



Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña

Vol. 30 (2026), pp. 18-49

ISSNe: 2530-6324 || ISSN: 1138-039X

DOI: <https://doi.org/10.17979/afdudc.2026.30.13634>

TRASTORNOS ESTÉTICOS Y RESPONSABILIDAD SANITARIA

AESTHETIC DISORDERS AND HEALTH LIABILITY

RAFAEL LUCERO RECIO

Doctorando en Derecho Civil UDC

Abogado especialista en Derecho Sanitario

<https://orcid.org/0000-0003-3141-1286>

DRA. EVELYN ROMY MORI FRANTZEN

Médico Especialista en Medicina Familiar y

Comunitaria y en Medicina Estética

Recibido: 06/05/2026

Aceptado: 02/07/2026

Resumen: El uso de las redes sociales está potenciando la demanda de tratamientos estéticos en nuestra sociedad. El objeto de este trabajo se centra en determinar qué ocurre cuando las demandas de tratamientos estéticos se producen por personas que padecen de afecciones psicológicas o psiquiátricas. Comprobaremos si existen protocolos médicos suficientes para determinar una evaluación psicológica adecuada para los pacientes que demandan tratamientos de medicina estética y si la no observancia de estos protocolos podría generar responsabilidad civil en los profesionales.

Palabras clave: Derecho sanitario, medicina estética, dismorfia, responsabilidad civil.

Abstract: The use of social media is increasing the demand for aesthetic treatments in our society. The aim of this paper is to determine what happens when demands for aesthetic treatments are made by people suffering from psychological or psychiatric conditions. We will check whether there are sufficient medical protocols to determine an adequate psychological evaluation for patients who demand aesthetic medicine treatments and whether failure to comply with these protocols could generate civil liability for professionals.

Keywords: health law, aesthetic medicine, dysmorphia, liability.

Sumario: I. INTRODUCCIÓN 1. El aumento en la demanda de tratamientos estéticos y su conexión con el uso de la redes sociales. 2. Impacto de los filtros, avatares y modelos generados por IA en la percepción corporal 3. Presentación del problema objeto de estudio. II. DISMORFIA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS. 1. Definición clínica del trastorno de dismorfia corporal (TDC) 2. Instrumentos de evaluación del TDC. 3. Recomendaciones para la práctica médica. 4. Conclusiones. III. ANÁLISIS JURÍDICO. 1. La medicina estética como una obligación de medios con mayor énfasis en la información 2. La información en los tratamientos estéticos 3. Obligación de tener en cuenta los antecedentes médicos 4. El ejemplo del Reino Unido en cuanto a la protección de los menores 5. Conclusión. IV. ESTUDIO DE JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL 1. EEUU El caso Lynn G v. Norman Hugo – Court of Appeals of the State of New York. 2. 2. El deber de explicación (*setsumei gimmu*) en la jurisprudencia japonesa. A. Exposición de los casos. a) Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio, n.º 189, de 26 de julio de 2001 b) Sentencia del Tribunal Local de Osaka, de 15 de marzo de 2016 B. Definición y construcción jurisprudencial del *setsumei gimmu*. C. Fundamentos jurisprudenciales de las sentencias a) Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio, n.º 189, de 26 de julio de 2001: elementos decisivos b) Sentencia del Tribunal Local de Osaka, de 15 de marzo de 2016: matices y alcance. D. Conclusiones prácticas. V. CONCLUSIONES 1. Obligación de medios y deber de información agravado. 2. Detección de signos de trastorno dismórfico corporal. 3. Buena praxis y derivación a salud mental. 4. Consecuencias jurídicas y patrimoniales. 5. Regulación y prevención en el contexto digital. VI. JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA VII. JURISPRUDENCIA EXTRANJERA VIII. BIBLIOGRAFÍA IX. ENLACES DE INTERNET.

*“La señal que nuestra sociedad debe enviar a los jóvenes debe ser:
estás bien exactamente como eres”*

Jens Spahn, Ministro de Salud de Alemania en 2019.

* * *

I. INTRODUCCIÓN

1. El aumento en la demanda de tratamientos estéticos y su conexión con el uso de las redes sociales

La importancia de la estética individual en nuestra sociedad es un hecho indiscutible y que va asociado a la voluntad de ser aceptado, tanto en un plano personal, como en un plano profesional. Esta preocupación por la estética está presente desde hace varias décadas, generando la aparición de múltiples servicios destinados a mejorar la apariencia de la persona. Muchos de estos servicios consisten en tratamientos médicos, especialmente en el campo de la Odontología y de la Medicina Estética.

La aparición de las redes sociales es un factor fundamental en la escalada exponencial de la demanda de tratamientos médicos estéticos. Ello se agrava con la creación de modelos realistas realizados con Inteligencia Artificial (IA) que están empezando a inundar las redes sociales¹.

Existen diversos estudios que vinculan el uso de las redes sociales con la insatisfacción corporal y ello, a su vez, con la demanda de tratamientos estéticos.

Así, en un Estudio de la Universidad de Boston, realizado en el año 2024², se establece la existencia de una conexión directa entre el tiempo dedicado a las plataformas digitales tales como Instagram, Facebook o Tik Tok, con el deseo de contratar un tratamiento médico estético.

A este respecto, la Sociedad Española de Medicina Estética publica, también en el año 2024, un estudio dirigido por la Dra. ANA ASCENÇAO³, en donde se analizan los patrones de comportamiento de la población portuguesa respecto al uso de redes sociales y su influencia en la decisión de someterse a tratamientos estéticos. Los resultados indicaron que el 62% de los participantes utilizaba las redes sociales como fuente de información, siendo Instagram la plataforma más popular. Se estableció una asociación directa entre el uso frecuente de estas plataformas y la decisión de buscar procedimientos estéticos.

Por su parte, la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, alcanza idéntica conclusión en un estudio realizado en el año 2022⁴.

Sin embargo, el uso de las redes sociales no es el único factor a tener en cuenta en el aumento de la demanda de tratamientos estéticos, ya que la irrupción de la Inteligencia Artificial (IA) también está siendo determinante en este sentido. De este modo, la IA es capaz de generar imágenes basadas en modelos de belleza previamente definidos, mostrando a la mujer como «delgada, atractiva y en forma» o al hombre «musculoso». La consecuencia de ello es la alteración de la percepción que el usuario de redes sociales tiene sobre su propio cuerpo, de tal manera que aumenta la insatisfacción del usuario con su aspecto físico⁵. Esta influencia tiene una relación inversamente proporcional a la edad del usuario de las redes

¹ Un ejemplo lo encontramos en la modelo denominada Aitana, creada por IA, por la compañía The Clueless, y que, presentando una apariencia que ha sido criticada por su excesiva “sexualización”, está generando importantes ingresos. <https://es.euronews.com/next/2023/11/23/conoce-a-la-primera-modelo-espanola-de-ia-que-gana-hasta-10000-euros-al-mes>, (último acceso 28/08/2025).

² KHAN, Iman F.; DE LA GARZA, Henriette; LAZAR, Michelle; KENNEDY, Kevin F.; VASHI, Neelam A., «Effects of the COVID-19 Pandemic on Patient Social Media Use and Acceptance of Cosmetic Procedures», *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, vol. 17, núm. 2, 2024, págs. 61-67, <https://jcadonline.com/covid-19-social-media-cosmetic-procedures/> (último acceso 01/07/2026).

³ ASCENÇÃO, Ana. et al., «Influencia de las redes sociales en el paciente de medicina estética en Portugal», *Medicina Estética*, n.º 80, 3.º trimestre, Madrid, 2024. Págs. 49-57. <https://doi.org/10.48158/MEDICINAESTETICA.080.06> (último acceso: 01/07/2026).

⁴ VV. AA., *La realidad de la cirugía estética en España*, Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) e IMOP Insights, Madrid, 2022, Págs. 30-36. https://portalsecpre.org/images/noticias/Informe%20SECPRE_IMOP%202022%20prensa.pdf (último acceso: 20/06/2026).

⁵ FIORAVANTI, Giulia, et al., «How the Exposure to Beauty Ideals on Social Networking Sites Influences Body Image: A Systematic Review of Experimental Studies», *Research Review*, n.º 7, Florencia, 2022, págs. 419-458, <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4> (último acceso 17/06/2026).

sociales: cuanto menor es su edad, mayor influencia tienen estos modelos de belleza en la negativa percepción de su cuerpo.

2. Impacto de los filtros, avatares y modelos generados por IA en la percepción corporal

Efectivamente, la utilización de las redes sociales tiene una influencia decisiva en la percepción individual de la propia imagen, sobre todo en la población más joven.

Este efecto pernicioso se ve agravado por el uso de los filtros de belleza y los avatares generados por IA, que permiten moldear la imagen del usuario de las redes sociales. Según OLIVER, N, más del 90% de las adolescentes usan filtros de belleza antes de publicar una foto en redes sociales. Estos filtros que suavizan la piel, afinan la nariz o agrandan los ojos, crean una versión alterada de la realidad y, sobre todo, unos cánones estéticos que solamente pueden generar frustración al no ser alcanzables⁶.

Uno de los problemas más estudiados en torno al uso de la IA es el fortalecimiento de los sesgos. Los sistemas de aprendizaje automático aprenden de grandes volúmenes de datos históricos que, en muchos casos, están impregnados de estereotipos de género, raza, clase y belleza. Al replicar estos patrones, la IA no solo refleja prejuicios existentes, sino que los amplifica, generando representaciones homogéneas de los rostros, cuerpos y estilos de vida que refuerzan estándares estéticos poco realistas. Esta situación es especialmente preocupante en aplicaciones como filtros de redes sociales, algoritmos de reconocimiento facial y sistemas generativos de imágenes, donde la diversidad de las personas queda reducida a modelos idealizados y excluyentes.

Para entender correctamente cómo actúan los sesgos en la generación de imágenes, acudimos al estudio de RIBEIRO MORA (et al)⁷ en el que se demuestra que los sistemas de IA que generan imágenes de personas, tienden a producir representaciones estereotipadas, como puede ser la de hombres blancos para representar profesiones prestigiosas y personas racializadas para roles negativos. Esta tendencia revela que la IA puede no ser neutral, pudiendo reproducir los estereotipos preexistentes en la sociedad y presentes en los datos con los que ha sido entrenada.

Como veremos, el trastorno de dismorfia corporal (en adelante TDC) presenta un componente muy importante de angustia con la apariencia física del afectado, por lo que es evidente que la imposición de estos modelos sesgados de belleza a través de la IA y las redes sociales puede contribuir de una forma decisiva a la aparición de este trastorno, sobre todo

⁶ OLIVER, Nuria., «Inteligencia artificial, naturalmente: un manual de convivencia entre humanos y máquinas para que la tecnología nos beneficie a todos», Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría General Técnica – Centro de Publicaciones, Madrid, 2021, pág. 113. ISBN 978-84-92546-62-6.

⁷ RIBEIRO MOTA, Denysson Alex (et al.), «Sesgos en inteligencia artificial: un estudio sobre la generación de imágenes a partir de comandos de raza/etnia y género», Universidade Federal do Cariri, Brasil, 2024, Págs. 1-11, <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/181205> (último acceso 1/07/2026).

entre la población más influenciada y alejada de los estereotipos de belleza generados por estos medios.

En este sentido, se podría hablar de la responsabilidad de los “*influencers*”, de los creadores de modelos de IA o incluso de los programadores de los algoritmos⁸ a la hora de determinar el contenido que se muestra a los usuarios en sus redes sociales, aunque ello rebasa el ámbito de este estudio.

3. Presentación del problema objeto de estudio

Analizando esta cuestión desde un punto de vista médico, los profesionales estéticos se han percatado de que, en la evaluación del paciente, no basta su diagnóstico somático, sino que también se debe hacer una evaluación integral de su estado psicológico y/o psiquiátrico, así como de sus relaciones sociales. En un contexto en el que la imagen física cobra cada vez mayor importancia para la autoestima, los médicos estéticos atienden a un número creciente de pacientes con lesiones o imperfecciones estéticas que, en sí mismas, solo adquieren carácter estigmatizante por el entorno social.

Este aumento de la insatisfacción con la propia imagen corporal, en la que las redes sociales y la IA tienen mucho que decir, conlleva la realización de un esfuerzo, por parte del médico que va a atender al paciente, para entender los motivos por los cuales demanda dicho tratamiento.

A este respecto, hay que recordar que la imagen corporal es la representación mental de cómo pensamos y sentimos nuestro propio cuerpo. Se trata de un concepto complejo, formado por cuatro componentes principales:

- Cognitivo: pensamientos y creencias.
- Perceptual: percepciones de forma y tamaño corporal.
- Afectivo: sentimientos hacia el propio cuerpo.
- Conductual: acciones dedicadas a la imagen corporal.

Los estudios anteriormente expuestos evidencian la influencia que ejercen las redes sociales y la inteligencia artificial sobre la autopercepción de la imagen corporal, lo que nos conduce al planteamiento de dos cuestiones.

⁸ El Dr. Jesús Pérez Hornero, psicólogo en la unidad de referencia de trastornos de conducta alimentaria de Galicia, explica en una reciente entrevista en La Voz de Galicia, lo siguiente: «El algoritmo que utiliza TikTok es perjudicial porque refuerza el problema, sugiere contenidos que no tienen tanto que ver con la gente a la que sigues sino con el contenido que estás viendo, de tal forma que si una chica empieza a ver contenidos de dieta o de cómo perder peso, va a ser bombardeada por la red social sobre de cómo perder peso, dietas que son demasiado estrictas, hacer ejercicios físicos que son muy repetitivos y muy obsesivos e incluso a veces de cómo engañar o cómo hacer que no se den cuenta los padres e incluso ciertas conductas de cómo tener purgas para que lo que hayan comido no reviertan el peso».
https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2025/09/08/algoritmo-tik-tok-refuerza-problema/0003_202509G8P2992.htm (último acceso 16/10/2025).

La primera de ellas se plantea desde una perspectiva médica. ¿Puede considerarse que las alteraciones de la percepción de la propia imagen pueden llegar a constituir una patología psicológica o psiquiátrica?

Enlazado con lo anterior, analizaremos si la existencia de una patología psicológica o psiquiátrica en relación con la percepción de la propia imagen ha de ser tomada en cuenta por el profesional sanitario a la hora de pautar y realizar tratamientos estéticos al paciente.

La segunda cuestión, de mayor relevancia desde la perspectiva jurídica, se refiere a la responsabilidad civil del facultativo que omite la valoración de síntomas indicativos de trastornos psicológicos vinculados a la percepción de la propia imagen en un paciente que solicita de manera compulsiva tratamientos médico-estéticos. Asimismo, comprende la obligación de garantizar la autonomía del paciente en aquellos supuestos en los que la existencia de una patología psicológica pueda limitar su capacidad para decidir libremente sobre la realización de dichos procedimientos.

Como es sabido, la Ley de Autonomía del Paciente establece como uno de sus objetivos esenciales garantizar tanto el derecho a la información como el respeto a la libre voluntad del paciente en la decisión de someterse a un tratamiento médico. Corresponde al personal sanitario asegurar que el paciente disponga de un conocimiento pleno sobre su diagnóstico integral, la naturaleza del procedimiento que se le propone y los riesgos inherentes a su realización.

Este deber adquiere especial relevancia en aquellos supuestos en los que se solicitan tratamientos estéticos de manera reiterada o incluso con carácter compulsivo.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, nos planteamos en este estudio qué responsabilidad jurídica y ética es exigible al médico estético en los casos en los que se dispone a tratar a una persona que demanda tratamientos estéticos de forma compulsiva o que pueden desfigurar su imagen de forma objetiva.

¿Puede un paciente elegir libremente someterse a un tratamiento estético si no es consciente de que padece una enfermedad mental?

¿Está suficientemente regulado en los protocolos médicos cuándo se deben realizar pruebas adicionales al paciente, antes de someterse a un tratamiento médico estético?

¿Hasta dónde alcanza la responsabilidad y el deber de información del profesional sanitario en estos casos?

¿Son conscientes los profesionales de la medicina estética de estos deberes para con los pacientes?

Estas son algunas de las preguntas que pretendemos despejar con el presente estudio.

La justificación de este estudio está, pues, en los nuevos retos que presenta para la Medicina y el Derecho el incremento de la demanda de los servicios médicos estéticos como consecuencia del uso masivo de las redes sociales y la IA.

II. DISMORFIA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

1. Definición clínica del trastorno de dismorfia corporal (TDC)

En la mayoría de los casos, las pacientes que solicitan una valoración para mejorar su imagen presentan una insatisfacción corporal que, aunque frecuente en personas sanas, no genera angustia ni interfiere en su vida cotidiana⁹.

Por el contrario, los pacientes con TDC manifiestan una preocupación excesiva por su apariencia, centrada en un defecto mínimo o incluso imaginario. Esta percepción distorsionada les conduce a conductas compulsivas, como mirarse reiteradamente en el espejo o realizar comparaciones constantes con otras personas, lo que acaba generando un elevado nivel de angustia y afecta de forma significativa a su vida diaria. La imagen corporal se torna tan discordante con la realidad que adquiere carácter patológico.

Habitualmente, el diagnóstico de esta enfermedad suele ser tardío, debido tanto a la falta de conciencia del paciente sobre su condición como a la vergüenza que genera su reconocimiento, lo que dificulta su identificación. Como consecuencia de ello, la evaluación médica, previa a la realización de un tratamiento estético, suele requerir preguntar, específicamente, sobre la presencia o no de determinados síntomas en la primera entrevista. Estudiar la idoneidad del paciente para el tratamiento estético puede ser un factor protector para el médico, evitando que el resultado de la intervención sea percibido como insatisfactorio y, también para el paciente, ya que permitirá brindarle el apoyo y el tratamiento adecuado¹⁰.

Ante la sospecha de TDC, se debe realizar una evaluación integral del paciente, incluyendo su estado psicológico y/o psiquiátrico, así como de sus relaciones sociales. Es muy importante no perder de vista el aspecto asistencial que también está presente en este tipo de medicina, y que, en algunas ocasiones, puede verse desvirtuado al tratar de realizar diagnósticos meramente con imágenes o incluso mediante la telemedicina, olvidándose de este modo de la evaluación de los factores psicológicos presentes¹¹.

⁹ VÁZQUEZ PÉREZ, Miguel Ángel, «La obsesión por la belleza. Medicina Estética», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2022, págs. 11-16, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.073.01> (Último acceso 1/07/2026).

¹⁰ ROBLES LORENZO, María Esther, «El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2021, Págs. 17-21, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.069.02> (último acceso 01/07/2026).

¹¹ VELA VALLEJO, Francisco (et al.), «Revisión de la etiopatogenia de las enfermedades que relacionan la piel y la mente», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2012, Págs. 34-39, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.032.03>. (Último acceso 1/07/2026).

Los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V¹² son los que siguen:

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o serían insignificantes para otras personas.
- B. En algún momento, durante el curso del trastorno, el paciente presentó comportamientos repetitivos, tales como mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel o comparar su aspecto con el de otras personas, todo ello, como respuesta a la preocupación por el propio aspecto.
- C. La preocupación es causa de malestar clínicamente significativo o deterioro en el área laboral o social y afecta a las tareas diarias del paciente.
- D. Criterio de exclusión, es decir, que la preocupación que presenta el paciente por su aspecto, no se puede explicar si no es por la presencia de TDC¹³.

La incidencia del TDC en la población general se sitúa entre el 0,7 % y el 2,9 %, pero en las consultas de medicina estética puede alcanzar hasta el 12,65 %, lo que evidencia una concentración significativa de casos en este ámbito¹⁴. Esta realidad obliga a los profesionales a extremar las precauciones, especialmente cuando el paciente ha sido sometido previamente a múltiples tratamientos sin lograr una mejora subjetiva en su percepción corporal.

Uno de los países en donde más se ha estudiado este fenómeno, desde el punto de vista médico, es Estados Unidos, debido a la expansión de la medicina estética y sus implicaciones psicológicas, sociales y jurídicas. Con una industria multimillonaria que incluye desde procedimientos mínimamente invasivos hasta cirugías plásticas complejas, el país ha visto un crecimiento exponencial en la demanda de tratamientos estéticos, especialmente entre jóvenes y celebridades. Este fenómeno ha sido acompañado por un aumento preocupante en los casos de TDC, lo que ha generado un intenso debate ético, médico y jurídico sobre los límites de la intervención estética.

Estudios realizados por la *American Psychiatric Association* y la *American Society of Plastic Surgeons* han revelado que entre el 7 % y el 15 % de los pacientes que acuden a consultas de cirugía estética en Estados Unidos presentan síntomas compatibles con TDC¹⁵. Esta cifra supera ampliamente la incidencia en la población general, lo que indica una concentración significativa de casos en este ámbito. Además, se ha observado que estos pacientes tienden a someterse a múltiples tratamientos, sin lograr una mejora en su percepción corporal, lo que refuerza el carácter compulsivo del trastorno.

¹² El DSM-V es el Manual Diagnóstico y Estadístico, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría para describir los síntomas de más de 250 desórdenes mentales y que es comúnmente utilizando por los psiquiatras a la hora de realizar diagnósticos.

¹³ Vid. Nota 28.

¹⁴ LORENTE PRIETO, Estrella, «Trastorno dismórfico corporal en nuestras consultas de Medicina Estética», *Revista Expertos en Medicina Estética*, Madrid, 2021, documento electrónico sin paginación, <https://expertosenmedicinaestetica.es/trastorno-dismorfico-corporal/> (último acceso 01/07/2026).

¹⁵ KALEENY, Joseph D. (et al.), «Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery—A Systematic Review and Meta-Analysis», *Healthcare*, Ohio, 2024, documento electrónico sin paginación, <https://doi.org/10.3390/healthcare12131333> (último acceso 1/07/2026).

Uno de los aspectos más preocupantes es que, en muchos casos, los profesionales no realizan una evaluación psicológica adecuada antes de intervenir. La presión comercial, la competencia entre clínicas y la demanda creciente han llevado a una medicalización de la belleza que, en ocasiones, olvida el componente asistencial y ético de la medicina. En este contexto, se han documentado casos de pacientes que, tras someterse a varias intervenciones, no solo no han superado sus cuadros depresivos o de ansiedad, sino que los han agravado al no poder alcanzar el ideal estético que perseguían¹⁶.

La historia clínica detallada, incluyendo los tratamientos anteriores y el grado de satisfacción con los mismos, se convierte en una herramienta esencial para detectar patrones de conducta compulsiva. La reiteración de intervenciones, la falta de satisfacción persistente y la búsqueda de resultados irreales son indicios claros de que el paciente podría estar padeciendo un TDC. En estos casos, la actuación médica debe ser prudente y orientada a proteger tanto al paciente como al profesional.

2. Instrumentos de evaluación del TDC

Por consiguiente, puede considerarse que la evaluación psicológica del paciente constituye un acto de buena praxis profesional en los casos en los que se presentan síntomas o signos de TDC.

Así, el estudio realizado por KALEENY, JD, (et. al)¹⁷, concluye que es crucial realizar pruebas de detección del TDC preoperatorias y contar con mecanismos de apoyo continuo que puedan mejorar los resultados y la satisfacción del paciente.

Para abordar el diagnóstico del TDC, existen diversos cuestionarios validados que permiten medir la satisfacción con la imagen corporal y detectar signos de dismorfofobia. Entre ellos destacan:

La tabla de CRUZADO (et. al)¹⁸ que incluye preguntas orientativas sobre la percepción corporal y el grado de angustia asociado.

¹⁶ SWEIS, Iliana (et al.), «A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery, Patients and the Legal Implications», *Springer Science+Business Media – International Society of Aesthetic Plastic Surgery*, Nueva York, 2017. Págs. 949-954.

¹⁷ Vid LORENTE PRIETO, Estrella., «Trastorno dismórfico corporal en nuestras consultas de Medicina Estética», documento electrónico sin paginación.

¹⁸ CRUZADO, Luis (et al.), «Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso», *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima (Perú), 2010, Págs. 51 – 53. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100010 (último acceso 1/07/2026).

Tabla 2. Preguntas de tamizaje para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal.

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

El *Dysmorphic Concern Questionnaire* (DCQ)¹⁹, compuesto por 7 ítems con respuestas tipo “sí” o “no” que evalúan preocupaciones comunes sobre la apariencia física.

Dysmorphic Concern Questionnaire				
Have you ever:				
1. Been very concerned about some aspect of your appearance?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
2. Considered yourself misformed or misshapen in some way (e.g. nose/hair/skin/sexual organs/overall body build)?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
3. Considered your body to be malfunctioning in some way (e.g. excessive body odour, flatulence, sweating)?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
4. Consulted or felt you needed to consult a plastic surgeon/dermatologist/physician about these concerns?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
5. Been told by others/doctor that you are normal in spite of you strongly believing that something is wrong with your appearance or bodily functioning?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
6. Spent a lot of time worrying about a defect in your appearance/bodily functioning?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)
7. Spent a lot of time covering up defects in your appearance/bodily functioning?	Not at all (0)	Same as most people (1)	More than most people (2)	Much more than most people (3)

A estos cuestionarios se unen otros como el *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire — Dermatology Version* (BDDQ-DV) que utiliza una escala Likert (1-5) y considera positiva la presencia de preocupación, angustia moderada (puntuación ≥ 3) o deterioro funcional.

Estos instrumentos han sido traducidos al español y validados en estudios locales, lo que permite su aplicación en consultas de medicina estética como herramienta de cribado. Su uso sistemático puede ayudar a detectar casos sospechosos y derivar al paciente a un especialista en salud mental antes de proceder con el tratamiento.

¹⁹ OOSTHUIZEN, Peter (et al.), «Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Sídney, 1998, Págs. 129-132, <https://doi.org/10.3109/00048679809062719> (último acceso 01/07/2026).

3. Recomendaciones para la práctica médica

Según lo expuesto, y de acuerdo con los protocolos de las sociedades médicas estudiados de Reino Unido y de Alemania, podría hablarse de buena praxis médica si, ante la sospecha de TDC, el profesional realiza las siguientes actuaciones:

- Realizar una entrevista clínica detallada, incluyendo antecedentes psicológicos y sociales.
- Aplicar cuestionarios validados para detectar signos de dismorfofobia.
- Solicitar un informe previo de un especialista en salud mental, preferiblemente un psicólogo.
- Documentar exhaustivamente la historia clínica y el consentimiento informado.
- Abstenerse de realizar el tratamiento si se considera que el paciente no está en condiciones de comprender o asumir los riesgos.

Estas medidas no solo protegen al paciente, sino que también refuerzan la seguridad jurídica del profesional, asegurando una defensa adecuada en casos de reclamaciones por responsabilidad civil derivadas de actuaciones imprudentes o negligentes.

4. Conclusiones

Podemos concluir que la aparición de signos que sugieran la existencia de un TDC en un paciente que quiere someterse a intervenciones estéticas, supone un desafío clínico, ético y jurídico para el profesional que se dispone a efectuar el tratamiento estético solicitado.

Hemos podido comprobar como la incidencia de este trastorno es alta en el tipo de paciente que demanda tratamientos estéticos, lo cual, exige al profesional sanitario extremar las precauciones ante cualquier síntoma de alarma. Entendemos que la evaluación psicológica del paciente es necesaria ante la presencia de cualquier sospecha de TDC. Y así mismo que el cuestionario previo de salud ha de referirse necesaria y específicamente a los antecedentes psiquiátricos y psicológicos. La omisión de esta valoración puede comprometer la validez del consentimiento informado y derivar en responsabilidad civil para el profesional.

De hecho, y profundizando en este aspecto, consideramos también que un médico o cirujano estético ha de estar capacitado, y de hecho, tiene las herramientas suficientes, para detectar los signos y síntomas que sugieran la existencia de un TDC, y de acuerdo a ello, poder derivar al especialista adecuado, ya sea psicólogo o psiquiatra, al paciente, previamente a realizarle ninguna intervención estética.

No debemos olvidar que la medicina estética también tiene un componente asistencial. Aunque se trate de procedimientos voluntarios, el deber de cuidado y la protección del paciente siguen siendo pilares fundamentales de la praxis médica. Incorporar herramientas de diagnóstico psicológico, documentar adecuadamente la historia clínica y actuar con

prudencia ante casos sospechosos de TDC son medidas esenciales para garantizar una atención ética, segura y jurídicamente sólida.

III. ANÁLISIS JURÍDICO

1. La medicina estética como una obligación de medios con mayor énfasis en la información

Desde hace años, la jurisprudencia ha dado por zanjado el debate sobre la obligación de medios o de resultados en los tratamientos de medicina estética. Efectivamente, se ha dejado de distinguir entre tratamientos curativos o satisfactivos a la hora de determinar que la obligación del profesional sanitario es de medios y no de resultados²⁰.

Se entiende por tratamientos curativos o necesarios aquellas actuaciones médicas orientadas a resolver una patología o problema de salud del paciente, es decir, las que resultan indispensables para restablecer su estado de salud. Por el contrario, los tratamientos satisfactivos hacen referencia a intervenciones en las que el paciente parte de una situación de normalidad clínica y decide libremente someterse al procedimiento con el fin de obtener una mejora, generalmente de carácter estético.²¹

La Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 29 de junio de 2007²², con ponencia del magistrado Seijas Quintana, constituye un hito en la configuración jurisprudencial de la responsabilidad civil en medicina estética²³. En ella se afirma que, en la

²⁰ ARNAU MOYA analiza la evolución jurisprudencial española en materia de cirugía estética, destacando que la tradicional distinción entre medicina curativa y satisfactiva ha perdido relevancia. Señala que el Tribunal Supremo ha consolidado la doctrina según la cual la obligación del profesional sanitario, incluso en intervenciones estéticas, es de medios y no de resultados. Además, enfatiza el reforzamiento del deber de información como elemento esencial para garantizar la autonomía del paciente en procedimientos voluntarios. ARNAU MOYA, Francisco, «Reflexiones críticas sobre la responsabilidad civil en materia de cirugía estética en España», *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, Madrid, 2023. Págs. 1956-1991.

²¹ MORENO NAVARRETE subraya que la medicina curativa responde a una necesidad terapéutica, mientras que la satisfactiva se basa en la libre elección del paciente para mejorar su apariencia, lo que exige un consentimiento informado especialmente riguroso.

MORENO NAVARRETE, Miguel Ángel, «La responsabilidad civil en la medicina natural o satisfactiva», *Revista de Derecho Civil*, Granada, 2009. Págs. 523-543.

²² Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sentencia nº 759/2007, de 29 de junio.

²³ Audiencia Provincial de Barcelona, Sentencia nº 681/2023, de 24 de noviembre:

«En la actualidad, sin embargo, de acuerdo con la más reciente doctrina, se entiende que la distinción entre obligación de medios y resultados no es posible mantenerla en el ejercicio de la actividad médica, salvo que el resultado se pacte o se garantice (SSTS 544/2007, de 23 de mayo (RJ 2007, 4667); 534/2009, de 30 de junio (RJ 2009, 6460), 778/2009, de 20 de noviembre (RJ 2010, 138), 20/11/2008 y 517/2013, de 19 de julio, 18/2015, de 3 de febrero (RJ 2015, 641); pues, en ambos casos, el médico se compromete a utilizar los conocimientos y técnicas que ofrece la medicina, bajo los riesgos típicos que discurren al margen del actuar diligente y que, además, están sometidos a cierto componente aleatorio, en tanto en cuanto no todas las personas reaccionan de la misma forma ante los tratamientos dispensados.

En la Sentencia del Tribunal Supremo núm. 250/2016, de 13 de abril (RJ 2016, 1495), que reproduce la más reciente Sentencia del Tribunal Supremo núm. 828/2021 de 30 noviembre (RJ 2021\5665), se advierte que la responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a

valoración de la praxis médica, no procede diferenciar entre obligaciones de medios y de resultados ni entre tratamientos curativos y satisfactivos, dado que la responsabilidad del profesional sanitario es siempre de medios. Se razona que la respuesta del organismo de cada persona ante un mismo tratamiento puede variar, lo que impide garantizar un resultado concreto. Igualmente, se subraya la obligación del facultativo de proporcionar información adecuada sobre los riesgos generales y específicos de la intervención. Únicamente cabe responsabilidad objetiva por la falta de consecución del resultado cuando este haya sido expresamente asegurado por el profesional, entendiéndose que existe garantía incluso en los supuestos en que no se advierte al paciente de que el resultado estético pretendido podría no alcanzarse con el tratamiento indicado.

En consecuencia, la doctrina actual sostiene que la obligación del profesional en medicina y cirugía estética es de medios, si bien acompañada de un deber de información especialmente reforzado ²⁴.

2. La información en los tratamientos estéticos

Como hemos analizado, no existe en la actualidad una obligación de resultado en los tratamientos estéticos, por parte del facultativo. Sin embargo, el deber agravado de información al paciente sobre los riesgos constituye una diferencia notable a la hora de tratar la responsabilidad civil en este tipo de casos.

Y es que este deber de información agravado, no solo debe incluir, como ocurre en los tratamientos curativos, los riesgos generales del tratamiento — que suelen incluir los riesgos poco graves y frecuentes y los poco frecuentes pero graves —, y los riesgos específicos, que son los que se corresponden con el estado previo del paciente. Si no que, además, debe incluir una serie de información adicional²⁵, a saber:

una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual».

²⁴ LUCERO RECIO, R. «La obligación de resultado y la información en la medicina voluntaria. Evolución jurisprudencial», *Según Artículo Monográfico*, Madrid, 2017, Págs 1 – 7. SP/DOCT/22973.

²⁵ ARBESÚ GONZÁLEZ destaca la “especial trascendencia” del deber de información en medicina satisfactiva, señalando que debe ser más amplio que en la medicina curativa. Incluye no solo riesgos generales y específicos, sino también aspectos como expectativas realistas, alternativas, cuidados postoperatorios y posibles complicaciones excepcionales.

ARBESÚ GONZÁLEZ, Verónica, «El consentimiento informado en cirugía estética», *La Responsabilidad Civil en el Ámbito de la Cirugía Estética*, Madrid, 2018. Págs. 245-331.

- La posibilidad de no conseguir el resultado deseado, incluyendo si es posible, las probabilidades de no obtención de dicho resultado.
- Riesgos improbables. Al tratarse de una intervención no necesaria el paciente debe ser consciente de todos los riesgos a los que se somete, incluso los menos probables²⁶.

Los requisitos que generalmente se requieren en este tipo de tratamiento son: a) que se facilite por escrito por parte del médico que va a realizar la intervención, no siendo válido que lo facilite el personal de administración, de enfermería o cualquier otro profesional que no va a ser el que vaya a realizar la intervención, b) que se facilite con suficiente antelación a la realización de la intervención, para que el paciente tenga tiempo de entender los riesgos y de valorar si se somete o no a dicha intervención, pudiendo consultar todas las dudas que le surjan al médico responsable, c) que vaya acompañado de una explicación verbal por parte del profesional, asegurándose de que el paciente entienda los términos de la información, d) que incluya la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento²⁷.

A continuación, analizamos algunas sentencias recientes en donde se ha entendido por parte de nuestros Tribunales que no se ha respetado la especial obligación de información que se ha de aplicar en los tratamientos satisfactivos, generando con ello responsabilidad en el facultativo o en la clínica, independientemente de que la actuación del facultativo haya seguido los protocolos médicos aplicables al caso (*lex artis ad hoc*) o no.

En primer lugar, la Sentencia de la AP de Madrid de fecha 14 de enero de 2022²⁸, en la que se reclama la cantidad de 25.896,96 € derivados de un tratamiento de fotodepilación, se establece, por un lado, que en el ámbito de la medicina estética o satisfactiva, se debe exigir un criterio especialmente riguroso en la valoración del deber de información, superior al exigido en la medicina asistencial, debido a la innecesariedad de este tipo de intervenciones, lo que exige garantizar que el paciente adopte su decisión de forma plenamente libre y consciente. Este estándar reforzado pretende evitar que la relativización de la necesidad del tratamiento conduzca a minimizar u omitir riesgos, incluso excepcionales, con el fin de favorecer la aceptación de la intervención, asegurando así una protección efectiva de la autonomía del paciente.

Por otro lado, se indica que, en el tratamiento analizado, consistente en una depilación láser, el consentimiento informado adquiere una función central y exige un contenido especialmente amplio. La información debe ser objetiva, veraz, completa y comprensible, abarcando no solo el procedimiento y el resultado esperado, sino también el pronóstico, la

²⁶ BELLO JANEIRO, Domingo (coord.): «Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario: profesionales y pacientes como protagonistas», *Editorial Reus*, Madrid, 2023, ISBN 978-84-290-2757-0. pág. 44.

²⁷ Como señala SÁNCHEZ PÉREZ, el deber de información en tratamientos estéticos no se limita a los riesgos generales y específicos, sino que debe incluir datos sobre limitaciones del resultado, cuidados posteriores y alternativas, para evitar expectativas irreales y garantizar la autonomía del paciente. SÁNCHEZ PÉREZ, Francisco, «La importancia de informar al consumidor sobre los tratamientos de estética», *Abogacía Española Consejo General*, Madrid, 2024, documento electrónico sin paginación, <https://www.abogacia.es/publicaciones/blogs/blog-de-derecho-de-los-los-consumidores/la-importancia-de-informar-al-consumidor-sobre-los-tratamientos-de-estetica/> (último acceso 01/07/2026).

²⁸ Audiencia Provincial de Madrid, Sentencia 628/2020, de 14 de enero de 2022.

posibilidad de fracaso y todos los riesgos previsibles, incluidas complicaciones poco frecuentes o excepcionales, como quemaduras o secuelas estéticas, con independencia de que la actuación se ejecute correctamente desde el punto de vista técnico. Solo mediante esta información exhaustiva puede el paciente valorar adecuadamente los riesgos y decidir libremente si consiente o rechaza el tratamiento.

Como consecuencia de este especial cuidado en el deber de información en un tratamiento satisfactivo, como es una depilación láser, se estima la demanda, condenando al pago de la indemnización correspondiente a los daños generados, consistentes quemaduras, las que tardaron en curar 30 días, con perjuicio grave durante 5 días y moderado durante 25. Esta condena se produce a pesar de la existencia de consentimiento informado, ya que el mismo no refleja la posibilidad de sufrir quemaduras graves, como aconteció en el este caso.

En segundo lugar, la Sentencia de AP de Las Palmas²⁹, de fecha 20 de julio de 2016, en un supuesto de reclamación por secuelas tras la realización de un lifting cervicofacial y un retoque de pexia mamaria, en una paciente que padecía elastosis dérmica y que, por tanto, presentaba un mayor riesgo del habitual a sufrir cicatrices antiestéticas, aprecia responsabilidad médica no por una actuación técnicamente incorrecta, sino por la insuficiencia del consentimiento informado, al no haberse acreditado una información adecuada en las intervenciones practicadas y resultar claramente deficiente el consentimiento genérico aportado que omitía riesgos relevantes y previsibles de agravación estética. Como podemos ver, la condena deriva precisamente de esta falta de información, al no haberse advertido a la paciente de la mayor probabilidad de aparición de secuelas antiestéticas derivadas de los tratamientos realizados. Esta omisión se considera determinante para fundamentar la responsabilidad, sin que la ausencia de determinados elementos probatorios o la eventual existencia de intervenciones posteriores no acreditadas desvirtúen dicha conclusión, confirmándose además la indemnización limitada al perjuicio estético en los términos fijados por la resolución recurrida.

Una cuestión muy interesante en esta sentencia es que se reconoce expresamente que es la parte demandada la que tiene que probar la existencia de información, mediante la aportación del consentimiento informado específico, invirtiendo con ello la carga de la prueba, como indica BELLO JANEIRO³⁰:

«Así, la obligación de informar al paciente ha supuesto una redistribución de los riesgos que ahora son asumidos por el profesional médico» (...) “No obstante, el cambio más relevante en el paradigma jurídico es en ciertos casos, prácticamente la inversión de carga de la prueba, ya que en los casos de incumplimiento del consentimiento informado es el profesional el que debe probar que informó correctamente al paciente y aportar las pruebas de ello».

Aplicada la anterior doctrina al presente estudio, nos referimos los supuestos en los que el paciente ya tiene diagnosticada una enfermedad psicológica, de carácter leve, que afecta a la percepción de su imagen corporal. En este supuesto, la omisión de esta información

²⁹ Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección 4.ª, Sentencia 260/2016, de 20 de julio de 2016.

³⁰ Vid. BELLO JANEIRO, D. (coord.): «Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario...», p. 33.

ampliada constituye una vulneración del deber de información reforzado exigible en la medicina estética. Desde la perspectiva jurídica, ello supone que el consentimiento del paciente no puede considerarse plenamente informado, pudiendo surgir responsabilidad civil aun cuando no exista error técnico en la ejecución del procedimiento. En estos casos, el reproche no se dirige a la forma en que se realizó el tratamiento, sino a la vulneración de la autonomía del paciente que se produce por haber privado al mismo de la posibilidad de valorar adecuadamente todos los riesgos y decidir libremente si deseaba asumirlos. Y entre esos riesgos, consideramos especialmente relevante el riesgo referente a que, la persona que ya está afectada por una patología psiquiátrica, no alcance la satisfacción estética que busca por muy bien que esté realizado el tratamiento, ya que precisamente esa patología previa le impedirá alcanzar esa satisfacción.

3. Obligación de tener en cuenta los antecedentes médicos

Otra cuestión distinta a la anterior, la tenemos en el supuesto en el que el paciente no manifiesta tener antecedentes psiquiátricos diagnosticados, pero aun así, presente síntomas claros de TDC u otras patologías psiquiátricas graves. Por lo que nos plantemos si, dentro de la obligación de medios que incumbe al profesional sanitario, se debe incluir la valoración de las posibles patologías psiquiátricas, relacionadas con la percepción corporal que pueda tener el paciente, antes de someterse a tratamientos estéticos.

Ciertamente, los médicos, a la hora de realizar un diagnóstico inicial, tienen la obligación de realizar un informe previo de salud, para comprobar la existencia de posibles patologías que puedan tener relación con el tratamiento a realizar, o que puedan interferir con las mismas de alguna manera. Esta obligación no solo responde a criterios clínicos, sino que se enmarca dentro del deber de diligencia que rige la actuación médica, especialmente en el ámbito de la medicina voluntaria o no curativa, como es el caso de la medicina estética.

La adecuada documentación de los antecedentes médicos, psicológicos y sociales del paciente no solo permite al facultativo evaluar con rigor la idoneidad del tratamiento, sino que también constituye un elemento esencial de defensa frente a eventuales complicaciones o reclamaciones por responsabilidad civil. En este sentido, la historia clínica adquiere valor probatorio al acreditar que la actuación profesional se ajustó a la *lex artis ad hoc*, esto es, a los estándares de calidad y diligencia exigibles en la especialidad correspondiente³¹.

Si bien es cierto que un médico estético no tiene por qué ser especialista en psiquiatría o psicología, al menos, sí debe tener unos conocimientos mínimos que le permitan detectar los indicios más frecuentes de alteraciones psicológicas que se manifiesten a través de la insatisfacción corporal. En particular, resulta esencial, bajo nuestro punto de vista, que el profesional esté capacitado para identificar signos de trastornos como el TDC, del que

³¹ SISO MARTÍN afirma que la historia clínica tiene un valor probatorio esencial en procesos de responsabilidad sanitaria, al constituir una prueba preconstituida que acredita la actuación conforme a la *lex artis*. Señala que su carácter descriptivo y científico la convierte en un instrumento clave para la defensa del profesional ante reclamaciones. SISO MARTÍN, José, «La historia clínica: su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio», *Comunicación para Fiscales*, Madrid, 2023. Pp. 10 a 12.

hablaremos a continuación, que puede llevar al paciente a solicitar intervenciones estéticas de forma compulsiva o sin una base racional.

Por lo tanto, nuestra tesis es que los médicos estéticos deben ser capaces de realizar una valoración, siquiera somera, de la capacidad psicológica del paciente para someterse libremente a una intervención estética. Esta valoración no implica realizar un diagnóstico clínico exhaustivo, sino poder detectar indicios que aconsejen derivar al paciente a un especialista en salud mental, antes de proceder con el tratamiento.

Obviar este paso previo o, peor aún, comprobar que existen estos síntomas, pero aun así, seguir adelante con el tratamiento, constituye, a mi modo de ver, una infracción de la *lex artis ad hoc*, generadora de responsabilidad para el facultativo.

Por tanto, entendemos que cabe apreciar responsabilidad civil³² por infracción de la *lex artis* cuando el profesional, pese a la concurrencia de signos compatibles con dicho trastorno, no adopta las cautelas exigibles —en particular, la adecuada valoración clínica, la eventual negativa a realizar el tratamiento o la derivación a un especialista— y continúa con la intervención estética.

Desde esta perspectiva, debe entenderse que la omisión de la valoración de síntomas indicativos de una posible patología psiquiátrica en el paciente, con carácter previo a la realización de un tratamiento estético, puede generar la obligación de indemnizar, siempre que concurren los restantes presupuestos de la responsabilidad civil sanitaria, esto es, la existencia de un daño y de un nexo causal.

En relación con el daño, cabe apreciar que un paciente afectado por un trastorno psiquiátrico puede experimentar un agravamiento de su estado como consecuencia de la intervención, dado que, en patologías como el TDC, la insatisfacción con la propia imagen tiende a persistir o incluso intensificarse tras la realización de sucesivos tratamientos estéticos.

Finalmente, en lo que respecta al nexo causal, no basta con la mera existencia del trastorno, sino que resulta necesario acreditar que el daño producido es consecuencia de la intervención realizada y que, de haberse observado las cautelas exigibles —en particular, la adecuada valoración psicológica y la eventual derivación a un especialista—, el tratamiento no se habría llevado a cabo o se habría evitado el resultado lesivo.

Junto a la dimensión civil, también puede emerger un reproche deontológico cuando la actuación del médico contravenga los principios éticos de la profesión, en particular el de *prima non nocere*³³, que impone evitar la realización de procedimientos que, atendiendo a las circunstancias concretas del paciente, puedan resultar más perjudiciales que beneficiosos.

³² Normalmente se generará responsabilidad contractual, establecida en el art. 1.101 del C.Civil, al mediar contrato entre el paciente y la clínica estética.

³³ La expresión latina *prima non nocere* significa literalmente «lo primero, no hacer daño». Constituye uno de los principios éticos fundamentales de la práctica médica, vinculado al deber de evitar causar perjuicio al paciente.

Desde esta perspectiva, la práctica de intervenciones estéticas en personas que presentan signos compatibles con un trastorno dismórfico corporal, sin valorar adecuadamente su situación psicológica ni considerar la conveniencia de una derivación previa a un especialista en salud mental, podría constituir una actuación contraria a los estándares éticos de la profesión. No obstante, debe precisarse que la eventual responsabilidad deontológica no requiere necesariamente la producción de un daño efectivo, pudiendo derivar del mero incumplimiento de los deberes profesionales y éticos exigibles al facultativo.

Finalmente, la eventual responsabilidad penal³⁴ exige una delimitación especialmente rigurosa. En este sentido, podrían plantearse supuestos especialmente graves cuando concurren signos manifiestos y objetivamente apreciables de alteración psicológica que cuestionen seriamente la idoneidad del tratamiento solicitado y, pese a ello, el facultativo decida intervenir sin efectuar una valoración adicional o sin solicitar el correspondiente apoyo especializado. En tales casos, la relevancia jurídico-penal no derivaría de una incorrecta valoración de los antecedentes del paciente, sino de la inobservancia de los deberes básicos de diligencia exigibles al profesional sanitario³⁵.

En todo caso, la relevancia penal no puede afirmarse de manera automática, sino que dependerá de la concurrencia de los elementos típicos y del grado de reproche subjetivo en cada caso.

En definitiva, la medicina estética, por su carácter voluntario y su vinculación con la imagen corporal, exige una especial sensibilidad por parte del profesional que debe ir más allá de la mera técnica para incorporar una perspectiva integral del paciente. La correcta documentación de los antecedentes, la valoración psicológica básica y el deber de derivación al psicólogo o psiquiatra ante la existencia de síntomas claros de TDC constituyen garantías jurídicas que protegen tanto la libre determinación del paciente como la praxis del profesional, y cuya omisión puede tener consecuencias graves en términos de responsabilidad civil sanitaria.

4. El ejemplo del Reino Unido en cuanto a la protección de los menores

El Reino Unido no ha sido ajeno a este incremento de las peticiones de tratamientos estéticos, sobre todo entre la población joven y adolescente, por los mismos motivos ya analizados, relacionados con el uso de las redes sociales y la implementación de la IA en la

³⁴ En este caso, se podría hablar de un delito de lesiones imprudentes (art. 152 Código Penal), o incluso de homicidio imprudente si las secuelas derivan en el fallecimiento del paciente (art. 142 Código Penal).

³⁵ Para entender este tipo de casos podemos poner el ejemplo de Jessica Alves, anteriormente Rodrigo Alves, que solicitó una serie de intervenciones estéticas para convertirse en el “Ken humano” llegando a obtener un resultado estético completamente deshumanizado. En el ordenamiento jurídico español entendemos que el profesional sanitario que se hubiera prestado a realizar este tipo de intervenciones quirúrgicas, que claramente deshumanizan al paciente, podría haber incurrido en un delito de lesiones imprudentes, a no ser que se demostrara que el Sr. Alves no padecía patología psiquiátrica alguna. Véase: La Vanguardia, *La historia del ‘Ken humano’: de niño maltratado en la escuela a novio de Barbie*, 29 de marzo de 2016, disponible en: [La historia del ‘Ken humano’: de niño maltratado en la escuela a novio de Barbie](#) (último acceso: 01/07/2026).

creación de modelos de belleza, a lo que se añade la oferta de tratamientos quirúrgicos a bajo coste y las campañas agresivas de marketing.

Sin embargo, el legislador británico no ha pasado por alto el componente ético de esta situación y ha promulgado una serie de normas tendentes a restringir ciertos procedimientos, reforzar los estándares del consentimiento informado y a establecer un sistema de licencias que garantice la seguridad del paciente.

Así, el *Health and Care Act 2022* constituye la base jurídica de la ulterior regulación integral de los procedimientos estéticos no quirúrgicos en Inglaterra. Mediante su sección 180, otorga al Secretario de Estado de Salud y Asistencia Social la facultad de establecer un régimen de licencias para prácticas cosméticas consideradas de riesgo³⁶. De tal manera que los profesionales que quieran realizar este tipo de tratamientos deberán obtener una licencia específica, tanto de habilidad profesional, como de idoneidad del establecimiento, así como contar con el seguro correspondiente y someterse al control de las autoridades sanitarias.

Hasta aquí no existe gran diferencia con la regulación española, en donde, para realizar la labor de medicina estética, se ha de disponer del título de Medicina, y formación especializada al efecto – en forma de Máster, ya que no se ha establecido aún la especialidad vía MIR de la Medicina Estética –, así como cumplir los requisitos sanitarios establecidos en cada localidad para la apertura de la clínica estética³⁷.

La mayor novedad que nos encontramos en la regulación del Reino Unido está en el *Botulinum Toxin and Cosmetic Fillers (Children) Act 2021*, en vigor desde el 1 de octubre de 2021. Esta norma prohíbe expresamente la administración de tratamientos cosméticos inyectables a menores de 18 años, salvo prescripción médica con fines terapéuticos³⁸.

Esta normativa tipifica como infracción penal tanto la aplicación directa como la oferta de estos servicios a menores, incluso con consentimiento parental. La medida responde al auge de la denominada *teenage cosmetic culture*³⁹, fenómeno que alude a la creciente normalización, entre adolescentes de 15 a 18 años, de las prácticas de cirugía estética y a la tendencia a subestimar los riesgos asociados a dichas intervenciones.

Con esta ley, el Reino Unido se convirtió en uno de los primeros países europeos en proteger de manera absoluta a los menores frente a inyecciones estéticas electivas, atendiendo

³⁶ *Health and Care Act 2022*, s.180.

³⁷ El Tribunal Supremo, en la Sala de lo Contencioso - Administrativo, mediante sentencia nº 653/2021, de fecha 10 de mayo, delimita las funciones que corresponde a la profesión de enfermería y a la de medicina, estableciendo que, si bien la Medicina Estética no es una especialidad propiamente dicha al no cursarse vía MIR, se trata de todas formas de una actividad que solamente pueden realizar los médicos, no los enfermeros, ni ningún otro profesional.

³⁸ *Botulinum Toxin and Cosmetic Fillers (Children) Act 2021*, s.2.

³⁹ ASHIKALI, Eleni Marina, sis(et al.), «Adolescent girls' views on cosmetic surgery: A focus group study», *Journal of Health Psychology*, Londres, 2016, Págs. 112-121. <https://doi.org/10.1177/1359105314522677> (último acceso 01/07/2026).

no solo al riesgo físico, sino también a su vulnerabilidad emocional y a la inmadurez en la construcción de la autoimagen.

En cuanto al deber de información, el derecho británico se rige por la doctrina jurisprudencial de la *Gillick competence*, establecida en *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*⁴⁰. Según esta, un menor de 16 años puede otorgar consentimiento válido si posee la madurez suficiente para comprender la naturaleza y consecuencias del tratamiento.

Lo interesante de esta doctrina viene en las excepciones. Y es que, a diferencia de los tratamientos médicos terapéuticos, los procedimientos cosméticos se consideran electivos y al entender que su motivación suele ser psicosocial, se exige una evaluación psiquiátrica previa, y en muchos casos, la intervención del consentimiento parental o incluso judicial. La *British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons* (BAPRAS)⁴¹ advierte que los jóvenes con trastorno dismórfico corporal no son capaces de valorar objetivamente los riesgos y beneficios, y recomienda limitar la cirugía estética a menores únicamente «*en circunstancias excepcionales y clínicamente justificadas*»⁴².

⁴⁰ House of Lords, *Gillick contra West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 17 de octubre de 1985, Londres, disponible en <https://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1985/7.html> (fecha de consulta: 22/05/2025).

⁴¹ BAPRAS, *Plastic surgeons say teenagers should only have cosmetic surgery in exceptional cases*, Press Release, 2023, <https://www.bapras.org.uk/media-government/media-resources/press-releases/plastic-surgeons-association-says-that-teenagers-should-only-have-cosmetic-surgery-in-exceptional-cases> (último acceso: 21/09/2025).

⁴² A una conclusión similar llega la Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) que ha manifestado públicamente su apoyo a las iniciativas legislativas que buscan restringir la publicidad de tratamientos estéticos dirigida a menores de edad en Alemania. Esta posición se fundamenta en la creciente preocupación por los efectos físicos y, especialmente, psicológicos que pueden derivarse de someter a adolescentes a procedimientos invasivos sin necesidad médica, <https://www.buzzfeed.de/news/schoenheits-op-operation-jugendliche-junge-menschen-instagram-social-media-wahn-chirurgie-91429807.html> (último acceso 16/09/2025). La DGPRÄC advierte que los menores, debido a su etapa de desarrollo emocional y cognitivo, no siempre son capaces de comprender plenamente los riesgos, las implicaciones a largo plazo y las motivaciones reales detrás de su deseo de modificar su apariencia. En muchos casos, estas motivaciones están influenciadas por presiones sociales, estándares de belleza irreales promovidos en redes sociales, y una autoimagen aún en construcción.

Los adolescentes con baja autoestima o trastornos de imagen corporal pueden buscar soluciones quirúrgicas como vía rápida para obtener aceptación social, sin considerar los riesgos médicos ni las consecuencias psicológicas.

La cirugía estética en menores debe limitarse a casos clínicamente justificados, como malformaciones congénitas, reconstrucciones por accidentes o patologías que afecten el desarrollo psicosocial del menor.

La publicidad dirigida a menores puede fomentar decisiones impulsivas y generar expectativas irreales, por lo que debe ser regulada estrictamente.

Esta postura fue respaldada durante la presentación de una iniciativa legislativa en el Bundestag en 2019 que proponía ampliar la prohibición de publicidad estética de menores de 14 a 18 años. El entonces ministro de Salud, Jens Spahn, declaró: “*La señal que nuestra sociedad debe enviar a los jóvenes debe ser: estás bien exactamente como eres*”, subrayando la necesidad de proteger a los adolescentes de presiones estéticas innecesarias. Bundesministerium für Gesundheit (Alemania), Werbeverbot für Schönheits-OPs, 2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/werbeverbot-schoenheits-ops.html> (último acceso 16/09/2025).

Estas excepciones reflejan una interpretación más restrictiva de la autonomía del menor cuando el procedimiento no responde a una necesidad médica, sino a una demanda influida por factores psicológicos o sociales que pueden distorsionar el juicio clínico y legal.

Por tanto, el Reino Unido ha puesto unas bases legales, jurisprudenciales y médicas adecuadas para la protección del paciente que pueda estar afectado por patologías psicológicas o psiquiátricas, sobre todo en el caso de los jóvenes, si bien esta protección aún está pendiente de ulterior desarrollo.

5. Conclusión

Desde la perspectiva de la responsabilidad civil, resulta necesario diferenciar dos posibles títulos de imputación. El primero deriva de la infracción del deber de información reforzado propio de la medicina estética. En estos supuestos, la responsabilidad encuentra su fundamento en la insuficiencia del consentimiento informado, al haberse privado al paciente de la posibilidad de valorar adecuadamente los riesgos del tratamiento y adoptar una decisión libre y consciente.

El segundo se sitúa en el ámbito de la propia *lex artis ad hoc*. En estos casos, el reproche no se refiere a la información suministrada, sino a la actuación clínica del profesional. Así, cuando existan indicios objetivos compatibles con un trastorno dismórfico corporal, la omisión de una valoración adecuada o de la correspondiente derivación a un especialista puede constituir una actuación negligente autónoma, aun cuando el consentimiento informado hubiera sido formalmente correcto.

En consecuencia, la responsabilidad del facultativo puede surgir tanto por un defecto en el consentimiento informado como por la realización de un tratamiento estéticamente indicado pero clínicamente desaconsejado atendiendo a las circunstancias psicológicas del paciente.

IV. ESTUDIO DE JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL

1. EEUU. El caso Lynn G. v. Norman Hugo – Court of Appeals of the State of New York⁴³

En este caso, se estudia la responsabilidad médica de un cirujano que había realizado múltiples intervenciones estéticas a una paciente que alegaba padecer TDC⁴⁴.

Estamos ante un claro ejemplo de paciente con un comportamiento compulsivo en relación con los tratamientos estéticos, ya que la demandante, Lynn G., acudió al cirujano plástico Dr. Norman Hugo en más de 50 ocasiones durante seis años, para someterse, entre

⁴³ Court of Appeals del Estado de Nueva York, Lynn G. contra Norman Hugo, 96 N.Y.2d 306, 7 de junio de 2001, Nueva York, <https://law.justia.com/cases/new-york/court-of-appeals/2001/96-n-y-2d-306-1.html> (último acceso 10/10/2025).

⁴⁴ En inglés: *Body Dysmorphic Disorder*, BDD.

otras intervenciones, a: blefaroplastia, liposucciones faciales, tatuado de cejas, eliminación de arrugas y crecimiento cutáneo.

El problema surgió al someterse a una liposucción abdominal que no produjo los resultados esperados, por lo que posteriormente se realizó una abdominoplastia completa.

Tras la última intervención, Lynn G. presentó una demanda por mala praxis médica y falta de consentimiento informado, alegando que sufría de TDC, lo que afectaba su capacidad para consentir válidamente los procedimientos. Argumentó que el médico debió haber detectado su afección psiquiátrica, especialmente considerando su historial de cirugías y el uso de antidepresivos, y que debió haberla derivado a un especialista en salud mental antes de operar.

La Corte concluyó que no existía una cuestión de hecho que impidiera dictar sentencia sumaria a favor del médico. Entre los elementos clave de la decisión se destacan:

- El médico informó adecuadamente a la paciente sobre los riesgos de las intervenciones, incluyendo la posibilidad de producción de cicatrices y obtuvo su consentimiento por escrito.
- La paciente no estaba bajo tratamiento psiquiátrico en el momento de las cirugías y había indicado en su cuestionario médico que no padecía enfermedad mental.
- El médico presentó un informe psiquiátrico que descartaba la existencia de TDC o cualquier otro trastorno que afectara la capacidad de la paciente para consentir.
- Los peritos de la demandante no pudieron demostrar que Lynn G. padeciera TDC en el momento de las intervenciones, limitándose sus alegaciones a meras conjeturas basadas en su obsesión con la apariencia.
- El tribunal consideró que las afirmaciones de la paciente sobre el hecho de que había sido tratada de TDC por un psiquiatra, que ya había fallecido, eran insuficientes y especulativas.

Finalmente, la Corte determinó que el médico no incurrió en negligencia ni en omisión del deber de explicación, y que la paciente consintió válidamente los procedimientos. Aunque en esta decisión fue muy relevante el hecho de la falta de prueba suficiente sobre la existencia de un diagnóstico de TDC o de síntomas o signos que lo sugirieran.

Este caso es relevante porque introduce el debate sobre la capacidad de consentimiento en pacientes con TDC, y la obligación del médico de detectar signos psiquiátricos que puedan contraindicar procedimientos estéticos. Aunque el tribunal no encontró responsabilidad en este caso, por falta de prueba, la sentencia deja abierta la posibilidad de que, en otros contextos, la omisión de evaluación psicológica pueda constituir negligencia médica.

2. El deber de explicación -*setsumei gimmu*- en la jurisprudencia japonesa

El deber de explicación, llamado *setsumei gimmu* en la doctrina japonesa, es una muy interesante construcción jurisprudencial que se aplica en el análisis de la praxis en los casos de medicina estética por parte de los tribunales japoneses.

Esta línea doctrinal se consolidó a partir de la sentencia n.º 189 del Tribunal de Distrito de Tokio, de fecha 26 de julio de 2001, siendo posteriormente acogida por otras resoluciones, entre ellas, la sentencia del Tribunal Local de Osaka, de 15 de marzo de 2016. El interés de esta doctrina, para los fines del presente estudio, radica en la ampliación del deber de información exigido al médico estético en Japón, en virtud de la cual, dicho profesional debe atender no solo a los aspectos clínicos, sino también a la dimensión psicológica del paciente, asumiendo la obligación de realizar una anamnesis completa y de proceder a la derivación a psiquiatría cuando se detecten indicios de vulnerabilidad psíquica⁴⁵.

Efectivamente, el *setsumei gimmu* ha sido desarrollado por la jurisprudencia como una obligación autónoma, ligada al principio de buena fe, y a la exigencia de protección de la autonomía del paciente (art. 1.2 y art. 709 Código Civil japonés). En el campo de la cirugía y medicina estética —procedimientos electivos, no vitales—, los tribunales han reforzado los requisitos de información y la obligación de valorar la capacidad psíquica para consentir. Los dos casos analizados ilustran la aplicación práctica de esos principios⁴⁶.

A. Exposición de los casos

a) Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio, n.º 189, de 26 de julio de 2001⁴⁷

En este caso, que fue el pionero en cuanto a la aplicación de este concepto de deber de explicación, la demandante se sometió a una osteotomía mandibular en una clínica privada, sufriendo posteriormente diversas complicaciones físicas, tanto funcionales como estéticas, así como un deterioro psicológico con sintomatología compatible con depresión. Alegó que el médico no le explicó adecuadamente los riesgos, las alternativas ni valoró su estado psicológico antes de la intervención. El tribunal entendió que existió incumplimiento del deber de explicación y que, ante la presencia de antecedentes o signos de vulnerabilidad psíquica, el médico debía haber pautado una evaluación psiquiátrica previa.

b) Sentencia del Tribunal Local de Osaka, de 15 de marzo de 2016⁴⁸

⁴⁵ Los textos en japonés han sido traducidos al castellano con los recursos facilitados por las herramientas comunes de Google, al no dominar los autores dicho idioma.

⁴⁶ Medsafe, Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio de 26 de julio de 2001 (Heisei 13): *violación del deber de explicación por parte del médico en una cirugía de osteotomía mandibular con fines estéticos; se reconoce la responsabilidad y se ordena indemnización por daños*, No. 18, 2001, https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu_0_189.html (último acceso 15/09/2025).

⁴⁷ Tribunal del Distrito de Tokio, Sentencia n.º 189, 26 de julio de 2001, Tokio, https://www.nakapat.gr.jp/en/publications_eng/tokyo-district-court-judgement-on-the-spreader-for-osteotomy-cas (último acceso 17/05/2025).

⁴⁸ Tribunal Local de Osaka, Sentencia sobre cirugía estética y deber de explicación, 15 de marzo de 2016, Osaka, <https://www.lawschool.osaka-u.ac.jp/wp-content/themes/lsosakau/images/entrance/exam/2016/keihou16.pdf> (último acceso 09/06/2025).

En esta ocasión, nos encontramos con una paciente adulta sometida a una intervención estética facial que, tras la operación, manifiesta insatisfacción intensa, ansiedad y alteración de la imagen corporal, constanding antecedentes de tratamiento psiquiátrico. El tribunal consideró que, aunque la técnica fue correcta, el proceso informativo fue defectuoso y que la falta de valoración psicológica previa podía ser jurídicamente relevante. En esta causa no prosperó la condena indemnizatoria por falta de prueba concluyente del nexo causal, pero la sentencia constituyó un pronunciamiento doctrinal importante sobre la diligencia reforzada en medicina estética.

B. Definición y construcción jurisprudencial del deber de explicación *setsumei gimmu*

El concepto de deber de explicación *-setsumei gimmu-* se ha construido por la jurisprudencia japonesa definiéndose como una obligación autónoma vinculada a la relación médico-paciente y a la tutela de la autonomía del paciente. Su soporte jurídico se articula con la responsabilidad extracontractual (art. 709 CC japonés) y el principio de buena fe (art. 1.2 CC japonés), que los tribunales usan para justificar exigencias informativas más amplias en actos electivos. En medicina estética, donde el beneficio es subjetivo, los tribunales han exigido que la información sea “*clara, suficiente y comprensible*” y que, además, el profesional valore la aptitud psíquica del paciente para comprenderla.

La jurisprudencia japonesa ha extendido el contenido del deber de explicación, de tal manera que se debe considerar como parte de ese deber de explicación, la inclusión de una anamnesis clínica adecuada que permita identificar indicios de trastornos psiquiátricos, entre ellos, el TDC, pero también la depresión severa o conductas compulsivas.

Es decir que, aunque no exista en términos formales una obligación para el profesional sanitario, establecida legalmente, de solicitar siempre un informe psiquiátrico, la doctrina jurisprudencial sí puede considerar negligente y, por tanto, condenar a un profesional sanitario, cuanto no se solicita valoración especializada si existen señales razonables de vulnerabilidad psicológica, posponiendo o denegando el tratamiento según lo que proceda tras ese análisis previo.

C. Fundamentos jurisprudenciales de las sentencias

a) Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio, n.º 189, de 26 de julio de 2001: elementos decisivos

El tribunal determinó que el médico vulneró el deber de explicación, al no proporcionar información suficiente sobre:

- Los riesgos específicos del procedimiento quirúrgico.
- Las alternativas terapéuticas disponibles.
- Las implicaciones funcionales y estéticas del resultado quirúrgico.
- La necesidad de evaluación psiquiátrica previa, dado el historial psicológico de la paciente.

La sentencia subrayó que el consentimiento informado no puede considerarse válido si el paciente no comprende plenamente los riesgos, especialmente cuando existen condiciones mentales que afectan el juicio clínico. El tribunal concluyó que el médico debió haber derivado a la paciente a un especialista en salud mental, antes de proceder con la cirugía.

b) Sentencia del Tribunal Local de Osaka, de 15 de marzo de 2016: matices y alcance

Aunque el tribunal no condenó al médico por mala praxis, sí reconoció que hubo una deficiencia en el proceso informativo, y que esta omisión contribuyó al daño psicológico posterior. La sentencia subrayó que, en cirugía estética, el médico debe actuar con diligencia reforzada, y que la falta de evaluación psicológica previa puede ser jurídicamente relevante cuando:

- Está documentada en la historia clínica.
- El paciente presenta conductas compulsivas hacia la modificación corporal.
- Existen antecedentes de TDC o insatisfacción desproporcionada con la propia imagen.

El tribunal valoró el peritaje psicológico como elemento clave para establecer la relación causal entre la omisión informativa y el daño, aunque, en este caso, no se acreditó con suficiente contundencia para justificar una condena indemnizatoria.

Este fallo aparece recogido y comentado en la prensa jurídica especializada japonesa y en análisis doctrinales⁴⁹.

E. Conclusiones prácticas

La evolución jurisprudencial japonesa —resumida en los precedentes aquí analizados— impone al médico que practica medicina estética una diligencia reforzada que combina: (i) información clara y detallada sobre riesgos, alternativas y limitaciones; (ii) una anamnesis dirigida a detectar indicios de trastornos psiquiátricos; y (iii) la obligación de derivar a un especialista en psiquiatría o posponer/denegar la intervención cuando existan signos objetivos de vulnerabilidad psíquica. La omisión de estas actuaciones puede constituir mala praxis aun cuando la técnica operatoria sea correcta. En términos prácticos, la disciplina recomienda protocolos escritos de evaluación psicológica preoperatoria y documentación clara de las derivaciones y recomendaciones psiquiátricas.

Consideramos que estos preceptos son perfectamente trasladables al ordenamiento jurídico español. Ya que en nuestra jurisprudencia ya existen casos en los que se ha incluido como una obligación de la *lex artis ad hoc* el realizar una anamnesis correcta del paciente antes de someterle a un tratamiento.

⁴⁹ TOBEN, H. «Comentario sobre la sentencia del Tribunal Local de Osaka de 15 de marzo de 2016, en la que se negó la existencia de negligencia médica en el deber de atención del médico en procedimientos de medicina estética». *Revista de Estudios de Práctica Jurídica* (Nº 33). Osaka, 2008, https://www.toben.or.jp/message/pdf/houritsujitsumukenyu_bassui_33.pdf. (Último acceso 01/07/2026).

Por lo que es claramente deducible que, si el médico o cirujano estético conocía o debió conocer los síntomas de afectación psiquiátrica o psicológica, la *lex artis ad hoc* le obliga a realizar la derivación al especialista correspondiente, para que éste valore si el paciente está en las condiciones psicológicas adecuadas para someterse al tratamiento estético que requiera.

V. CONCLUSIONES

A la luz de lo expuesto en este trabajo, resulta necesario delimitar cuál es la conducta exigible al profesional sanitario, especialmente al médico o cirujano estético, cuando se enfrenta a un paciente que presenta signos evidentes de padecimiento de TDC o que demanda tratamientos estéticos de forma compulsiva.

1. Obligación de medios y deber de información agravado

En primer lugar, debemos partir de la premisa de que el profesional sanitario está sujeto a una obligación de medios, no de resultados. Sin embargo, esta obligación se ve acompañada por un deber de información agravado en el ámbito de la medicina estética. El facultativo no solo debe informar de los riesgos generales del procedimiento —comunes a cualquier paciente— y de los riesgos específicos —propios de la persona concreta a tratar—, sino que también debe advertir sobre la posibilidad de que el resultado no sea el esperado, especialmente en procedimientos donde la percepción subjetiva del paciente juega un papel determinante.

Es muy habitual que un paciente que demanda un tratamiento estético pueda estar afectado por patologías que afectan a la percepción de su imagen corporal. Por lo que resulta fundamental, y entendemos que exigible al facultativo, determinar en primer lugar, si ya tiene antecedentes psiquiátricos diagnosticados, y si esos antecedentes contraindican o no la realización del tratamiento estético.

Para el caso de que, a pesar de la existencia de antecedentes psiquiátricos, el tratamiento no esté contraindicado, sí se exige, en todo caso, informar incluso de los riesgos con especial cuidado, incluyendo el riesgo específico de que el paciente no quede conforme con su aspecto físico.

En consecuencia, la ausencia de información sobre las posibilidades de que el tratamiento estético no solo no obtenga el resultado requerido, sino que lo pueda empeorar, constituirá una infracción del deber de información del paciente.

2. Detección de signos de trastorno dismórfico corporal

Más allá del deber de información, el profesional sanitario debe poseer los conocimientos necesarios para identificar signos clínicos que sugieran la presencia de TDC. Esta exigencia forma parte de la *lex artis ad hoc* aplicable a la medicina estética en la medida en que ya existen guías médicas y protocolos, algunos de ellos desarrollados en países como

Reino Unido o Alemania, que permiten objetivar la afectación psicológica del paciente mediante cuestionarios breves y entrevistas clínicas estructuradas.

Al existir ya estas guías internacionales, consideramos que el estado actual de la ciencia sí otorga las herramientas necesarias al profesional sanitario estético para determinar si un paciente necesita previa valoración psicológica. La posición defendida en este trabajo es que, cuando existan signos objetivos compatibles con un trastorno dismórfico corporal, la obligación general de actuar conforme a la *lex artis ad hoc* debe exigir al profesional una valoración adicional de la situación psicológica del paciente o su derivación a un especialista.

La alerta debe ser especialmente intensa en el caso de pacientes jóvenes y mujeres, quienes, según diversos estudios, son más vulnerables a los efectos adversos de las redes sociales y a los modelos de belleza generados por inteligencia artificial. Estas influencias pueden distorsionar la percepción corporal y generar expectativas irreales sobre los resultados de los tratamientos estéticos.

3. Buena praxis y derivación a salud mental

Desde nuestro punto de vista, y en consonancia con los estándares internacionales de buena praxis, el médico estético debe saber detectar la presencia de signos o síntomas que sugieran la existencia de un trastorno psiquiátrico, a través de una correcta anamnesis, antes de realizar cualquier intervención. La omisión de esta evaluación previa constituye una forma de mala praxis, especialmente si se procede a realizar tratamientos estéticos en pacientes con TDC, sin haber valorado adecuadamente su estado psicológico.

La conducta correcta, por tanto, consiste en derivar al paciente a un profesional de salud mental, psicólogo o psiquiatra, ante la presencia de signos o síntomas que sugieran TDC u otra enfermedad mental, para que se evalúe la existencia del trastorno. En caso de descartarse la afectación psicológica, el médico podrá orientar al paciente sobre el tratamiento estético más adecuado a sus necesidades reales, siempre dentro del marco de la *lex artis ad hoc*.

4. Consecuencias jurídicas y patrimoniales

La realización de tratamientos estéticos sin una revisión psicológica o psiquiátrica previa, cuando existen signos de TDC, puede generar daños significativos y ya ha dado lugar a condenas judiciales en países como Japón, en donde se introduce el interesante concepto de deber de explicación que es perfectamente trasladable y acorde con la doctrina española.

La responsabilidad civil derivada de estos supuestos puede construirse desde dos perspectivas diferenciadas. En primer lugar, como consecuencia de un incumplimiento del deber de información, cuando la falta de detección de indicios de patologías psiquiátricas impida proporcionar al paciente una información adecuada sobre la conveniencia del tratamiento y sobre los riesgos asociados. En segundo lugar, como consecuencia de una infracción autónoma de la *lex artis ad hoc*, cuando el profesional realice una intervención estéticamente indicada desde el punto de vista técnico, pero clínicamente desaconsejada debido a la situación psicológica del paciente.

En los supuestos de insuficiencia del consentimiento informado, el perjuicio indemnizable podrá consistir en la lesión de la autonomía decisoria del paciente. Por el contrario, cuando la responsabilidad derive de una infracción autónoma de la *lex artis ad hoc*, será necesaria la acreditación de un daño corporal, psicológico o patrimonial causalmente vinculado a la intervención realizada.

5. Regulación y prevención en el contexto digital

Finalmente, no puede obviarse la influencia creciente de las redes sociales y de los modelos de belleza generados por inteligencia artificial, los cuales fomentan estándares irreales e inalcanzables de apariencia física. Este es un fenómeno cuya solución requiere una respuesta desde el plano regulatorio, mediante la implementación de medidas preventivas y regulatorias que contemplen la protección de la salud mental y la integridad psicológica de los ciudadanos, como ya se ha hecho en el caso de Reino Unido.

Toda regulación futura deberá equilibrar la libertad individual y el derecho a la autonomía de la voluntad con la obligación del Estado y de los profesionales sanitarios de proteger la salud física y mental de las personas, evitando que la presión estética derive en conductas patológicas o en decisiones médicas mal fundamentadas.

VI. JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA

Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Sentencia nº 759/2007, de 29 de junio.

Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso - Administrativo, Sentencia nº 653/2021, de 10 de mayo.

Audiencia Provincial de Barcelona, Sentencia nº 681/2023, de 24 de noviembre.

Audiencia Provincial de Madrid, Sentencia 628/2020, de 14 de enero de 2022.

Audiencia Provincial de Las Palmas, Sección 4.ª, Sentencia 260/2016, de 20 de julio de 2016.

VII. JURISPRUDENCIA EXTRANJERA

House of Lords, *Gillick contra West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, 17 de octubre de 1985, Londres, <https://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1985/7.html> (último acceso: 22/05/2025).

Court of Appeals del Estado de Nueva York, *Lynn G. contra Norman Hugo*, 96 N.Y.2d 306, 7 de junio de 2001, Nueva York, <https://law.justia.com/cases/new-york/court-of-appeals/2001/96-n-y-2d-306-1.html> (último acceso: 10/10/2025).

Tribunal del Distrito de Tokio, *Sentencia n.º 189*, 26 de julio de 2001, Tokio, https://www.nakapat.gr.jp/en/publications_eng/tokyo-district-court-judgement-on-the-spreader-for-osteotomy-cas (último acceso: 17/05/2025).

Tribunal Local de Osaka, *Sentencia sobre cirugía estética y deber de explicación*, 15 de marzo de 2016, Osaka, <https://www.lawschool.osaka-u.ac.jp/wp-content/themes/lsoakau/images/entrance/exam/2016/keihou16.pdf> (último acceso: 09/06/2025).

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ARBESÚ GONZÁLEZ, Verónica, «El consentimiento informado en cirugía estética», *La responsabilidad civil en el ámbito de la cirugía estética*, Madrid, 2018. Págs. 245-331.

ARNAU MOYA, Francisco, «Reflexiones críticas sobre la responsabilidad civil en materia de cirugía estética en España», *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, Madrid, 2023. Págs. 1956-1991.

ASCENÇÃO, Ana (et al.), «Influencia de las redes sociales en el paciente de medicina estética en Portugal», *Medicina Estética*, n.º 80, 3.º trimestre, Madrid, 2024, Págs. 49-57. <https://doi.org/10.48158/MEDICINAESTETICA.080.06> (último acceso: 01/07/2026).

ASHIKALI, Eleni Marina, (et al.), «Adolescent girls' views on cosmetic surgery: A focus group study», *Journal of Health Psychology*, Londres, 2016, Págs. 112-121, <https://doi.org/10.1177/1359105314522677> (último acceso: 01/07/2026).

BELLO JANEIRO, Domingo (coord.), «Los nuevos tiempos del Derecho Sanitario: profesionales y pacientes como protagonistas», Editorial Reus, Madrid, 2023, Págs. 33-44. ISBN 978-84-290-2757-0.

CRUZADO, Luis (et al.), «Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso», *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima (Perú), 2010, Págs. 51-53. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100010 (último acceso 1/07/2026).

FIORAVANTI, Giulia (et al.), «How the exposure to beauty ideals on social networking sites influences body image: A systematic review of experimental studies», *Research Review*, n.º 7, Florencia, 2022, págs. 419-458, <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4> (último acceso 17/06/2026).

KALEENY, Joseph D. (et al.), «Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery—A Systematic Review and Meta-Analysis», *Healthcare*, Ohio, 2024, documento electrónico sin paginación, <https://doi.org/10.3390/healthcare12131333> (último acceso 1/07/2026).

KHAN, Iman F.; DE LA GARZA, Henriette; LAZAR, Michelle; KENNEDY, Kevin F.; VASHI, Neelam A., «Effects of the COVID-19 Pandemic on Patient Social Media Use and Acceptance of Cosmetic Procedures», *The Journal of Clinical and Aesthetic*

Dermatology, vol. 17, núm. 2, 2024, págs. 61-67, <https://jcadonline.com/covid-19-social-media-cosmetic-procedures/> (último acceso 01/07/2026).

LORENTE PRIETO, Estrella, «Trastorno dismórfico corporal en nuestras consultas de Medicina Estética», *Revista Expertos en Medicina Estética*, Madrid, 2021, documento electrónico sin paginación, <https://expertosenmedicinaestetica.es/trastorno-dismorfico-corporal/> (último acceso 01/07/2026).

LUCERO RECIO, Rafael, «La obligación de resultado y la información en la medicina voluntaria. Evolución jurisprudencial», *Sepin Artículo Monográfico*, Madrid, 2017, Págs. 1 – 7. SP/DOCT/22973.

MORENO NAVARRETE, Miguel Ángel, «La responsabilidad civil en la medicina natural o satisfactiva», *Revista de Derecho Civil*, Granada, 2009. Págs. 523-543.

OLIVER, Nuria, «Inteligencia artificial, naturalmente: un manual de convivencia entre humanos y máquinas para que la tecnología nos beneficie a todos», Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Madrid, 2021. p. 113.

OOSTHUIZEN, Pieter (et al.), «Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Sídney, 1998, Págs. 129-132, <https://doi.org/10.3109/00048679809062719> (último acceso 01/07/2026).

RIBEIRO MOTA, Denysson Alex (et al.), «Sesgos en inteligencia artificial: un estudio sobre la generación de imágenes a partir de comandos de raza/etnia y género», *Universidade Federal do Cariri*, 2024, Págs. 1-11, <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/181205> (último acceso 1/07/2026).

ROBLES LORENZO, María Esther, «El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2021, Págs. 17-21, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.069.02> (último acceso 01/07/2026).

SÁNCHEZ PÉREZ, Francisco, «La importancia de informar al consumidor sobre los tratamientos de estética», *Abogacía Española Consejo General*, Madrid, 2024, documento electrónico sin paginación, <https://www.abogacia.es/publicaciones/blogs/blog-de-derecho-de-los-los-consumidores/la-importancia-de-informar-al-consumidor-sobre-los-tratamientos-de-estetica/> (último acceso 01/07/2026).

SISO MARTÍN, José, «La historia clínica: su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio», *Comunicación para Fiscales*, Madrid, 2023. Págs. 10-12.

SWEIS, Iiana (et al.), «A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery, patients and the legal implications», Springer, Nueva York, 2017. Págs. 949-954.

TOBEN, H. «Comentario sobre la sentencia del Tribunal Local de Osaka de 15 de marzo de 2016, en la que se negó la existencia de negligencia médica en el deber de atención del médico en procedimientos de medicina estética». *Revista de Estudios de Práctica Jurídica* (Nº 33). Osaka, 2008, https://www.toben.or.jp/message/pdf/houritsujitsumukenyu_bassui_33.pdf. (Último acceso 01/07/2026).

VÁZQUEZ PÉREZ, Miguel Ángel, «La obsesión por la belleza. Medicina estética», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2022, págs. 11-16, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.073.01>. (Último acceso 1/07/2026).

VELA VALLEJO, Francisco (et al.), «Revisión de la etiopatogenia de las enfermedades que relacionan la piel y la mente», *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina Estética*, Madrid, 2012, Págs. 34-39, <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.032.03>. (Último acceso 1/07/2026).

VV. AA., *La realidad de la cirugía estética en España*, Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) e IMOP Insights, Madrid, 2022, Págs. 30-36. https://portalsecpres.org/images/noticias/Informe%20SECPRE_IMOP%202022%20prensa.pdf (último acceso: 20/06/2026).

IX. ENLACES DE INTERNET

Euronews, *Conoce a la primera modelo española de IA que gana hasta 10.000 euros al mes*, 23 de noviembre de 2023, <https://es.euronews.com/next/2023/11/23/conoce-a-la-primera-modelo-espanola-de-ia-que-gana-hasta-10000-euros-al-mes> (último acceso 28/08/2025).

BAPRAS, *Plastic surgeons say teenagers should only have cosmetic surgery in exceptional cases*, Press Release, 2023, <https://www.bapras.org.uk/media-government/media-resources/press-releases/plastic-surgeons-association-says-that-teenagers-should-only-have-cosmetic-surgery-in-exceptional-cases> (último acceso: 21/09/2025).

BuzzFeed Alemania, *Schönheits-OPs bei Jugendlichen: Wie Social Media und Schönheitswahn junge Menschen beeinflussen*, <https://www.buzzfeed.de/news/schoenheits-op-operation-jugendliche-junge-menschen-instagram-social-media-wahn-chirurgie-91429807.html> (último acceso 16/09/2025).

Bundesministerium für Gesundheit (Alemania), *Werbeverbot für Schönheits-OPs*, 2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/werbeverbot-schoenheits-ops.html> (último acceso 16/09/2025).

Court of Appeals of New York, 96 N.Y.2d 306 (2001), <https://law.justia.com/cases/new-york/court-of-appeals/2001/96-n-y-2d-306-1.html> (último acceso 10/10/2025).

Medsafe, *Sentencia del Tribunal de Distrito de Tokio de 26 de julio de 2001 (Heisei 13): violación del deber de explicación por parte del médico en una cirugía de osteotomía mandibular con fines estéticos; se reconoce la responsabilidad y se ordena indemnización por daños*, No. 18, 2001, https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu_0_189.html (último acceso 15/09/2025).

La Vanguardia, *La historia del 'Ken humano': de niño maltratado en la escuela a novio de Barbie*, 29 de marzo de 2016, disponible en: [La historia del 'Ken humano': de niño maltratado en la escuela a novio de Barbie](#) (último acceso: 01/07/2026).

La Voz de Galicia, *El algoritmo de TikTok refuerza el problema*, 8 de septiembre de 2025, https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2025/09/08/algoritmo-tik-tok-refuerza-problema/0003_202509G8P2992.htm (último acceso 16/10/2025).