación psicofísica completa. Actualmente, ese examen preoperatorio no es un requisito obligatorio para los jóvenes que deciden entrar a un quirófano. Para Rodríguez Araya este control puede llegar a ser fundamental, porque servirá para determinar si existen desórdenes o trastornos mentales que contraindiquen la intervención, especialmente los relacionados con la imagen corporal.

### 5.4.1 La perspectiva española

Según la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora, cada año se realizan en el país unas 380.000 operaciones, lo que sitúa a España en cuarto lugar en el mundo en este tipo de actividad, que crece cada año entre un 5 y un 10%, y que, según las estadísticas, en uno de cada diez casos se realiza en un menor de edad.

Es por ello que la Junta de Andalucía, consciente del problema de salud que supone la extensión indiscriminada de procedimientos quirúrgicos de carácter puramente estético entre la población adolescente, ha desarrollado un decreto que contribuya a regular esta actividad cuando se practique sobre jóvenes menores de edad, reduciendo su aplicación a aquellos casos justificados y documentados, donde exista una relación razonable entre el riesgo y el beneficio de la intervención.

El objetivo de esta medida pasa por valorar el nivel de madurez del menor y descartar los desórdenes que contraindiquen la operación -especialmente cuestiones relacionadas con trastornos de la imagen corporal-. Para ello, todos los menores de 18 años que quieran someterse a una intervención de este tipo deberán pasar un examen psicológico previo (Junta de Andalucía, 2009).

La evaluación psicológica abordará las siguientes áreas según lo previsto en el Decreto 49/2009:

- La comprensión plena por parte del menor de todos los beneficios, riesgos y consecuencias que supone la intervención de cirugía estética.
- El descarte de aquellos trastornos psicológicos y alteraciones de la personalidad que pueda constituir causa de contraindicación de la cirugía estética, especialmente los relacionados con la imagen corporal (Trastorno Dismórfico Corporal, Trastornos de la alimentación, etc.)
- La madurez psicológica, suficiente o no, de la persona menor de edad.

La ausencia de cumplimiento de algunos de estos criterios de evaluación debe suponer la recomendación de no intervención por parte de quienes realicen el examen psicológico.

En el anexo 2 se detalla el protocolo de valoración psicológica utilizado en España.

### 5.5 Beneficios del trabajo complementario entre el psicólogo clínico y el cirujano plástico

Los médicos, cirujanos y psicólogos intervienen sobre el cuerpo. Los psicólogos desde el lugar de la palabra y advertidos de los efectos de la misma sobre el cuerpo. Un cuerpo que habla, cuerpo hablado, o al menos un cuerpo que habrá de manifestarse deviniendo palabra. Por su parte los médicos y cirujanos, desde el marco de la medicina fundamentalmente piensan el cuerpo desde lo somático.

El estrés emocional que se produce antes, durante y después de una transformación corporal, como lo es una cirugía estética, o reconstructiva, puede minimizarse con la adecuada preparación psicológica (Mucci, 2004).

El rol del profesional de la salud mental en relación con el cirujano reviste importancia para todos los implicados. Entre otras cuestiones, consiste en ayudarle a no perder de vista que los pacientes no son idénticos entre sí y que, por ende, responden y actúan de acuerdo a su singularidad. Como señala Israel (1969):

*El paciente no es objetivo por naturaleza y por posición, ni indiferente respecto de lo que ocurre. Su sensibilidad matiza sus síntomas. [...] La información, cultura, circunstancias de su vida actual y pasada influyen en la imagen que se forma de su estado y fijan el nivel de sus temores, los que contribuyen al relieve que adquieren las diversas manifestaciones que experimenta.*

A pesar de estos hallazgos, en la mayoría de los centros quirúrgicos –aún los más avanzados del mundo– las necesidades emocionales de los pacientes son asistidas por médicos clínicos, cirujanos y anestesiólogos sin la participación de un psicoterapeuta especializado.

Es preciso que el cirujano internalice un modelo de relación con sus pacientes que incluya este aspecto de la psicoprofilaxis como una rutina clínica, otorgando un espacio donde el paciente pueda decir y no caiga en la pasividad impotente que conlleva la contundencia de la cirugía y que hace que el cirujano asuma una responsabilidad ilimitada. Promoviendo así que la palabra del paciente no quede obturada por el silencio (Mucci, M Y cols. 2000).

El trabajo complementario implica un accionar para planificar programas; elaborar criterios y estrategias clínicas; procurar recursos; diseñar dispositivos y seleccionar medios; proveer una asistencia integral mediada por acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento (Mucci, 2004).

En tal sentido, utilizar conceptos y elementos teóricos de disciplinas diferentes contribuirá a expresar y resolver dilemas.

Stolkiner (1999) señala que la inclusión del profesional psicológico en el territorio médico exige una posición abierta, no dogmática. Gracias a esta posición es posible fundar dispositivos diferentes de los tradicionales. Implica resignar para aceptar que el saber de la propia disciplina es insuficiente para dar cuenta de un problema en su totalidad.

La intervención psicológica ayuda al paciente a procesar la información. La que nos llega del paciente es cómo interpretó lo que el médico le dijo. A partir de esas palabras, transmite "su versión, su verdad". Se trata de un proceso de escucha, orientación, contención y elaboración reflexiva, para hacer explícito lo silenciado (Mucci, 2004).

La psicología, sin proponerse como panacea, pone a disposición de la medicina recursos para examinar, estudiar, comprender, modificar la relación y procurar "otro modo" de considerar a la persona en relación con su cuerpo. Aun con límites, apunta a un cambio (Mucci y cols., 2002).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se debe considerar, a la Psicoprofilaxis Quirúrgica, con su carácter interdisciplinario, como una herramienta fundamental en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud.

El encuentro interdisciplinario permitirá considerar las presiones institucionales, sociales y profesionales; analizar y ayudar a resolver situaciones de tensión intra e interequipos, en la relación profesional-paciente, profesional-familia; y observar interferencias comunicacionales en el sistema complejo que se constituye alrededor de la cirugía (Mucci, 2004).

Por lo tanto, en relación al tema de esta tesina, será de vital importancia reconocer los pacientes con TDC antes del procedimiento estético, de manera que se le pueda brindar un manejo más integral y en los casos más severos, se evitaría exponer a un riesgo quirúrgico innecesario aquel paciente que se sabe que no se beneficiará con el procedimiento.



## CONCLUSIONES

A partir del recorrido teórico realizado, intentaré en lo que sigue, elaborar reflexiones acerca de las problemáticas que este trabajo plantea.

Para comenzar con su desarrollo, me pareció oportuno plasmar, como fue la variación del ideal de belleza a lo largo de los siglos, y como la cultura y la sociedad de cada época, influyó en la manera en que el ser humano se valora a sí mismo.

Tal vez la búsqueda incansable de la belleza por parte del hombre, no sea algo tan reciente, sino que en cada momento histórico fue intentando alcanzar el ideal que se le iba imponiendo a cualquier precio.

Actualmente estamos inmersos en la era de los medios de difusión, la lógica del consumo y los medios de comunicación nos recuerdan constantemente que debemos ser atractivos y que debemos parecernos a una imagen idealizada.

En esta sociedad, el embellecimiento del cuerpo se convierte en una práctica diversificada y generalizada, que provoca un consumismo en ascenso. Se demandan soluciones inmediatas, para lograr los modelos de belleza que imponen los medios de comunicación. Esto lleva a que vean a la cirugía plástica estética como la panacea de la insatisfacción de su apariencia.

La demanda de intervenciones de cirugía estética en nuestro país ha sufrido un notable incremento en los últimos años. Los avances en la cirugía plástica estética y el papel que juegan los estereotipos dominantes de nuestra sociedad respecto a la belleza y el atractivo físico y su relación con éxito social, son algunos de los factores que han contribuido a su incremento.

Quizá el aumento paulatino de los trastornos relacionados con la imagen corporal se puedan explicar, por el aumento en nuestra sociedad de una búsqueda inalcanzable del ideal de belleza.

Por otro lado, se ha realizado un recorrido conceptual respecto a aquellas nociones vinculadas a la imagen corporal y al esquema corporal, para poder comprender el trastorno del que trata esta tesina.

De acuerdo con lo trabajado y observado en esta revisión bibliográfica el trastorno dismórfico corporal es una entidad autónoma, en la que existe una dificultad o creencia relacionada con el cuerpo, que causa malestar significativo y un deterioro personal, social y laboral al sujeto.

Los pacientes que padecen este trastorno, tienden a centrar su atención en un supuesto defecto, magnificándolo de forma desproporcionada y creyendo que un cambio en su imagen corporal, aumentaría su valoración y mejoraría su vida considerablemente.

La complejidad de este trastorno aumenta, cuando estos pacientes peregrinan por los consultorios de los cirujanos plásticos, hasta conseguir un profesional dispuesto a corregir sus "imperfecciones". Pero la cirugía no terminará con la angustia y la frustración, y entrarán en un círculo vicioso que los llevará a operarse repetidamente la misma parte del cuerpo u otra diferente.

Es importante acentuar que estos pacientes difícilmente estarán satisfechos con la cirugía plástica, porque al final de cuentas, no existe un defecto físico a corregir, sino una percepción distorsionada de la imagen que tienen de sí mismos.

Esta realidad tan compleja, me ha llevado a plantear en esta tesina, lo beneficioso que resultaría el trabajo interdisciplinario entre el cirujano plástico y el psicólogo clínico para abordar a los pacientes que sufren dicho trastorno.

El abordaje interdisciplinario es una tendencia mundial que se expande en todas las especialidades y ha obtenido múltiples beneficios para el abordaje de diferentes trastornos. La psicología ha ingresado en el servicio de cirugía realizando una práctica conocida, como psicoprofilaxis quirúrgica. Este proceso psicoterapéutico tiene objetivos preventivos, ayudando a detectar trastornos psicopatológicos, así como ayudando a reducir efectos eventualmente adversos, para el psiquismo y facilitar la recuperación biopsicosocial.

Integrar implicará una respuesta para una situación concreta, donde el psicólogo formulará el problema del enfermo en términos psicológicos y colaborará con los cirujanos plásticos para detectar un trastorno de la imagen corporal.

Por todo lo dicho anteriormente, se podrá prevenir la proliferación de este trastorno, realizando una mejor selección de los pacientes a intervenir por parte del cirujano plástico y aplicando una evaluación psicológica a los pacientes que se operan.

Quizá como señala Mucci (2004) nuestro reto será: “crear un dispositivo que integre psicólogos al servicio quirúrgico”. Este planteo implica un modelo de trabajo que se aleja del tradicional, y está definido no sólo por la asistencia individual del paciente, sino por la relación con profesionales de otras disciplinas y la importancia de intervención preventiva.

Si el acento está puesto en la prevención, es importante plantear la obligatoriedad de un trabajo interdisciplinario para el tratamiento de este trastorno.

Este planteo nos lleva a cuestionar nuestro actual sistema de salud y a preguntarnos si se debe judicializar o no los actos médicos.

Como se plasmó en el desarrollo de la tesina, en España, debido al aumento de cirugías plásticas en menores, la justicia intervino aprobando un decreto que exige, que el menor deba pasar por un examen psicológico previo antes de realizarse la cirugía, para descartar trastornos psicológicos que contraindiquen la intervención.

Nuestro país se ha hecho eco de la acertada iniciativa española, ya que una diputada de la Capital Federal ha presentado un proyecto de ley que busca regular las cirugías plásticas en menores de 18 años; imponiendo la obligatoriedad de una evaluación psicológica a los jóvenes que quieran pasar por un quirófano.

Quiero dejar en claro, que de ninguna manera, el objetivo de este trabajo es oponernos a la cirugía plástica en paciente que sufren TDC. Pero si nos parece de vital importancia realizarla dentro del contexto de un tratamiento interdisciplinario, en donde el psicólogo pueda sugerir cuándo es el momento en que el individuo se encuentra en mejores condiciones psíquicas para afrontar el acto quirúrgico.

Considero que aún queda por delante una insaciable búsqueda de respuestas a este grave trastorno y cuál es su mejor manera de abordarlo.

Hacia el final de esta tesina, podemos afirmar, que el trabajo interdisciplinario es el camino más eficaz en aras de un abordaje integral del ser humano.

María Laura Fernández  
Buenos Aires, agosto de 2010.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abreu de la Torre, L. (1997). Estética y Salud mental. Revista Latinoamericana de ciencias. Vol.7.Num.2. Bibliomex salud: México.
- Ajuriaguerra J., Hécaen H. (1940) Le cortex Cérébral. Étude neuro-psycho-pathologique. Paris: Masson.
- Alborch, C. (2000) Solas. *Gozos y sombras de una manera de vivir*, Ediciones Temas de hoy, Barcelona.
- Alby JM, Ferreri M. (1979) Le psychiatre à l'Hôpital général. Psychol Méd ; 11 : 1349-1353. 1979.
- American Psychiatric Association (1980). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM III), 3<sup>rd</sup> Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM IV-TR), 4<sup>th</sup> Ed. rev. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Andreasen NC, Bardach J. (1997). Dismorphophobia: symptom or disease? American Journal of Psychiatry.
- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV edición revisada*. Barcelona: Masson.
- Arquero (2007). Historia de la cirugía plástica. Disponible en: [http://www.clinicaarquero.com/03\\_historia.htm](http://www.clinicaarquero.com/03_historia.htm). Fecha de acceso: 03/03/2010.
- Aumont, J. (1998) *La estética hoy*. Madrid: Catedrá.
- Bañuelos, C. (1994) Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI. Revista de Investigaciones Sociológicas (REIS) n° 68. Madrid. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/40183760>. Fecha de acceso: 13/03/2001
- Barlow, D. y Durand, V. (2003). "Psicopatología". Madrid: Thomson.
- Bernard, M. (1985). *El cuerpo*. Barcelona: Paidós
- Bodeau de Somaize (1666). Le Secret d'être toujours belle, Paris. En Vigarello, G (2009). Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días. 1<sup>a</sup> ed. 1<sup>a</sup> reimpresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Caplan, G. (1993). Aspectos preventivos en salud mental. Buenos Aires: Paidós.
- Carrero Álvarez, M. (2009) Importancia en la detección de Trastorno Dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo. Revista Med unab Vol.12. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/portal/page/revistamedunab/carrero.pdf>. Fecha de acceso: 20/12/2009.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford
- Cheng, F. (2007). Cinco meditaciones sobre la belleza. Siruela.
- Crockett, R. J.; Pruzinsky, T. (2007). The influence of plastic surgery "Reality tv" on cosmetic surgery patient expectation and decision making. En Carrero Álvarez, M. (2009) Importancia en la detección de Trastorno Dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo
- Darwin, C. (1981). The descent of man selection in relation to sex. Princeton University. En Yaryura Tobías, J. A., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). Obsesiones Corporales Primera Edición. Buenos Aires: Polemos.
- Decreto 49/2009 (2009) Junta de Andalucía. Consejería de salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2009/53/d/updf/d56.pdf>. Fecha de acceso: 20/03/10.
- Ehrard, J. (1963). L' Idée de nature en France à l'aube des Lumières, Paris, Pág. 189. En Vigarello, G (2009). Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días. 1<sup>a</sup> ed. 1<sup>a</sup> reimpresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ferrari, HA. (1996) *Salud Mental En Medicina: Contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud*. Buenos Aires: López.
- Frances, A. Ross, R. (2002). DSM-IV-TR Estudio de casos: Guía Clínica para el diagnóstico diferencial. Barcelona: Masson.
- García M. J., Doblado S., Caballero R. (2000). Psicodermatología: de la emoción a la lesión (I): Concepto. Bases biológicas, psicológicas y sociales. Psiconeuroinmunología. Psiquiatría; 16(9):336-371
- García, S.; Lado, M.C.; Makler, C; Besada, M.; Mucci, M.C. y Covaro, J.A (2000). Estrategias de intervención psicológica en situaciones médicas: psicoprofilaxis quirúrgica. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Buenos Aires, Vol. IX. Pág.47-57.
- Gardner, R. M. y Stark, K. (1999): Development and validation of two new scales for assessment of body image", Perceptual and motor skills, n° 89, pp. 981-993.
- Garner, D.M (1998): Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (edi-2). Madrid, Tea Ediciones.
- Goldberg, B (2008). No estoy conforme con mi cuerpo. 1<sup>a</sup> edición. Buenos Aires: Lumen.

- González. (2001). *Imagen corporal: Cuerpo vivido, cuerpo escindido*. Disponible en: [www.inper.edu.mx/revista](http://www.inper.edu.mx/revista). Fecha de acceso: 05/03/2010
- Guimón, J. (1999). Los lugares del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- Guimón, J. (2008) Cirugía Estética: implicaciones psicológicas. Avances en Salud Mental Relacional Vol. 7, núm. 3 – Agosto 2008. Revista Internacional. Disponible en: [http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/cirugia\\_estetica.pdf](http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/cirugia_estetica.pdf)
- Hegel, G (1946). En Yaryura Tobías, JA., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales* Primera Edición. Buenos Aires: Polemos.
- Hollander, E.; Cohen, L. y Simeon, D. (1993). "Body Dysmorphic Disorder" – *Psychiatric Annals*, 23,359-364.
- Hollander, E. y Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl 9), 27-31.
- Hollander, Liebowitz, Winchel, Klumker y Klein (1989). En Barlow, D. y Durand, V. (2003). *"Psicopatología"*. Madrid: Thomson.
- Hontanilla, B.; Aubá, C. (2002) Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales. *Medicina y persona* Revista med univ navarra/vol 46, nº 3, 2002, 45-51. [http://www.unav.es/revistamedicina/46\\_3/med%20y%20persona.PDF](http://www.unav.es/revistamedicina/46_3/med%20y%20persona.PDF).
- Israel, L. (1969). La decisión médica. Sobre el arte de la medicina. Buenos Aires: Emecé.
- Jenike, M. (2001) *Trastornos Obsesivos-Compulsivos*. III Edición. Harcourt. Pág. 191.
- Koppmann, A.; Atton, A. (2004) *Psiquiatría de enlace y cirugía*. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 6, Diciembre 2004; págs. 517-522.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lipovetsky. (1997). La Troisième Femme. Pag. 130. En Vigarello, G (2009). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. 1ª ed. 1ª reimposición. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maganto, C., DEL Río, A. Y Roiz, O. (2000) Factores de riesgo de trastornos alimenticios. European Congress of Psychotherapy. La Psicoterapia en una Europa Unificada. Barcelona: Libro de resúmenes.
- Martin, G. (2007). «*Beauty is in the eye of the beholder*». The Phrase Finder. Disponible en: [www.phrases.org.uk/meanings](http://www.phrases.org.uk/meanings). Fecha de acceso: Diciembre de 2009.
- Mc Phail Fanger, E (2002). *Cuerpo y cultura* Rev. Razón y palabra. Nro.25
- Michaud. (2002) Pour une pédagogie de l'accueil et de l'appartenance: interpretation des savoirs et des pratiques. En Mucci, M (2004) "Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria". Ed. Paidós. Bs. As.
- Millon, T. (2007) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Montenegro Medina, M.A., Ornstein Letelier, C. & Tapia Ilabaca, P.A. (2006). *Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino*. *Acta de Bioethica*, 12 (2): 165-168.
- Morin, E. (1983) *La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria en Apostel*, Interdisciplinarietà y ciencias humanas. Madrid. Tecnos Unesco.
- Morselli, E., Jerome, L. (2001). *Dysmorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas*. *History of Psychiatry*, 12, 103-114.
- Mucci, M Y cols. (2000) 'Estrategias de intervención "Psi" en situaciones médicas: Psicoprofilaxis quirúrgica'. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Vol. IX: 47-57.
- Mucci, M (2004) "Psicoprofilaxis Quirúrgica". Una práctica en convergencia interdisciplinaria". Ed. Paidós. Bs. As.
- Myers, P. N. y Biocca, N. (1992). The elastic body image, The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women, en *Journal of Communication* 42, pp.108-133
- Paredes, J. 2003. Desde la corporeidad a la cultura. *Revista digital Edeportes* No. 62. Julio, Buenos Aires, Argentina.
- Peruggi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., Frare, F., Sassettoni, M. y Cassano, G. B. , (1996). "Fluvoxamine in the Treatment of Body dysmorphic disorder". *International Clinical psychopharmacology*, 11, 247-254.
- Phillips K. A. y cols. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology bulletin*. 33: 17-22.
- Phillips K. A. (1991) *Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness*. *American Journal of Psychiatry* 148: 1138-1149. En Barlow, D. y Durand, V. (2003). *"Psicopatología"*. Madrid: Thomson.
- Phillips, K. A. (1993). *Body Dysmorphic Modification of the YBOCS, Mc Lean version*- Belmont. Massachusetts.

- Phillips K. A. (1995) Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs* 3: 30-40.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror*. New York: Oxford University Press. En Yaryura Tobías, J.A. Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales* Primera Edición. Buenos Aires: Polemos.
- Portela Guarín, H. Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - N° 42 - Noviembre de 2001. <http://www.efdeportes.com/efd42/paradig.htm>
- Raich, RM. (2000): *Imagen Corporal*. Conocer y valorar el propio cuerpo. Pirámide, Madrid.
- Raich, RM (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Volumen 22, Pp. 15-27. Barcelona. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/0>. Fecha de acceso: 5/3/10
- Rijana, M.I (2009). En Sousa Dias, G (2009) "Casi todas las argentinas están disconformes con su imagen". Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2009/07/25/sociedad/s-01965212.htm>. Fecha de acceso: 05/04/2010.
- Rinaldi, G. (1978). Psicoprofilaxis Quirúrgica del Niño y el Adolescente. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*. (1) 3. 25-34.
- Rodríguez Araya, M. (2009). Quieren regular las cirugías estéticas en menores de edad. Disponible en: [http://www.merodroguizaraya.com.ar/index.php?option=com\\_](http://www.merodroguizaraya.com.ar/index.php?option=com_)
- Rohrich, R (2008). El desarrollo de la Cirugía Plástica para los próximos años. Disponible en: <http://www.elcuerpo.es/el-desarrollo-de-la-cirugia-plastica-para-los-proximos-anos>. Fecha de acceso: 21/03/2010.
- Rosen, R. ; Reiter, J.; Orosan, P.(1995). "Cognitive-behavioral Body Imagen Therapy for Body Dysmorphic Disorder". *Journal of consulting and clinical psychology*; 63.
- Salaberria, K; Rodríguez, S; Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal 172-177. Disponible en: [Hedatuz.euskomedia.org/4564/1](http://hedatuz.euskomedia.org/4564/1).
- Sarbayrouse (2009). En Soraci, M (2009). EL precio de un buen escote. Disponible en: [HTTP://EDANT.CLARIN.COM/SUPLEMENTOS/MUJER/2009/09/19/M-02001663.HTM](http://EDANT.CLARIN.COM/SUPLEMENTOS/MUJER/2009/09/19/M-02001663.HTM). FECHA DE ACCESO: 08/03/2010
- Sarwer, D. B.; Wadden, M. J.; Whitaken, L. P. (1998) "The Psychology of cosmetic surgery: a review reconceptualization". *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- Sarwer, D. B. (2002). En Carrero Álvarez, M. (2009) Importancia en la detección de Trastorno Dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo.
- Schavelzon (2009). En Román, V (2009). Se unen clínicas privadas para impulsar el "turismo médico". Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2009/10/09/sociedad.htm> Fecha acceso: 20/05/2010.
- Schilder, P. (1989). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. México: Paidós.
- Stolkiner, S. (1999) "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas". Disponible en: URL: <http://www.campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>
- Tatarkiewicz (1976) *Historia de seis ideas. Arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética*. Tecnos, Barcelona.
- TeK (2003). La Dismorfofobia como trastorno psicológico. Disponible en: <http://www.med-estetica.com/Cientifica/Revista/n37/dismorfofobia.html> Fecha de acceso: 02/04/2010.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. Washington. American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L., Altabe, M. y Tantleff-dunn, S. (1998): *Exactng beauty. Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington. American psychological association.
- Trigo y Rey (2000). En Portela H. op cit. p. 5
- Vallejo Ruiloba, J. (1991). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 3er. Edición. Barcelona: Masson.
- Vaz, F. J., Peñas, E. V. y Ramos, M. I. (1999): "Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa". *German Journal of Psychiatry*, nº 2, pp. 59-74.
- Vidal, P. (2004). *Manual de cirugía plástica*. Origo Ediciones, Chile.
- Vigarello, G. (2009). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. 1ª ed. 1ª reimpresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vítolo, F. (2009) Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en cirugía estética. Biblioteca virtual noble enero 2009. [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/23022009.2.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/23022009.2.pdf)
- Walzer, A. (2007) *La belleza: de la metafísica al spot*; Ediciones Octaedro, Barcelona.
- Yaryura Tobías, JA., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales* Primera Edición. Buenos Aires: Polemos.

- Yaryura, T; Taschen, A (2005) Trastornos obsesivo-compulsivos: Patogénesis, Diagnóstico y Tratamiento Cirugía Estética. 1ª Edición. Editorial Köln.
- Zubiri (1986). En Paredes, J(2003). op. cit.

## Anexo 1

Nombre:

Fecha:

**Escala de ideas sobrevaloradas**

*Fugen A. Neziroglu, José A. Yaryura-Tobías, Dean R. McKay,  
Kevin Stevens, John Todaro*

Complete el siguiente cuestionario acerca de las obsesiones y/o compulsiones que el paciente refiere como promedio de la *última semana incluyendo el día de hoy*.

Haga una lista de las creencias *principales* que el paciente ha tenido en la última semana. Deben ser aquéllas que, según valoración del evaluador, estén asociadas a gran angustia o disfunción social y laboral del paciente (ejemplo: voy a contraer SIDA si no me lavo apropiadamente después de visitar el hospital; mi casa se puede incendiar si no chequeo la cocina antes de abandonarla; puedo perder información importante si desecho objetos que estoy guardando; no soy atractivo, mi nariz es deforme, mi cutis está lleno de granos). El puntaje debe reflejar las creencias del paciente (cuán racionales percibe el paciente que son sus creencias; cuán efectivas considera el paciente que son las compulsiones para prevenir las consecuencias temidas; etc.). Enumerar solamente aquellas creencias relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo. Valorar todos los ítems de acuerdo con su evaluación acerca de las creencias del paciente. Usted puede usar las tres preguntas que se suministran debajo de cada categoría para evaluar diferentes aspectos de las creencias (ejemplo: fortaleza, racionalidad).

***Describa a continuación las principales creencias:***

A medida que evalúa al paciente en cada ítem, agregue la creencia específica del paciente (ejemplo: ¿cuán fuerte es la creencia de que contraerá SIDA si visitó un hospital?)

**1) Fortaleza de la creencia**

En la última semana, incluyendo el día de hoy

- ¿Con cuánta fuerza cree usted que \_\_\_\_ es verdad?
- ¿Cuánta seguridad/convencimiento tiene usted de que esta creencia es verdadera?
- ¿Puede su creencia ser “sacudida” (modificada) si es confrontada por usted u otra persona?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
creencia muy débil	creencia algo débil		creencia más fuerte que débil		creencia más débil que fuerte		creencia algo fuerte		creencia muy fuerte

*(Muy débil a muy fuerte se refieren a la posibilidad de que la creencia sea verdadera; por ejemplo: muy débil: mínimamente posible; muy fuerte: extremadamente posible)*

Puntaje ítem 1: \_\_\_\_\_

**2) Razonabilidad de la creencia**

En la última semana, incluyendo el día de hoy

- ¿Cuánta racionalidad tiene su creencia?
- ¿Su creencia es racional o tiene justificación?
- ¿Es la creencia lógica o parece racional?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
totalmente irrazonable	casi irrazonable		más irrazonable que razonable		más razonable que irrazonable		casi razonable	totalmente razonable	

Puntaje ítem 2: \_\_\_\_\_



**3) La menor fortaleza de la creencia durante la semana pasada**

Durante la semana pasada ¿cuál diría usted que fue el menor puntaje de fortaleza que le otorgaría a su creencia?

¿Cuánta debilidad llegó a tener su creencia durante la semana pasada?

¿Hubo momentos durante la semana pasada que dudó acerca de la veracidad de su creencia, aunque sea por un momento fugaz?

De ser así, cuénteme más acerca de ello.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
creencia muy débil	creencia algo débil	creencia más débil que fuerte	creencia más fuerte que débil		creencia algo fuerte	creencia muy fuerte			

Puntaje ítem 3: \_\_\_\_\_

**4) La mayor fortaleza de la creencia durante la semana pasada**

Durante la semana pasada, ¿cuál es el máximo puntaje de fortaleza que le otorgaría a su creencia?

¿Cuánta fuerza llegó a tener su creencia durante la semana pasada?

¿Cuánta seguridad/convencimiento tuvo usted acerca de su creencia durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
creencia muy débil	creencia algo débil	creencia más débil que fuerte	creencia más fuerte que débil		creencia algo fuerte	creencia muy fuerte			

Puntaje ítem 4: \_\_\_\_\_

### 5) *Certeza de la creencia*

En la última semana, incluyendo el día de hoy

¿Cuánta certeza tiene su creencia?

¿Cuánta exactitud tiene su creencia?

¿Hasta qu´ punto su creencia es errónea?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

totalmente    casi    más incierta    más cierta    casi    totalmente  
incierto    incierto    que cierta    que incierta    cierta    cierta

Puntaje ítem 5: \_\_\_\_\_

### 6) *Grado de aceptación por los otros*

¿Qué probabilidad hay de que otros en la población en general (comunidad, estado/provincia, país, etc.) tengan las mismas creencias?

¿Con cuánta fuerza los otros están de acuerdo con su creencia?

¿Hasta qué punto comparten los otros su creencia?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

totalmente    casi en    más en    más de    casi totalmente  
en    desacuerdo    desacuerdo    acuerdo    de acuerdo  
desacuerdo    que de acuerdo    que en desacuerdo

Puntaje ítem 6: \_\_\_\_\_

### 7) *Atribución de diferentes puntos de vista por otros*

¿Comparten los otros su creencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si el paciente responde "si" vaya a 7a; si el paciente responde "no" vaya a 7b

**7a) Analizar a los otros como teniendo la misma creencia**

Puesto que usted piensa que los otros están de acuerdo con su creencia, ¿piensa usted que ellos tienen el mismo conocimiento que usted acerca de esta creencia?

¿Hasta qué punto cree usted que los otros tienen el mismo conocimiento que usted acerca de la creencia?

¿Piensa usted que los otros tienen tanta información como usted acerca de esta creencia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
falta total de conocimiento		falta parcial de conoc.		menos conoc. que más		más conoc. que menos		casi tanto conoc.	igualdad de conoc.

Puntaje ítem 7a: \_\_\_\_\_

**7b) Analizar a los otros como sosteniendo una creencia diferente**

Puesto que usted piensa que los otros están en desacuerdo con usted, ¿piensa usted que ellos tienen menos conocimiento que usted acerca de esta creencia?

¿Hasta qué punto cree usted que los otros tienen menos conocimiento que usted acerca de la creencia?

¿Cree usted que los otros tienen menos información que usted acerca de esta creencia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
igualdad de conocimiento		casi tanto conocimiento		más conocimiento que menos		menos conocimiento que más		falta de conocimiento	

Puntaje ítem 7b: \_\_\_\_\_

### 8) *Eficacia de las compulsiones*

En la última semana, incluyendo el día de hoy

¿Cuanta efectividad tienen las compulsiones/rituales en prevenir otras consecuencias negativas aparte de la ansiedad?

¿Tienen sus compulsiones algún valor para frenar los resultados temidos?

¿Es posible que sus compulsiones no ayuden a prevenir los resultados negativos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
totalmente	casi	menos que	más que	casi	totalmente				
inefectivas	inefectivas	más efectivas	menos efectivas	efectivas	efectivas				

Puntaje ítem 8: \_\_\_\_\_

### 9) *Insight (o Introspección)*

¿Hasta qué punto piensa usted que su trastorno le ha causado esta creencia?

¿Qué probabilidad hay que sus creencias sean debidas a razones psicológicas o psiquiátricas?

¿Piensa usted que su creencia es debida a algún trastorno?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
totalmente	algo	más probable	más improbable	algo	totalmente				
probable	probable	que improbable	que probable	improbable	improbable				

Puntaje ítem 9: \_\_\_\_\_

**10) Fortaleza de la resistencia**

¿Cuánta energía pone usted en rechazar su creencia?  
 ¿Con cuánta fuerza trata usted de cambiar su creencia?  
 ¿Intenta usted oponerse a su creencia?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
resistencia total	mucha resistencia		resistencia moderada		poca resistencia		resistencia parcial		ninguna resistencia

Puntaje ítem 10: \_\_\_\_\_

**11) Duración de la creencia**

a) Durante el tiempo que usted ha tenido esta creencia, ¿alguna vez fluctuó?

De ser así, ¿dentro de qué período de tiempo?

Marque una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_  
Día                  Semana                  Mes                  Año

b) *Retrospectivamente, cuánto tiempo ha sostenido usted esta creencia particular?*

Marque una de las siguientes opciones:

\_\_\_\_  
Día                  Semana                  Mes                  Año



## Anexo 2

---

# PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

---



## PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA A ADOLESCENTES QUE DESEAN A SOMETERSE A UNA OPERACIÓN DE CIRUGÍA ESTÉTICA****1. PERÍODO MÍNIMO DE VALORACIÓN**

Con el fin de valorar la **perdurabilidad y estabilidad de la decisión**, el examen psicológico deberá ser realizado en más de una sesión, transcurriendo un periodo mínimo de dos meses entre la primera y la última sesión de valoración.

**2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y REALIZACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

Se procederá a la realización de una **entrevista semiestructurada** para la valoración de la madurez del menor para la toma de decisiones, que implica que la persona:

1. Comprende adecuadamente (entiende la información dada la situación en que se encuentra).
2. Da motivos razonables que fundamentan su decisión.
3. Pondera los riesgos y beneficios de las diversas opciones.

En el **anexo 1** se detallan los contenidos mínimos recomendados para el desarrollo de la entrevista.

El profesional de la psicología que realice el examen podrá incorporar otras áreas de evaluación si lo considera necesario. Se realizarán las pruebas psicológicas necesarias para valorar las siguientes áreas que puedan afectar a su toma de decisiones:

1. Personalidad.
2. Presencia/ausencia de psicopatologías.
3. Adaptación de la persona menor de edad.

En el **anexo 2** se recogen se enumeran los instrumentos que se consideran más adecuados en función de su validez y fiabilidad contrastadas para la valoración de las distintas áreas consideradas.



## PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**3. INFORME DE MADUREZ PSICOLÓGICA**

El resultado de la valoración psicológica se reflejará en un informe conforme al modelo elaborado y aprobado por la Consejería competente en materia de salud.

Se hará entrega del informe de madurez psicológica a la persona menor, a sus padres o representante legal. El profesional de la psicología explicará los resultados de la valoración efectuada y sus implicaciones en la solicitud de la operación de cirugía estética.

Se debe remitir una copia del mismo a la persona facultativa responsable de la intervención de cirugía estética. Esta actuación deberá ser comunicada previamente al inicio de la valoración, con el fin de que la persona menor de edad, sus padres o representante legal, según proceda, tengan conocimiento de la misma.

En el caso de que el examen psicológico se realice de forma previa a la elección del cirujano, el profesional de la psicología entregará una copia del informe al paciente, padres o tutores legales según proceda y les informará de la exigencia de que se facilite el mismo al facultativo que finalmente sea responsable de la intervención quirúrgica.

## ANEXO 1

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA VALORACIÓN DE LA MADUREZ EN PERSONAS MENORES DE EDAD QUE DESEAN REALIZARSE UNA OPERACIÓN DE CIRUGÍA ESTÉTICA

1. Datos identificativos
  - ✓ Nombre/ Fecha de nacimiento/Lugar de residencia
2. Domicilio habitual y ocupantes.
3. Familia de origen:
  - ✓ Composición familiar
  - ✓ Situación laboral
  - ✓ Acontecimientos significativos en la historia familiar
  - ✓ Relaciones familiares
4. Grupo de iguales/Pareja
  - ✓ Análisis del tipo y la calidad de las relaciones
5. Estudios/ Empleo
  - ✓ Atención a determinados empleos, profesiones, actividades deportivas, etc. en los que puede verse asociada la imagen
  - ✓ Situación laboral (en caso de considerarse oportuno)
6. Estilo de vida
  - ✓ Hábitos relacionados con la salud (Higiene, alimentación, etc.)
  - ✓ Actividades de ocio y tiempo libre
  - ✓ Consumo de sustancias (Percepción del riesgo)
  - ✓ Vida sexual (en caso de considerarse necesario)
  - ✓ Desarrollo de la imagen corporal
  - ✓ Preocupación por la estética
7. Desarrollo físico (nivel de desarrollo)
  - ✓ Modelos
  - ✓ Tolerancia a la diferencia
  - ✓ Deformidad mínima/inexistente
8. Motivaciones para la intervención
  - ✓ Solución a problemas personales
  - ✓ Vulnerabilidad a presiones externas (Decisión propia)

## PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

## 9. Toma de decisiones

- ✓ Expectativas claras y reales sobre el procedimiento y sus posibles resultados (Consecuencias físicas y personales)
- ✓ ¿Por qué no esperar? Motivos de la imposibilidad de retrasar la intervención
- ✓ Información clara y entendida por la persona menor
- ✓ Saber desde cuando la persona menor está barajando la idea de la intervención y si viene condicionada/asociada a algún hecho concreto

## 10. Madurez emocional:

- ✓ Determinar hasta qué punto el menor es capaz de asimilar la información que se le transmite, de razonar y deliberar, de valorar anticipadamente los riesgos o beneficios que podrían derivarse de la decisión que tome, incluyendo la capacidad de comparar el impacto de los diferentes resultados posibles en los objetivos personales y en los planes de vida
- ✓ Actitud a la hora de plantearse y resolver problemas
- ✓ Capacidad para reconocer errores
- ✓ Nivel de dominio de sus emociones y, especialmente, si la idea que tiene sobre la posible intervención es realista o está cargada de elementos fantásticos o distorsionados

## 11. Apoyo de padres, madres o representantes legales

- ✓ Paternalismo absoluto vs. abandono autonomista
- ✓ Necesario apoyo post-operatorio
- ✓ Financiación de la operación estética

PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

**ANEXO 2**

**BATERÍA DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS DISPONIBLES PARA EVALUAR LA MADUREZ DE LA PERSONA MENOR O LA PRESENCIA DE FACTORES QUE PUEDAN AFECTAR A SU TOMA DE DECISIONES**

**A. PERSONALIDAD**

PRUEBAS PSICOLÓGICAS	EDADES						
	12	13	14	15	16	17	18
16PF-APQ Cuestionario de personalidad para adolescentes (2001)							
HSPQ, Cuestionario de personalidad para adolescentes. Forma-A (Cattell y cols., 1984)							
MMPI-A, Inventario multifásico de personalidad de Minnesota.							

**B. PSICOPATOLOGÍA**

PRUEBAS PSICOLÓGICAS	EDADES						
	12	13	14	15	16	17	18
MACI, Inventario clínico Millon para adolescentes							
STAIC, Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños/niñas							
EDI-3, INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA							
INVENTARIO DE AUTOESTIMA (DE COOPERSMITH) Ó ESCALA DE AUTOESTIMA (DE ROSENBERG)							
BIATQ, CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE LA IMAGEN CORPORAL (Cash y otros, 1990)							

**C. ADAPTACIÓN**

PRUEBAS PSICOLÓGICAS	EDADES						
	12	13	14	15	16	17	18
ACS. Escalas de afrontamiento para adolescentes							
BASC, EVALUACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENCIA							
CACIA, CUESTIONARIO DE AUTOCONTROL INFA Y ADOLESCENCIA							
EHS. Escala de Gimero de valoración de Habilidades Sociales							