UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

**Asociación entre el trastorno dismórfico corporal y trastorno de
ansiedad social en pacientes dermatológicos en la Clínica San Pablo,
Surco, Lima – Perú 2017-2018**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Jerí Yabar, Antoine (ORCID ID: [0000-0001-6422-5063](https://orcid.org/0000-0001-6422-5063))

Marín Leiva, Javiera Andrea (ORCID ID: [0000-0001-5610-8959](https://orcid.org/0000-0001-5610-8959))

ASESOR(ES)

Tejada Caminiti, Romina Arely (ORCID ID: [0000-0003-4420-5289](https://orcid.org/0000-0003-4420-5289))

Lima, 05 de Noviembre del 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedicamos principalmente a nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio durante todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos hoy y lo que seremos a futuro.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestros docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas que nos han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos durante todos estos años de carrera. En especial a nuestra asesora, Romina Tejada, quien nos orientó y ayudo con este proyecto, como también a la Clínica San Pablo y a la doctora Lourdes Galliani quien nos abrió las puertas para poder llevar a cabo este estudio.

RESUMEN

Objetivo: determinar la asociación entre el trastorno dismórfico corporal (TDC) y trastorno de ansiedad social (TAS) en pacientes que acudieron a consulta dermatológica en una clínica privada de Lima entre enero y mayo del 2018.

Metodología: se realizó un estudio transversal analítico. Se recogieron variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil y nivel de educación. Como instrumentos se utilizó el Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) para medir TDC y para medir TAS se utilizó el cuestionario Liebowitz Scale for Social Anxiety (LSSA), los cuales fueron previamente validados y traducidos al español. En el análisis de datos univariado se utilizó porcentajes para variables categóricas y mediana y rango intercuartil (RIQ) para variables cuantitativas. En el bivariado, se utilizó Chi cuadrado y test de Fischer para variables cualitativas y U-Mann Whitney para las cuantitativas. En todas las pruebas de hipótesis se consideró significativo un valor $p < 0,05$. En el análisis multivariado, se usó el modelo generalizado lineal de Poisson. Se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se empleó STATA 14 en el análisis.

Resultados: se enrolaron 690 participantes, de los cuales la mayoría (61,16%) fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue 34,5 años (RIQ: 22 a 51), y la mayoría (52,76%) era no unido en el momento de la encuesta. La prevalencia de TDC en pacientes dermatológicos fue de 52,03% y la de TAS fue 18,84%. Se encontró asociación entre TDC y TAS (RPa: 1,11; IC95%: 1,08-1,14; $p < 0,001$), así como entre edad y TAS (RPa: 1,00; IC95%: 1,00-1,00; $p < 0,015$).

Conclusión: la presencia de TDC incrementa el riesgo de padecer TAS en pacientes dermatológicos de una consulta privada en Lima.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal; Trastorno de ansiedad social; Dermatología; Psiquiatría.

ABSTRACT

Purpose: To determine the association between body dysmorphic disorder (BDD) and social anxiety (SA) in dermatologic outpatients who attended a private clinic in Lima – Peru between January and May of 2018.

Methods: A transversal analytic study was done. In the survey, sociodemographic variables were recollected such as sex, age, marital status and level of education. To measure BDD, the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire was used in an auto-applied form, and the Liebowitz Scale for Social Anxiety was used to assess SA. These were previously translated and validated to Spanish. In the univariable analysis, percentages were used for categorical variables and mean and interquartile range was used for quantitative variables. In the bivariate analysis, Chi square test and Fisher were used for categorical variables and U Mann Whitney was used for quantitative variables. In every hypothesis test, a p value <0.05 was considered. In the multivariate analysis, a lineal model of Poisson was used. The analysis was made in STATA 14.

Results: As Results 690 participants were enrolled; the majority (61,16%) were females. The median age was 34 years (IQR: 22-51) and the vast majority (52,76%) did not have a partner at the moment that the questionnaire was taken. The prevalence of BDD was 52,06% and SA 18,84%. An association between BDD and SA was found (RPa: 1,11; IC95%: 1,08-1,14; p<0,001) and also between age and SA (RPa: 1,00; IC95%: 1,00-1,00; p<0,015).

Conclusion: The presence of BDD increases the risk of suffering from SA in dermatologic outpatients in a private clinic in Lima.

Keywords: Body dysmorphic disorder, Social anxiety, Dermatology; Psychiatry.

Tabla de Contenidos

Introducción	7
Métodos	9
<i>Procedimientos</i>	<i>9</i>
<i>Instrumentos</i>	<i>10</i>
<i>Análisis de datos</i>	<i>10</i>
<i>Aspectos éticos.....</i>	<i>11</i>
Resultados	11
Discusión	13
Conclusión	16
Bibliografía.....	17
Anexos.....	19
<i>Figura 1. Flujograma de pacientes enrolados en el estudio.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabla 2. Factores asociados a TAS en el análisis bivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018.</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 3. Factores asociados a TAS en el análisis multivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017- 2018.....</i>	<i>22</i>
<i>Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS).....</i>	<i>23</i>
<i>Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal- BDDQ.....</i>	<i>25</i>
<i>Encuesta – Recolección de datos</i>	<i>26</i>

Introducción

Los problemas de salud mental se han incrementado durante los últimos años. Las estadísticas en países como Estados Unidos demuestran que en el 2015, 17,9% de los adultos sufrían de una enfermedad psiquiátrica. La prevalencia de estos trastornos en jóvenes se ha incrementado en 2,6% entre el año 2011 y 2014 (1). En estudios epidemiológicos realizados en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi en el Perú se halló que hasta el 37% de nuestra población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno de salud mental durante su vida (2) En dicho sentido, los trastornos psiquiátricos son un problema de salud pública, ya que representan un número importante de años de vida saludables perdidos en pacientes que sufren de ellos (3).

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno psiquiátrico relativamente común. La quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* define este desorden como la preocupación excesiva de un defecto imaginario en la apariencia o la existencia de un defecto leve, no notado por los demás; acompañado de una preocupación desbordante de la anomalía que presenta el paciente. También, se incluye en la definición del trastorno la angustia social y ocupacional debido al defecto imaginado o presentado. Recientemente, se agregó a la definición del trastorno otro criterio el cual es el comportamiento repetitivo, ya sea mirarse al espejo excesivamente o compararse con las demás personas (4).

La prevalencia de TDC en la población de Hungría es de 0,7-2,5%, mientras que en Estados Unidos se reportó una prevalencia similar de 2,4% en la población adulta. (5,6). En la revisión de la literatura, no se han encontrado estudios de prevalencia de este trastorno en consultas dermatológicas en el Perú ni en la población general. Se ha reportado que este trastorno tiene una mayor frecuencia en pacientes dermatológicos y de cirugía plástica. Por ejemplo, Phillips et al., encontró que el 11,9% de los pacientes dermatológicos sufrían de TDC y que las mujeres presentaban un mayor riesgo de padecerlo (7). Así mismo, se ha reportado que podría generar trastorno de ansiedad social (TAS) (8). En un estudio realizado en Chile se precisa que el TDC es una entidad subdiagnosticada ya que estos pacientes no revelan sus síntomas espontáneamente, por lo que se recomendó uso de tamizaje de los pacientes que consultan otras especialidades en búsqueda de soluciones cosméticas. (9)

El TAS se define, según el DSM-5, como un miedo persistente ante situaciones sociales, en el cual el individuo se encuentra expuesto a personas no familiares o a posible burla de éstas. El individuo presenta un miedo inexplicable ya que piensa que va a actuar en una forma que le causará mucha humillación; por ende, es común que el paciente evite estas situaciones en lo posible. Estos síntomas deben durar mayor o igual a seis meses para ser considerado como TAS (4). En el Perú se ha estudiado la prevalencia de síntomas de ansiedad social en adolescentes de un colegio en Lima donde se encontró que el 40.5% de estudiantes tenían la probabilidad de trastorno de ansiedad social (10) En Estados Unidos se ha observado una prevalencia de este trastorno del 18%, aunque sigue siendo un trastorno psiquiátrico sub-diagnosticado (11).

El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre el TDC y el TAS en pacientes dermatológicos. Esta asociación ha sido poco estudiada respecto a lo encontrado en estudios previos. Phillips et al., menciona que ciertos pacientes con TDC muestran características clínicas de TAS, como por ejemplo, evitar eventos sociales y poseer personalidades introvertidas, por lo que, se sugiere una relación entre ambos (10). En una investigación llevada a cabo en Irán, se encontró una asociación entre TDC y TAS; el porcentaje de individuos que reportaban una comorbilidad de los dos trastornos fue de 12,9% (8). También en un estudio se reportó que en estudiantes de medicina en China, a los cuales les preocupaba su apariencia respecto a alguna parte de su cuerpo, medida con la encuesta “Body Dysmorphic Disorder Questionnaire”, obtuvieron puntajes significativamente más altos en la escala de “Social Interaction Anxiety Scale”, comparado con aquellos que no se preocupaban acerca a su apariencia (13). Por otro lado, también se ha reportado que no estarían asociados (14).

Debido a un incremento alarmante de problemas de salud mental como TDC y TAS, es crucial estudiar si existe una asociación entre estas dos variables en una población con mayor prevalencia, como son los pacientes que acuden a consultas dermatológicas. Y así poder recomendar que se haga un tamiz oportuno, que permita prevenir y reducir algunas de sus consecuencias como ideas suicidas, depresión y suicidio (14).

Métodos

El estudio es de tipo transversal analítico, se llevó a cabo en la Clínica San Pablo, una clínica privada localizada en Lima – Perú. Las personas encuestadas eran pacientes mayores de edad (18 a más años) que acudían a la clínica por una consulta dermatológica entre enero y mayo del 2018. Se excluyeron a los pacientes con historia previa de algún desorden psiquiátrico como depresión, ansiedad y/o esquizofrenia y a los pacientes que no deseaban completar el cuestionario.

Para calcular el tamaño muestral, se utilizó Epidat 4.1 y se usaron dos estudios modelos en los que los autores buscaban asociación entre TDC y TAS, se consideró una frecuencia de TAS en pacientes con TDC de 39% y en pacientes sin TDC de 27%. Se usó una razón entre tamaños muestrales de 3,00 y un nivel de confianza de 95,0% con una potencia del 80%. Esto resultó en una muestra de 621 pacientes dermatológicos, a lo que se sumó el 10% por pérdidas, siendo el número final de pacientes 690 (16,17). El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Procedimientos

Los pacientes completaron una encuesta auto-aplicada mientras esperaban su cita con el dermatólogo. Ésta recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de educación, y trabajo) y clínicas (tipo de consulta, áreas que causas preocupación y procedimientos estéticos previos); Además, la encuesta incluía dos escalas para la medición de riesgo de TDC y de TAS. La variable estado civil fue re categorizada en unido (casado o conviviente) y no unido (soltero, divorciado, viudo) teniendo en consideración un estudio donde se demostró que TAS estaba más asociado a pacientes “no unidos” (5). También, se re-categorizó la variable “trabajo”, ya que el mismo estudio demostró que los pacientes sin ocupación (con ocupación = empleado, ama de casa o estudiante) poseían más riesgo de presentar TAS. Cabe resaltar que la variable “Tipo de consulta” fue clasificada como estética y no estética en base al criterio del médico dermatólogo tratante. En el caso de procedimientos estéticos previos, estos fueron auto-reportados por el paciente y no se verificó en su historia clínica. Consideramos este enfoque debido a que los pacientes no tenían acceso directo a su historia clínica en el momento ni pruebas de procedimientos estéticos en otros centros médicos. Se debe recalcar que previo a que el paciente conteste esa pregunta se le definía un procedimiento estético como ‘aquel que se realiza con el fin de mejorar su apariencia física’.

Instrumentos

El primer instrumento utilizado para el presente trabajo fue el Cuestionario sobre el Desorden Dismórfico Corporal, el cual es la versión adaptada al español del “*Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)*” para la valoración del TDC, fue creada por Phillips et al., y su versión en español fue validada en España. Este instrumento consiste en una autoevaluación de siete ítems; de los cuales seis tienen como alternativas de respuestas afirmación o negación, y en el último ítem se dan tres alternativas de respuesta. Según este instrumento es probable que la persona que realizó la encuesta padezca de TDC si contesta de la siguiente manera: si responde con afirmación la pregunta 1 y 2, si la respuesta a las preguntas 3, 4, 5 o 6 es afirmativa, o si responde con las alternativas “más de 3 horas al día” o “1-3 horas día” en la pregunta 7. Cabe mencionar que la encuesta no diagnostica el TDC, sólo mide la probabilidad de padecerlo (18).

En segundo lugar, se utilizó la escala Liebowitz para ansiedad social (LSAS) es un instrumento que busca valorar el rango de interacción social y desempeño en situaciones sociales que los individuos que padecen TAS suelen evitar. Este cuestionario consta de 24 posibles situaciones sociales como por ejemplo, hablar por teléfono. Cada pregunta inspecciona dos áreas, la primera ansiedad o miedo y la segunda evasión de la situación social. Con respecto a ansiedad y miedo, el paciente responde con un puntaje del 0 a 3 (0 es nada, 1 es leve, 2 moderado y 3 severo). Por otro lado, la columna que valora la evasión también tendrá un puntaje del 0 a 3 (0 es nunca, 1 ocasionalmente, 2 frecuentemente y 3 usualmente). Al terminar el cuestionario, si es que el paciente obtuvo menos de 55 puntos no se aprecia TAS. Sin embargo, si éste presenta más o igual de 55 puntos, se clasifica como TAS moderada (hasta 65), significativa (hasta 80), severa (hasta 95) y muy severa (>95). En el estudio se dicotomizó la variable, donde se asumió que ≥ 55 puntos la probabilidad de tener TAS era alta, y < 55 era poco probable que sufra de TAS. Este cuestionario no diagnostica TAS, pero sí mide la probabilidad de padecerlo y lo clasifica en orden de severidad (19).

Análisis de datos

La encuesta era recogida después que el paciente salía de su consulta, y se verificaba si estaba correctamente completado. Para clasificar un cuestionario como válido, éste tenía que estar correctamente llenado y completado en su totalidad. Para el control de calidad, las respuestas de cada pregunta del cuestionario fueron ingresadas por doble digitación a

Microsoft Excel 2010 y después fueron transferidas a STATA 14 (STATA Corp, CollegeStation, TX, US) para el correspondiente análisis. En el análisis univariado, se utilizó porcentajes para variables categóricas, y mediana y rango intercuartil para variables cuantitativas, ya que las dos variables numéricas del estudio no tenían normalidad según la prueba ShapiroWilk. En el análisis bivariado, se utilizó el test de Chi cuadrado y Fischer, según correspondiera, para determinar asociación entre las variables categóricas; y se usó U-Mann Whitney para las variables cuantitativas. En todas las pruebas de hipótesis se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Correspondiente al análisis multivariado, el modelo generalizado lineal de Poisson fue usado y las variables se escogieron según criterio epidemiológico. Se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) y por la Clínica San Pablo (N° 406). Antes de entregar el cuestionario a los pacientes, el consentimiento informado fue dado y este tenía que ser leído y firmado para poder recibir y completar el cuestionario; la encuesta fue completamente anónima. El riesgo potencial del estudio fue la pérdida de confidencialidad de la información pero para evitar ello, los cuestionarios fueron codificados y guardados separados de los consentimientos informados y solo los investigadores tenían acceso al mismo.

RESULTADOS

Ochocientos diez y nueve pacientes que acudieron a consulta dermatológica fueron invitados a completar el cuestionario, pero 108 de ellos no cumplían con los criterios de selección. Setecientos once pacientes completaron el cuestionario; sin embargo, 21 de ellos no lo completaron correctamente, dejando un número total final de 690 pacientes incluidos en el análisis (**Figura 1**).

La mayoría de los participantes (61,16%) fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue 34 años (RIQ: 22-51) y la mayoría (52,75%) era no unido en el momento de la encuesta. El 76,23% de los pacientes tenían estudios superiores completos y la gran mayoría (90,72%) tenían una ocupación. El 78,99% de los pacientes tenía una o ninguna zona de preocupación respecto a su apariencia física, y un porcentaje similar de pacientes reportó no haber tenido procedimientos estéticos previos (76,38%). El tipo de consulta más común fue no estética. Finalmente, la prevalencia de TDC fue 52,03% mientras que la de TAS fue menor, siendo ésta de 18,84% (**Tabla 1**).

En el análisis bivariado, observamos que TAS estuvo asociado con TDC ($p<0,001$), edad ($p<0,001$), nivel de educación ($p<0,001$) y tipo de consulta ($p<0,001$) como se muestra en la **Tabla 2**. En el análisis multivariado, la asociación entre TAS y TDC se mantuvo (RPa: 1,11; IC95%: 1,08-1,14; $p<0,001$), como también la asociación entre TAS y edad (RPa: 1,00; IC95%: 1,00-1,00; $p<0,043$). Sin embargo, la variable de nivel de educación perdió asociación en el mismo. Cabe resaltar que tipo de consulta no se incluyó en el análisis multivariado ya que está estaba asociada a procedimientos estéticos previos y actuaba como variable confusora. **Tabla 3**.

DISCUSIÓN

Hoy en día, los problemas dermatológicos impactan a los pacientes de diferentes formas tanto psicológicamente como socialmente. Sin embargo, no hay suficientes estudios demostrando la asociación entre distintos problemas de salud mental en pacientes en riesgo, como lo son los pacientes dermatológicos y los pacientes de cirugía plástica. Este es el primer estudio, de nuestro conocimiento, que evalúa la relación entre TDC y TAS en pacientes dermatológicos, ya que anteriormente esta relación sí ha sido evaluada pero no en una población de riesgo. Nuestros resultados mostraron que el 80,77% de pacientes con TDC también poseían TAS, y que ambas variables se encontraban asociadas. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores que reportan la alta comorbilidad de estos dos trastornos. Sin embargo, cabe recalcar que la comorbilidad en la población general es de 34,35% (16); nuestro estudio encontró una comorbilidad mayor posiblemente por la población estudiada la cuál es más propensa a tener TDC. Es así que se ha encontrado que la prevalencia de este trastorno en pacientes dermatológicos es dos veces más que en la población general (20,21).

La prevalencia de TDC en nuestra población dermatológica fue de 52,03%, lo cual representa un alto porcentaje a comparación de diversos estudios (20,22,23) los cuales reportan una prevalencia de TDC en pacientes dermatológicos de 12-20%. Esto se puede deber a la alta discriminación social que se lleva a cabo en el Perú, en donde las personas son criticadas por sus rasgos faciales. Por ejemplo, en el 2014 se encontró que la población de tez blanca recibía más oportunidades de trabajo que una persona con rasgos indígenas, aún si tenían el mismo o un parecido curriculum (24). Por ende, algunas personas al ser rechazadas de distintos trabajos o lugares públicos por motivos estéticos, generan inseguridad y tienden a tener una mayor prevalencia de TDC. Es importante mencionar que el cuestionario usado tiene una alta sensibilidad (93%) y especificidad (90%), por lo que es considerado de valor para el tamizaje de este trastorno (30). También, los resultados pudieron ser debidos a las diferentes escalas usadas para medir TDC. Por ejemplo, Thanveer y Khunger encontraron una prevalencia menor que la nuestra en pacientes dermatológicos de consultorio externo en un centro de salud de tercer nivel de atención. Esta baja prevalencia puede ser debido a que los autores utilizaron “*The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version*” (BDDQ-DV) la cual es específica para descartar el trastorno en pacientes que buscan una cirugía estética

dermatológica, más no para los pacientes que acuden a consultas dermatológicas en general (8).

Asimismo, nuestros resultados incluyen una prevalencia de TAS del 18,84%, lo cual concuerda con resultados encontrados previamente en poblaciones parecidas (23). Sin embargo, se ha encontrado que TAS es un problema subdiagnosticado por diversos dermatólogos, los cuales tienden a subestimar los trastornos psiquiátricos en sus pacientes (26).

La presencia de TAS y TDC fue mayor en mujeres, lo cual concuerda con diversos estudios (12,27); probablemente se deba a que la belleza es un componente central en el estereotipo femenino, por ende son más propensas a preocuparse más por su apariencia que los hombres (28).

Se encontró además una asociación entre el TAS y la edad de los pacientes que acudían a consulta dermatológica, la cual concuerda con estudios realizados donde se analizó las características sociodemográficas de pacientes que presentaban ansiedad social. En este estudio, se encontró que en la muestra clínica la mediana de edad fue de 34,9 (RIQ: 18-62 años) valor ligeramente superior al encontrado por nosotros (Mediana: 29; RIQ: 20-43) (29). Esta asociación puede ser debida a que las personas de menor edad suelen tener menor autoestima y ser más autocríticos consigo mismos; también tienden a concentrarse más en su apariencia que las personas que tienen mayor edad, y suelen tener mayor miedo de hacer el ridículo frente a personas desconocidas por falta de experiencias.

El resultado principal del presente estudio muestra una asociación entre TAS y TDC. Este resultado también fue obtenido en dos diferentes estudios (12, 27). El objetivo de Coles et al., fue evaluar la relación directa entre TDC y TAS, donde se obtuvo que el 39,3% de los 178 individuos con TDC tenían también TAS; sin embargo, este estudio fue llevado a cabo en la población general. Pinto et al., encontró resultados similares. Es importante destacar que no se ha encontrado literatura donde se asocie TAS y TDC en pacientes dermatológicos. Esta asociación puede ser debida a diferentes factores. Por ejemplo, las personas con TDC presentan una preocupación excesiva por su imagen física y se pueden imaginar o agrandar un defecto mínimo o imaginario (7). Esta preocupación excesiva podría causar consecuencias sociales, tal como no ir a lugares públicos (tiendas, fiestas,

calles) por temor a que otros juzguen su apariencia, o evitar eventos académicos como dar una presentación al frente de un pequeño público por miedo a pararse al frente de sus compañeros y que la mayoría se fije en su “defecto”. Conforme el TDC va agravándose, podría causar al final TAS, y esta persona generaría una fobia ante situaciones sociales simples tal como llamar por teléfono, rechazar algo de un vendedor o ser el centro de atención. Esta posibilidad de causalidad podría ser respaldada por un estudio donde se encontró que el mejoramiento de TDC fue significativamente correlacionado con un mejoramiento de TAS (27).

Hubo distintas limitaciones en nuestro estudio que deben de ser consideradas. Primero, esta investigación no demuestra causalidad, solo puede mostrar una asociación entre las variables estudiadas; sin embargo, por cuestiones éticas, estudios experimentales que demuestre asociación no son plausibles. De ahí la importancia de estudios como el presente. La segunda limitación en nuestro estudio es que la población es de una sola clínica, lo cual no es representativo de toda la población general, ya que el estrato socioeconómico de ésta no era variado. También, hay un posible sesgo de deseabilidad social, donde el participante responde lo que cree que se espera de él/ella; sin embargo, se trató de limitar este factor realizando el cuestionario en total anonimato. Asimismo, es importante mencionar que los cuestionarios empleados en este trabajo no diagnostican los trastornos psiquiátricos a investigar, sino aportan una probabilidad diagnóstica. Por último, la variable “tipo de consulta” fue a criterio del doctor tratante, el cual pudo variar entre los distintos dermatólogos que apoyaron el estudio, ya que los médicos no tuvieron una base de enfermedades catalogadas como estéticas vs no estéticas. La variable “procedimientos estéticos previos” fue subjetiva, ya que, aunque al paciente se le mencionó la definición de procedimiento estético previo, no hubo un método para comprobar si es que realmente tenía uno. Otra limitación a considerar es que el estudio es de tipo transversal, por ende, no hay temporalidad y no se puede definir qué trastorno aparecería primero.

Es importante tener en cuenta la asociación entre TDC y TAS, como también la alta prevalencia de TDC en pacientes dermatológicos. Este estudio podría alentar el tamiz de estos dos trastornos en los consultorios de dermatología, y así poder mejorar el cuidado de los pacientes, recurriendo, por ejemplo, a interconsultas psiquiátricas en pacientes en riesgo. Consideramos, en dicho sentido, que la consulta dermatológica podría ser una

oportunidad para la prevención de problemas de salud mental como los descritos en el presente estudio (27). Es por ello que se recomienda que se realice un tamiz de estos trastornos en la población dermatológica previa a consulta para evitar grados mayores de la enfermedad y sus posibles consecuencias.

CONCLUSIÓN

La frecuencia de TDC (52,03%), y TAS (18,84%) en pacientes dermatológicos es elevada. La presencia de TDC incrementa el riesgo de padecer TAS en pacientes dermatológicos de una consulta privada en Lima, donde posiblemente TDC preceda al TAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Mental Health. Any mental illness (AMI) among U.S adults [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>
2. Marta B. Rondon. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006.
3. MINSA. Programa presupuestal 0131 control y prevención en salud mental [Internet]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-CONTROL%20Y%20PREVENCION%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition [Internet]. 2013. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Szabó P. An old “new” disease: body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). Orv Hetil. 2010; 151 (44): 1805-15.
6. Acarturk C, et al. Economic costs of social phobia: A population-based study. Journal of Affective Disorders. 2009; 115: 421-429.
7. Bowe W, Leyden J, Crerand C, Sarwer D, Margolis D. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2007; 57(2):222-30.
8. Barahmand U, Shahbazi Z. Prevalence of and associations between body dysmorphic concerns, obsessive beliefs and social anxiety. Asia Pac Psychiatry. 2015; 7(1):54-63.
9. Contreras E, et al. Trastorno dismórfico corporal (TDC): ¿Trastorno por somatización y espectro obsesivo compulsivo? Rev GPU. 2018.
10. Lindo L, Vega J, Lindo M, Cortés J. Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del colegio salesiano de Breña. Rev Neuro-Pisquiat. 2005.
11. Anxiety and Depression Association of America. Facts and Statistics. 2016.
12. Coles M, Phillips K, Menard W, Pagano M, Fay C, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. Depress Anxiety. 2006; 23(1):26-33.
13. Liao Y, Knoesen N, Deng Y, Tang J, Castle D, Bookun R, et al. Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. Soc Psychiatry Epidemiol. 2010; 45(10):963-71.
14. Phillips K, Stout R. Associations in the Longitudinal Course of Body Dysmorphic Disorder and Major Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Social Phobia. J Psychiatr Res 2009; 40(4):360-9.
15. Herey E, King A. Interpersonal Consequences of Social Anxiety. J Abnorm Psychol. 2007;116(1):125-34.
16. Coles M, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. Depress Anxiety. 2006; 23(1): 26-33.

17. Zimmerman M, Mattia J. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic and clinical correlates. 1998 Sep; 39(5): 265-70.
18. International BDD Foundation. Do I have BDD? [Internet]. Disponible en: <https://bdd.iocdf.org/about-bdd/do-i-have-bdd/>
19. García López J, Vera Villarroel P. Fobia Social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. Revista Latinoamericana de Psicología. 2003;35(2):151-60.
20. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC et al. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology. J Am Acad Dermatol. 2000; 42(3):436-41.
21. Brohede S, Wyon Y, Wingren G, et al. Body dysmorphic disorder in female Swedish dermatology patients. Int J Derm. 2017.
22. Archetti Conrado L, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. J Am Acad Dermatol. 2010.
23. Ribeiro RVE. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A systematic review with meta analysis. Aesthetic Plast Surg. 2017; 41(4):964-970.
24. Galarza F, Yamada G. Labor Market Discrimination in Lima, Peru: Evidence from a Field Experiment. World Development. 2014; 58:83-94.
25. Uzun O, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. Comprehensive Psychiatry. 2003; 44(5):415-9.
26. Dalgard FJ, et al. Dermatologists across Europe underestimate depression and social anxiety. Br J Dermatol. 2017.
27. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. Body Image. 2005: 401-405.
28. Taqui A, et al. Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. BMC Psy. 2008; 8(20).
29. Mortberg E, et al. Factor solutions of the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) in a Swedish population. Cognitive Behaviour Therapy. 2016.
30. Brohede s, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. Psy Res. 2013: 667-652.

ANEXOS

Figura 1. Flujograma de pacientes enrolados en el estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018.

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	268	38,84
Femenino	422	61,16
Edad (años)*	34,5(22-51)	
Estado civil		
Unido	326	47,25
No unido	364	52,75
Nivel de educación		
Primaria completa	44	6,38
Secundaria completa	120	17,39
Estudios superiores	526	76,23
Trabajo†		
Con ocupación	626	90,72
Sin ocupación	64	9,28
Zona de Preocupación		
Una o ningún área	545	78,99
≥2 áreas	145	21,01
Procedimientos estéticos previos		
Sí	163	23,62
No	527	76,38
Tipo de consulta		
Estético	226	32,75
No estético	464	67,25
IMC (kg/m²)*	24,01(21,91-26,91)	
TDC		
Con TDC	359	52,03
Sin TDC	331	47,97
TAS		
Con TAS	130	18,84
Sin TAS	560	81,16

*Mediana y rango intercuartil. † Con ocupación: incluye empleados, estudiantes y amas de casa.

¶ Según clasificación del médico tratante. TAS: Trastorno de Ansiedad Social. TDC: Trastorno Dismórfico Corporal.

Tabla 2. Factores asociados a TAS en el análisis bivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017-2018.

Variable	Presencia de TAS (n=130)	Ausencia de TAS (n=560)	p
TDC			
Con TDC	105 (80,77%)	254 (45,36%)	<0,001
Sin TDC	25 (19,23%)	306 (54,64%)	
Edad*	29 (20-43)	37(23-52)	<0,001
Sexo			
Femenino	88 (20,85%)	334 (79,15%)	0,090
Masculino	42 (15,67%)	226 (84,33%)	
Estado civil			
Unido	51(15,64%)	275 (84,36%)	0,042
No unido	79 (21,70%)	285(78,30%)	
Nivel de educación			
Primaria completa	12 (27,27%)	32 (72,73%)	<0,001
Secundaria completa	41 (34,17%)	79 (65,83%)	
Estudios superiores	77 (14,64%)	449 (85,36%)	
Trabajo			
Con ocupación	120 (19,17%)	506 (80,83%)	0,490
Sin ocupación	10 (15,63%)	54 (84,38%)	
Zona de preocupación			
Un o ningún área	99 (18,17%)	446 (81,83%)	0,379
Dos a más áreas	31 (21,38%)	114 (78,62%)	
Procedimientos estéticos previos			
Sí	26 (15,95%)	137 (84,05%)	0,280
No	104 (19,73%)	423 (80,27%)	
Tipo de consulta			
Estética	58 (25,66%)	168 (74,34%)	0,001
No Estética	72 (15,52%)	392 (84,48%)	
IMC*	23,23 (20,82-26,95)	24,13 (22,1-26,89)	0,206

*Mediana (Rango Intercuartil). TAS: Trastorno de Ansiedad Social. TDC: Trastorno Dismórfico Corporal. IMC: Índice de Masa Corporal.

Tabla 3. Factores asociados a TAS en el análisis multivariado de pacientes que acuden a consulta dermatológica, Clínica San Pablo, 2017- 2018.

Variables	RP crudo (IC 95%)	Valor p	RP ajustado (IC 95%)	Valor p
TDC	1,12 (1,09 – 1,16)	<0,001	1,11 (1,08 – 1,14)	<0,001
Sexomasculino	1,02 (0,99 – 1,06)	0,081	1,02 (0,99-1,05)	0,134
Edad	1,00 (1,00 – 1,00)	<0,001	1,00 (1,00 – 1,00)	0,043
No unidos	0,96 (0,93-0,99)	0,041	1,02 (0,99 – 1,06)	0,138
Nivel de educación				
Secundaria completa	0,96 (0,87-1,05)	0,385	0,95 (0,87-1,04)	0,285
Estudios superiores/ técnico	1,07 (0,99-1,16)	0,076	1,04 (0,97-1,12)	0,219
Sin ocupación	1,01 (0,96-1,07)	0,458	0,98 (0,93-1,04)	0,689
≥2 Áreas de preocupación	0,98 (0,94-1,02)	0,399	1,00 (0,93-1,08)	0,925
Sin procedimientos estéticos previos	0,97 (0,94-1,01)	0,257	0,95 (0,91-0,99)	0,021
IMC	1,00 (0,99 -1,00)	0,059	1,00 (0,99-1,00)	0,448

TAS: Trastorno de Ansiedad Social. TDC:Trastorno Dismórfico Corporal. IMC: Índice de Masa Corporal. RP: Razón de Prevalencias. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

Escala de Liebowitz para la Ansiedad Social (LSAS)

La presente encuesta medirá el grado de ansiedad social si es que lo posee y consta de 24 preguntas.

Coloque un número de 0-3 en miedo/ansiedad para cada situación social expuesta, siendo estos:

0 = Ninguno 1 = Ligero 2 = Moderado 3 = Severo

Coloque un número del 0-3 en evitación (evadir situaciones) para cada situación social expuesta, siendo estos:

0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = A menudo 3 = Usualmente

Actividad	Miedo o Ansiedad (Coloque de 0-3)	Evitación (Coloque de 0-3)
1. Realizar una llamada en público		
2. Participar en pequeños grupos		
3. Comer en lugares públicos		
4. Beber con otras personas en lugares públicos		
5. Hablar con gente importante		
6. Actuar o dar una charla frente a varias personas		
7. Ir a una fiesta		
8. Trabajar mientras lo observan		

9. Escribir mientras lo observan		
10. Llamar por teléfono a alguien que no conoces muy bien		
11. Hablar con gente que no conoces muy bien		
12. Reunirse con desconocidos		
13. Orinar en baño público		
14. Entrar a una sala cuando otros ya están sentados		
15. Ser el centro de atención		
16. Tomar la palabra en una reunión		
17. Realizar un examen/evaluación		
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a gente que no conoces muy bien		
19. Mirar a los ojos a gente que no conoces muy bien		
20. Presentar un trabajo a un grupo		
21. Intentar conquistar a alguien		
22. Devolver una compra a una tienda		
23. Organizar una fiesta		
24. Resistir las presiones de un vendedor insistente		

Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal- BDDQ

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y elija la respuesta que más se ajuste a su caso:

Pregunta	Sí		NO
1. ¿Está preocupado(a) por su aspecto físico?			
2. Si la respuesta es Sí: ¿Piensa mucho en sus problemas de apariencia y desearía pensar menos en ellos?			
3. ¿Le molesta con frecuencia su preocupación sobre el aspecto físico?			
4. ¿La preocupación por su aspecto físico ha interferido en hacer cosas con sus amigos, en salir, relacionarse con otras personas, o en sus actividades sociales de forma frecuente?			
5. ¿La preocupación por su aspecto físico le ha generado algún problema en la universidad, trabajo, o en otras actividades?			
6. ¿Hay cosas que evita debido a su aspecto físico?			
7. En un día normal, ¿Cuánto tiempo emplea pensando en su apariencia? (sume todo el tiempo que emplea en total en un día y después seleccione una de las siguientes opciones).	Menos de una hora al día	De 1 a 3 horas al día	Más de 3 horas al día

Código:

**Asociación entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de ansiedad social en
pacientes dermatológicos en una clínica privada de Lima – Perú, 2017-2018**

Encuesta – Recolección de datos

Por favor complete la siguiente encuesta de manera veraz. La encuesta se encuentra codificada y no será vinculada a su persona. Ponga una cruz en la opción que corresponda o complete los datos solicitados.

1. ¿Cuál es su sexo?

☐ 1. Femenino ☐ 2. Masculino

2. Edad: _____ años

3. Estado Civil:

☐ 1. Soltero/a ☐ 2. Casado/a ☐ 3. Separado

☐ 4. Conviviente ☐ 5. Viudo/a

4. Nivel de Educación:

☐ 1. Primaria completa
☐ 2. Secundaria completa
☐ 3. Estudios superiores (Técnico o Universitario)

5. Trabajo (actualmente):

☐ 1. Empleado

☐ 2. Desempleado

☐ 3. Ama de casa/ estudiante

6. Zona de Preocupación (aspecto físico): Marque la(s) alternativa(s) que le parezcan

☐ 1. Rostro

☐ 2. Cabello

☐ 3. Torso y Abdomen

☐ 4. Extremidades

☐ 5. Global

☐ 6. Otro, especifique: _____

8. Procedimientos estéticos previos:

☐ 1. Sí

☐ 2. No

9. Tipo de consulta: Esto lo llenará el *doctor*

☐ 1. Estética

☐ 2. No estética

10. **Peso** (kg) : _____

11. **Altura** (metros): _____