



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades

Departamento de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

***Análisis descriptivo con alcance explicativo de
sintomatología relacionada con el Trastorno
Dismórfico Corporal en población general y
universitaria de la ciudad de Chillán***

Tesis de pregrado presentada por Nicolás Donoso
Bustos para optar al título de Psicólogo

Dirigida por la Psicóloga Paulina Benavente Vargas

Chillán 2010

***A mis padres y
profesores, por
todo el apoyo.***

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera podido ser realizada sin la ayuda de muchas personas. Le agradezco de forma especial a la profesora Paulina Benavente por su disposición y apoyo profesional y personal. A la profesora Mariajosé Luengo, quien tuvo toda las ganas de que esta tesis resultara lo mejor posible. A Mauricio Mercado y Diego Hernández por brindarme el apoyo metodológico que siempre necesité. A Camila Riquelme por su ayuda en la interminable toma de datos. A Rosario Donoso por ayudarme en la tabulación. Y por último, a mis amigos Nicolás, Rodolfo, Andrea, Paulina, Rodrigo y Álvaro por inyectarme energías cuando se habían agotado casi por completo.

ÍNDICE

I. Introducción.....	5
II. Presentación del Problema.....	7
II.1. Planteamiento del Problema.....	7
II.2. Justificación.....	8
II.3. Pregunta de Investigación.....	10
II.4. Objetivos.....	10
III. Marco Referencial.....	11
III.1. Antecedentes teóricos.....	11
III.2. Antecedentes empíricos.....	24
III.3. Marco epistemológico.....	28
IV. Diseño Metodológico.....	30
IV.1. Metodología, Diseño, Hipótesis.....	30
IV.2. Técnicas de Recolección de Información.....	31
IV.2.1 Procedimiento de recolección de información.....	31
IV.3. Instrumento.....	32
IV.3.1. Fiabilidad y validación del instrumento aplicado.....	37
IV.4. Población/Muestra.....	42
IV.4. Análisis de datos propuesto.....	44
IV.5. Criterios de calidad.....	45
IV.6. Aspectos éticos.....	46
V. Presentación de los resultados.....	47
V.1 Análisis descriptivo.....	47
V.2 Análisis explicativo.....	49
VI. Conclusiones.....	51
Referencias.....	55
ANEXOS.....	59
Anexo 1 (BDDE).....	59
Anexo 2 (Consentimiento informado).....	66

I. INTRODUCCIÓN

Esta tesis lleva por nombre “Análisis descriptivo con alcance explicativo de sintomatología relacionada con el Trastorno Dismórfico Corporal en población general y universitaria de la ciudad de Chillán”. Ésta consiste en una investigación de tipo descriptiva con alcance explicativo que midió la presencia de sintomatología relativa al Trastorno Dismórfico Corporal en las poblaciones general y universitaria, ambas dentro de la ciudad de Chillán. Luego se verificó si existen diferencias significativas entre los resultados encontrados en las dos poblaciones. La razón de dicha comparación es saber si las características propias de la población universitaria (rango etario y amplia recepción de influjo cultural relativo a la imagen corporal) dispondrían un riesgo ante la aparición de sintomatología relativa al Trastorno Dismórfico Corporal.

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) consiste en una preocupación obsesiva por algún defecto muy leve o inexistente del propio cuerpo (Misticone, 2007). Dicha preocupación genera en la persona un malestar clínicamente significativo a nivel personal, social, educacional, laboral, etc. Afecta a un 2% de la población mundial (con una prevalencia equivalente en ambos géneros) (Patterson y cols. 2002). Su manifestación es principalmente comprobatoria, o sea, con una constante observación del “defecto” que dice tener ante un espejo, y/o una comparación permanente con otras personas. Este trastorno ha ido tomando importancia a través de los años, pasando por varios nombres y delimitaciones distintas, configurándose finalmente en una categoría diagnóstica específica (Salaberría, Rodríguez & Cruz, 2007).

Este trastorno muchas veces se confunde con otros, ya que comparte bastantes características con otros tipos de psicopatologías (Patterson y cols., 2001; Misticone, 2007; Sandoval, 2009), tales como el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión y los trastornos alimenticios. Por ejemplo, con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) la sintomatología es muy similar, existen pensamientos obsesivos, compulsiones y rituales (éstos dos últimos dedicados a la comprobación del defecto) sólo se diferencian por la temática específica del TDC (la imagen corporal), mientras que el TOC puede desarrollarse con cualquier temática. Por otro lado podría ser la depresión, ya que el TDC presenta sintomatología depresiva pero con intensidad distinta, ya que el problema de

ánimo proviene específicamente de la distorsión perceptual de la imagen corporal. Por otro lado, la depresión incluye dentro de su sintomatología una preocupación especial por la imagen corporal (generalmente devaluativa). En el 80% de los casos de TDC, en algún momento de su vida se genera una comorbilidad con la depresión.

En Chile no existen investigaciones previas que puedan dar antecedentes sobre cómo se manifiesta este trastorno en nuestra realidad nacional y, mucho menos, regional, provincial o comunal. Para eso, se validó la entrevista autoadministrada Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) en la población chillaneja, el cual es el principal aporte metodológico de este estudio. Fue una investigación considerada viable, ya que fue de bajos costos económicos y realizable dentro de la ciudad.

Esta tesis fue realizada desde una mirada cuantitativa, lo cual significa que la variable del Trastorno Dismórfico Corporal fue abordada de manera numérica, con estadísticos específicos para medir la presencia del TDC en las poblaciones general y universitaria, y la verificación de la existencia de diferencias significativas entre ambas poblaciones. Epistemológicamente, el estudio fue abordado desde un posicionamiento neopositivista, lo cual significa que se considera la realidad como aprehensible, pero no alcanzable del todo, a causa de las limitaciones del ser humano. Por lo tanto, según este paradigma, el conocimiento se va retroalimentando, en base a un “relativismo cientificista”. Este consiste en que la ciencia se va modificando según cuánto se vaya conociendo, al ir disminuyendo las limitaciones humanas (Chamblers, 1996).

II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

II. 1 Planteamiento del problema:

En Chile no existen medidas de prevalencia de sintomatología del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), lo cual no nos permite conocer clínicamente el trastorno y su sintomatología en ninguna población chilena en que se proponga hacerlo. En Chillán no se han hecho estudios respecto a la sintomatología del TDC, por lo tanto, no se conoce ninguna medida al respecto. La población universitaria se encuentra en el rango etario muy similar al de la edad de aparición del TDC, o sea, de los 17,18-30 años (Sandoval, 2009). Esta población es especialmente vulnerable ante los estándares culturales y los modelos de género establecidos, repercutiendo en una percepción negativa de la imagen corporal (Calaf, 2005). Este autor se refiere a que a nivel social se genera una focalización de la atención y preocupación en el propio cuerpo y en la opinión externa de parte de los demás. Así, la persona afectada se convierte en un/a juez constante de sí mismo/a. La percepción de la imagen corporal influye considerablemente en la autoestima y la satisfacción personal, por lo que los jóvenes son especialmente vulnerables (Montero, 2004).

Otro hecho importante es que esta problemática es muchas veces diagnosticada como otra patología (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y trastornos alimenticios), lo que dificulta su tratamiento. El error en el diagnóstico del trastorno contribuye a una situación especialmente grave, pues éste posee una alta tasa de suicidio (27,55%) (Misticone, 2007).

Si bien, se sabe que el Trastorno Dismórfico Corporal se encuentra en el 2% de la población, no existe ninguna medida exacta que se haya hecho contextualizada en Chile y mucho menos en la ciudad de Chillán. Es un trastorno que produce mucho malestar a nivel personal, escolar, laboral, social, etc. (Jenike, 2001), por lo cual resulta interesante evaluar su presencia en la población chilena. Además el que presente una sintomatología invalidante a la persona que padezca el trastorno, lo sitúa en la categoría de ser digno de preocupación académica, políticas públicas de salud, etc.

En Chile no existe un instrumento validado ni estandarizado que pueda pesquisar la presencia de sintomatología relativa al TDC, lo cual complica mucho el reconocimiento de dichos síntomas. Existen varias pruebas (entrevistas, cuestionarios, etc.) que sirven para pesquisar la percepción de la imagen corporal, pero ninguna puede ser utilizada de forma válida en la ciudad de Chillán.

II. 2. Justificación:

Si bien, la prevalencia de el TDC a nivel mundial no es alta, lo que le da importancia a esta investigación se apoya en lo invalidante que significa poseer este trastorno, ya que posee muy fuertes repercusiones a nivel psicosocial. Es interesante saber en qué porcentaje se presenta en nuestra realidad, ya que por muy bajo que sea el porcentaje, va a ser igualmente relevante por su impacto sintomatológico.

Una de las razones que motiva a realizar esta investigación es estudiar en qué porcentaje se presenta la sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal en la ciudad de Chillán, específicamente sus habitantes universitarios y en la población general de la ciudad. Esto, sumado a la vulnerabilidad que presenta el rango etario universitario y lo invalidante que significa el padecer esta patología, le da a la investigación una importancia acorde a la realidad actual de nuestra ciudad.

En relación a la relevancia social, se pueden obtener beneficios a dos niveles, por un lado, se tendrá como base el porcentaje en que se presenta la sintomatología en nuestra ciudad, insumo que se puede utilizar para múltiples investigaciones posteriores. Por otro lado, se sabrá en qué porcentaje se presentan la sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal en un contexto universitario, conformado por todos los estudiantes de pregrado que cursen carreras universitarias en universidades pertenecientes al Consejo de Rectores en la ciudad de Chillán. Esto podría beneficiar a toda la comunidad estudiantil, ya que existen mecanismos para identificar sintomatología asociada al TDC y, si existe un porcentaje importante de alumnos que presentan dichos síntomas, podría existir un impulso a interesarse más profundamente en el tema y, así, en medidas de reconocimiento y derivación de ésta sintomatología.

A nivel práctico, el tener una evaluación de prevalencia del TDC podría servir como herramienta tanto en investigación como en el trabajo clínico, ya que sirve como un insumo beneficioso para cualquier tipo de área en que se trabaje en relación a la salud mental. Además, se podría ampliar la gama de opciones con qué intervenir en los casos donde se presente sintomatología asociada al TDC en Chillán. Eso es a nivel general, pero a nivel universitario el tener el porcentaje de alumnos con Trastorno Dismórfico Corporal, podría llevar a generar una concientización de la necesidad de optimizar medidas de derivación que no sólo servirían para el TDC, sino también para otro tipo de trastornos, como podrían ser los trastornos alimenticios. Además el hecho de entregar estos datos, significa un aporte para Chillán sobre el conocimiento respecto a la realidad psicopatológica de sus habitantes. Esto es parte también del valor teórico de la investigación, ya que aporta estadística respecto a la realidad del TDC en la ciudad de Chillán, en contextos que podrían variar en sus resultados.

A nivel metodológico, la investigación incluye la validación de la entrevista Body Dismorphic Disorder Examination (BDDE), creada por Rosen y Reiter (1996), la cual sirve para evaluar la percepción de sintomatología asociada al TDC y quedaría a disposición de quien quisiera utilizarla con fines académicos o clínicos en la ciudad de Chillán.

Viabilidad:

Se considera que la investigación es viable, ya que la población a estudiar se encuentra en un número considerable (Hernandez Sampieri, 2006). Por otro lado, el acceso a la población no presenta más obstáculo que hablar con las autoridades pertinentes y siempre enmarcarse dentro de la autorización correspondiente de las personas que estén dispuestas a colaborar con la investigación, lo cual se ve reflejado en los aspectos éticos de esta investigación, específicamente en el consentimiento informado (Anexo 2). Monetariamente, la investigación sólo necesita fotocopias de la prueba.

II. 3. Pregunta de investigación:

¿Qué porcentaje de la población general y población universitaria de la ciudad de Chillán presenta sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal?

¿Existen diferencias significativas entre ambos grupos?

II.4. Objetivos:

a) Objetivos generales:

- Investigar la prevalencia que existe en la ciudad de Chillán acerca de la sintomatología relativa al Trastorno Dismórfico Corporal, en población general y universitaria de pregrado (pertenecientes a universidades del Consejo de Rectores). Verificar si existen diferencias significativas entre ambos grupos.
- Validar el instrumento Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) en la ciudad de Chillán a través de procedimientos estadísticos que le brindan al instrumento validez y confiabilidad.

b) Objetivos específicos:

- Medir el porcentaje en que se presenta la sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal en las poblaciones general y universitaria (pertenecientes a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los grupos general y universitario de la ciudad de Chillán.

III. MARCO REFERENCIAL

III.1 Antecedentes Teóricos

1.1.Historia del Trastorno Dismórfico Corporal

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) ha sido muy poco reconocido en los pacientes a causa de que podría ser considerado un producto de la sociedad materialista en la cual vivimos (Jenike, 2001). Sin embargo, se ha venido investigando este fenómeno desde hace más de cien años, ya que en sus casos más graves, este trastorno impide tener una vida personal sana a nivel laboral, escolar, familiar, social etc. A raíz de esto, muchas veces éste trastorno incluso pudiendo presentarse suicidio (Misticone, 2007).

El primero en nombrar este trastorno fue el psicopatólogo italiano Enrique Morselli en el año 1891, quien denominó a éste fenómeno *dismorfofobia* (Jenike, 2001). Este autor comenzó a estudiar este trastorno al observar cómo existían en algunas personas ideas de naturaleza obsesiva relativas a una deformidad y sus correspondientes compulsiones comprobatorias tales como mirarse al espejo continuamente, quejarse y todo tipo de conductas que configuran una preocupación obsesiva sobre la imagen corporal. Misticone (2007) manifiesta que Morselli consideraba la dismorfofobia como una “enfermedad que produce sensación subjetiva de deformidad, estando el aspecto físico de esa persona dentro de los límites de la norma” (Misticone, 2007 p.4). Por sus características obsesivas y su manifestación conductual, relacionó el trastorno con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), pues comparte el criterio diagnóstico relativo a la obsesión. Morselli caracterizó la vida de una persona que posee el Trastorno Dismórfico Corporal como: “realmente miserable; en medio de sus rutinas diarias, conversaciones, mientras lee, durante las comidas, en cualquier lugar y en cualquier momento es atrapado por la duda de la deformidad...” (Fava, 1992. p 117).

En los primeros años del siglo XX, autores clásicos como el francés Pierre Janet (el descubridor del trastorno obsesivo compulsivo) y el alemán Emil Kraepelin (fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la

genética psiquiátrica), fueron integrando el Trastorno Dismórfico Corporal a sus respectivas teorías (García & Ruiz, 2000). Por un lado, Janet (1903) lo incluyó dentro del síndrome psicasténico, específicamente en la ubicación nosológica fóbica-obsesiva. Este autor (Jenike, 2001) hacía referencia al TDC como una *obsession de la hante du corpus* (vergüenza obsesiva por la imagen corporal). Caracterizó este trastorno en un caso que correspondía a una mujer de 27 años que se encerró por mucho tiempo en su casa por encontrarse “fea y ridícula” y, por lo tanto, nadie la iba a aceptar ni querer. Por otro lado, Kraepelin (García & Ruiz, 2000) clasifica al TDC dentro de los trastornos compulsivos, debido a las características en que se presentaban los síntomas. El mismo Sigmund Freud, en sus primeros años, habló de un caso (posteriormente denominado “Wolf Man”) en el cual un hombre de excesivo vello facial, se quejaba de forma desmedida de la fealdad, tamaño y abundantes cicatrices de su nariz, la cual se veía absolutamente normal (García & Ruiz, 2000).

En los años treinta y cuarenta, Ladee (1966) presentó ciertas características del TDC, siempre manteniéndose en un margen no delirante (sólo preocupaciones repetitivas), tales como la preocupación más intensa en zonas como la nariz, la piel y el pelo (parte de la sintomatología de la hipocondriasis dermatológica). Más adelante, según García y Ruiz (2000), se empezó a clasificar el trastorno también en sus extremos más psicóticos dentro de la psicosis hipocondríaca, la cual va incluida dentro de las psicosis delirantes crónicas (trastorno delirante de tipo psicósomático, trastorno de ideas delirantes persistentes). También se generaron entidades nosológicas como la psicosis hipocondríaca monosintomática de contenido dermatológico, dentro de las cuales encajaba un TDC de graves proporciones (García & Ruiz, 2000).

En los años cincuenta y sesenta, con la presencia de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, CIE 7 (en 1966 ya CIE 8) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM II (García & Ruiz, 2000), resultó extraño que no haya aparecido el TDC en estas entidades diagnósticas. Sin embargo, se le siguió relacionando con el TOC, los trastornos psicósomáticos, hipocondríacos, etc. En los años setenta se escribió el primer artículo en inglés respecto al tema, en el cual se refería al trastorno no como un miedo a la deformidad, sino a la percepción de la misma en cada momento (Hay, 1970). El año 1975 (García & Ruiz, 2000) aparece el DSM III, en el

cual se incluye el desorden, pero no como trastorno propiamente tal, sino como un Trastorno Somatomorfo Atípico, aquí ocurre un problema nosológico, ya que no se diferencia lo que correspondería a ideas sobrevaloradas de lo delirioso. Fue en el DSM III-R que se corrigió este problema, diferenciando el TDC del trastorno somatomorfo delirante. El DSM-IV se suprimió el sufijo de *fobia* para denominarlo definitivamente Trastorno Dismórfico Corporal (Raich, 2000).

En esta época y ya pasando a los años ochenta (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007), los estudios se fijaban en aspectos perceptivos de la imagen corporal involucrados en el TDC, mientras que ya en los años noventa, el foco se posicionó en aspectos más subjetivos y actitudinales. Es también en los años 90 cuando se clasifica el TDC como lo conocemos hoy (García & Ruiz, 2000), o sea, en el DSM IV dentro de los trastornos somatomorfos (se pensó llevar a la categoría de trastornos obsesivos, lo cual finalmente no se hizo) y en el CIE 10 dentro de los trastornos hipocondriacos. Ambas categorías diagnósticas (las cuales serán tratadas más adelante en profundidad) comparten casi todas las características del trastorno y diferencian las formas deliriosas de las no deliriosas (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

1.2. Imagen Corporal

Clásicamente se ha definido la imagen corporal como la “representación del cuerpo que cada uno construye en su mente” (Raich, 2000 p. 23). Además Guimón (1999) adhiere, complementando la definición anterior, la vivencia que tiene la persona respecto a su propio cuerpo. En la sociedad que vivimos la apariencia física tiene una importancia comercial y social cada vez más exagerada, por lo cual el cuerpo y la forma en que se ve es un estereotipo cada vez más fuerte. Esto genera una ansiedad que puede ir desde una preocupación normal, hasta niveles patológicos (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

La imagen corporal es una terminología que engloba aspectos perceptivos que tenemos respecto a nuestro propio cuerpo (por partes y en su totalidad), los movimientos y límites que tiene el mismo, las experiencias a nivel subjetivo cognitivo-afectivas y también comportamentales, todo esto nacido de la propia

estructura corporal (Raich, 2000). Asimismo, Rosen (1995), el creador de la entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination), concibe la imagen corporal como la forma en que la persona percibe (percepción), imagina (pensamiento), siente (emoción) y actúa (conducta) en relación a la propia estructura física, esta definición nos amplía la definición de imagen corporal en todos los componentes anteriormente nombrados, configurando así aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales (Rosen, 1995).

Existe una descripción de los componentes anteriormente nombrados: a) *Componente perceptual*: tiene que ver con las formas, tamaños, etc. que se le atribuyen a alguna parte específica o a la totalidad del cuerpo humano. En base a lo anterior, éstas dimensiones pueden ser sobreestimadas (se aprecian más grandes o exacerbadas a las dimensiones reales), o bien subestimadas (se percibe un tamaño corporal inferior al que realmente se posee); b) *Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*: se refiere a todo lo que se despierta a nivel cognitivo (pensamientos, recuerdos, actitudes, etc.) y a nivel afectivo (ansiedad, satisfacción, etc.) en relación al cuerpo y sus características, y; c) *Componente conductual*: se relaciona con todas las conductas (acciones) que se van a realizar en base a las percepciones, cogniciones y emociones que se tengan en base a nuestra propia estructura física (Thompson, 1990).

La imagen corporal puede ser vista desde distintos enfoques, por ejemplo, desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal correspondería a una representación diagramática que se hace a nivel mental de la consciencia que se tiene del propio cuerpo. Así mismo, desde un punto de vista dinámico, se atribuye la imagen corporal a un conjunto de sentimientos, actitudes, pensamientos, etc. (los cuales pueden ser positivos o negativos) que se tienen respecto al propio cuerpo. Otros enfoques psicoanalíticos entienden como imagen corporal al propio límite que se le da al cuerpo. De esta forma, se le da importancia a éstos límites, ya que el cuerpo es lo único que percibe el ser humano que, a la vez, es parte de sí mismo, por lo tanto, la percepción de sí será mucho más intensa y acabada que la de cualquier objeto externo a sí (Raich, 2000).

Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), hablan de cómo la imagen corporal va siendo construida evolutivamente, ya que en las diferentes etapas vitales vamos

interiorizando nuestra propia imagen de forma distinta. Es así como los bebés en sus primeros meses ya empiezan a reconocer su propio entorno y a explorarse a sí mismos, formándose cierta imagen. A los tres años, con el control de esfínteres y el desarrollo de habilidades psicomotrices, aumenta tal contacto con sí mismo y, por lo tanto, la imagen que tienen de sí. Así, alrededor de los cuatro y cinco años, ya se conocen de una forma y se integran a sus fantasías y son capaces de describirse ellos mismos. Avanzando hacia la adolescencia, la imagen corporal pasa a ser parte de la identidad de los jóvenes y, por lo tanto, de su autoestima, lo cual genera una gran comparación con sus pares y figuras estereotipadas de los medios de comunicación. Esto último determina mucho el desenvolvimiento social que tendrán los jóvenes (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

1.3. Definición del Trastorno Dismórfico Corporal

Para definir este trastorno, Patterson y cols. (2002) lo hace como un “trastorno de la fealdad imaginaria”, una “enfermedad psiquiátrica que se manifiesta como una gran preocupación por un defecto imaginario de la apariencia. Si hay un ligero defecto, éste no explica la ansiedad exagerada que produce” (Patterson y cols., 2002 p. 12). Según Misticone (2007), el TDC es también llamado dismorfofobia, síndrome dismórfico o hipocondría dermatológica. Esta autora define el TDC muy similarmente a Patterson pero, aparte de considerarlo una preocupación desmedida por un defecto físico (sea éste imaginado o muy leve), añade que esta excesiva preocupación “provoca en el individuo un malestar significativo o algún deterioro social, laboral o de otras áreas” (Misticone, 2007 p. 5), señalando que los casos graves, presentan serias consecuencias en el momento del contacto socio-laboral, pudiendo esto muchas veces culminar en un suicidio. En relación a esto, Mora y Raich (2004) refieren que el trastorno muchas veces limita a las personas de tal manera que llegan a confinarse en sus hogares, aislándose socialmente, impidiendo así que puedan mantenerse por sí mismos. En muchos casos, las personas que padecen el TDC, evitan lugares donde haya mucha concurrencia de gente, tales como los centros comerciales, conciertos, playas, piscinas, etc. Incluso en casos severos, evitan situaciones sociales que incluyan a sus círculos más íntimos de personas y seleccionan empleos que no requieran un nivel de exposición social muy alto (Misticone, 2007).

El Trastorno Dismórfico Corporal es relacionado con conductas de tipo compulsivas relativas a la comparación y vigilancia de su propio defecto. Por ejemplo, es muy frecuente que estén gran parte del tiempo mirándose al espejo, vistiéndose y maquillándose, aplicándose productos cosméticos, pesándose, midiendo sus dimensiones, etc. Eso es en el plano personal, pero en el interpersonal, se añade el estar mirando los cuerpos de los otros, comparándolos con el propio, lo cual genera mucha más ansiedad que la que ya traen las situaciones sociales (Mora & Raich, 2004).

Misticone (2007) considera que este trastorno genera en las personas una calidad de vida comparable con otras patologías mentales (como el TOC, trastorno bipolar e incluso esquizofrenia) y somáticas (recuperación de un infarto al miocardio o diabetes tipo 2). Esta autora se refiere a que el trastorno se suele confundir con la enfermedad dermatológica de Coterillo, también llamada hipocondría monosintomática (delirio de dismorfosis) (Misticone, 2007), la cual correspondería a un conjunto de síndromes que apuntan a la creencia irracional de que uno está enfermo (Cassem, 1998).

Mora y Raich (2004) manifiestan que las ideas obsesivas no tienen la intensidad ni la fijación suficientes para ser consideradas deliriosas, sin embargo, en la gran mayoría de los casos existe duda al respecto. Por lo tanto, la preocupación constante por el cuerpo está en límite de ser considerado como delirio en este trastorno.

Según Arcas (2009) el Trastorno Dismórfico Corporal se encuentra muchas veces en una situación de comorbilidad (asociación con otro tipo de patologías) tales como desórdenes de personalidad y trastorno obsesivo compulsivo, el cual es una “enfermedad neurológica cuya principal característica consiste en pensamientos recurrentes, incontrollables y obsesiones desagradables o comportamientos repetitivos que no son controlados voluntariamente por el individuo” (Arvea, 2006 p.1). Los principales síntomas son, como dice su nombre, la obsesión y la compulsión. Una diferencia que se presenta en el TOC y el TDC, es que en el trastorno obsesivo-compulsivo existe una gran resistencia por parte del paciente hacia la persistencia e intromisión de sus propias ideas obsesivas, mientras que en el Trastorno Dismórfico Corporal no existe tal resistencia, sino

que le otorgan mucha más importancia al contenido de las ideas obsesivas (Mora & Raich, 2004). También en relación a la comorbilidad, el TDC se presenta en muchas ocasiones con otras alteraciones mentales tales como la fobia social, depresión mayor y trastornos de alimentación, no solamente con el TOC. De hecho, antes de que fuera catalogado dentro de los trastornos somatomorfos, el TDC era relacionado muchas veces con los trastornos alimenticios (Montaño, 2001).

La enfermedad generalmente toma un curso en el cual el 75% de los pacientes nunca se casan o bien, se divorcian tempranamente. El 70,5% posee ideación suicida y el 27,55% lleva a cabo el suicidio. Por lo tanto, es de gran importancia diagnosticar a tiempo este trastorno (Misticone, 2007).

1.4. Prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal

Como prevalencia del TDC, el DSM IV-TR (A.P.A, 2000), determina un 2% de la población. En términos epidemiológicos, Misticone (2007) describe que el Trastorno Dismórfico Corporal se presenta en el 1-2% de la población normal. Sin embargo este número varía según vayamos focalizando la muestra: por ejemplo, en la población consultante a cirugías plásticas la prevalencia del TDC es alrededor del 15%, incluso llega al 20% en la población consultante en medicina dermatológica. Esto último se vería contrapuesto con lo que plantea Patterson y cols. (2002), ya que dice que la prevalencia del TDC en pacientes dermatológicos es del 11%. En ambos géneros es igual la prevalencia (se podría pensar que es mayor en mujeres en base a las estadísticas existentes en relación a los trastornos alimentarios, pero no es así), además que la edad de inicio promedio es en la adolescencia (Misticone, 2007). En estudios más específicos de prevalencia, tenemos que Patterson y cols. (2002) determinaron que en Estados Unidos la prevalencia es de 1%. En cuanto a población universitaria, se encontró que en la población de estudiantes de medicina en Pakistán existía un alza en el TDC: 6% (Taqui, 2008).

1.5. Causas del Trastorno Dismórfico Corporal

Como causa del Trastorno Dismórfico Corporal, Rojas (2005) manifiesta que existe un problema de alteración (disminución) en los niveles de serotonina en el sistema nervioso central, específicamente cerca del núcleo de rafé. Según Rosenzweig y Leiman (1992) éste neurotransmisor se caracteriza por regular a nivel inhibitorio desde el cerebro distintos aspectos de la conducta agresiva, el sueño, el control del hambre, el estado de alerta, dolor, etc. Por otra parte, Feusner y cols. (2007) comprobaron en su investigación que la causa del trastorno dismórfico corporal se ubica en el procesamiento de detalles visuales. Existiría una predominancia en el lado izquierdo del campo visual, lo que modificaría la percepción de la realidad de los pacientes con TDC. Las diferencias se aprecian en el BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination), entrevista que, al ser aplicada, demostró la diferencia entre los grupos experimental y de control (Feusner y cols., 2007).

Misticone (2007) cree en una etiología más bien psicosocial. Ella se refiere a que el trastorno aparece en base a una “interpretación excesiva de los ideales sociales de belleza y una sobre evaluación de los procedimientos cosméticos actuales” (Misticone, 2007 p.5). Además plantea que como factor de riesgo no está solo la predisposición genética, sino también la existencia de timidez, perfeccionismo y temperamento ansioso; así como también el haber sufrido un trauma significativo en algún momento de la infancia. Esta autora también toma una definición etiológica hecha desde la teoría psicoanalítica, en la cual se considera al TDC como “un desplazamiento (que es un mecanismo básico) de los sentimientos de inferioridad, autoimagen pobre y culpa, hacia un área corporal definida. Hay que tomar en cuenta los factores que influyen en percepción corporal que son la “personalidad, estados premórbidos, significados ideosincráticos, factores constitucionales y la experiencia individual” (Misticone, 2007 p.5).

1.6 Manifestaciones clínicas del Trastorno Dismórfico Corporal

Clínicamente el Trastorno Dismórfico Corporal se manifiesta en una preocupación obsesiva clínicamente significativa en alguna parte del cuerpo, “se sienten poco atractivos e incluso deformes” (Misticone, 2007 p.6). Sin embargo, existen ciertas partes que suelen ser más focos de preocupación que otras en enfermos de TDS como, por ejemplo, la piel, el pelo y la nariz. Esto, a nivel dermatológico específico, se expresa en preocupaciones por manchas, acné, poros, marcas, cicatrices, decoloraciones, apariciones de colores (enrojecimiento), mucho o poco vello, etc. Estos autores recalcan, además, las características clínicas del TDC en el ámbito social: la gran ansiedad que provoca la exposición social, la reclusión, el evitar situaciones muy cotidianas para otros, etc. Todo esto a raíz de su problema (Patterson & cols., 2002).

Las situaciones anteriormente nombradas, en su polo más fuerte, llega a tener una forma deliriosa, en la cual el paciente se encuentra irrefutablemente convencido de la gravedad de su o sus defecto/s (Misticone, 2007).

1.7 Tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal

Dentro de los tratamientos para el TDC, nos encontramos con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, considerando como óptimo la coexistencia de ambos en el abordaje terapéutico de este trastorno (Patterson & cols., 2002).

En el ámbito farmacológico, Patterson y cols. (2002) se refieren a que los medicamentos asociados a la inhibición de recaptadores serotoninérgicos (en dosis altas), para el control de las ideas obsesivas que, en este caso, poseen un contenido relativo a la imagen corporal. Dentro de los medicamentos más eficaces en esta línea, tenemos la clomipramina (175 mg/día), fluoxetina (50 mg/día), fluvoxamina (260 mg/día) y, posiblemente, otros fármacos (paroxetina, sertralina y citalopram) (Patterson & cols, 2002; Sandoval, 2009).

En el área no farmacológica, el tratamiento más utilizado es la terapia cognitivo-conductual (Mora & Raich, 2004). Estas autoras han realizado investigaciones para comprobar la efectividad de dicha terapia, los cuales demuestran que la intervención de línea cognitivo-conductual funciona en buena medida en pacientes que padecen TDC, especialmente a través de un abordaje en terapia grupal (Raich & Mora, 1997; Raich & Mora, 2000).

Desde la línea puramente cognitiva, Geremia y Nezinoglu (2001) utilizaron el modelo psicoterapéutico de Beck, obteniendo remisión parcial o total de los síntomas del TDC en la mayoría (75%) de las personas de ambos géneros que participaron en su estudio (Geremia & Nezinglu, 2001).

Patterson y cols (2002) postulan que desde la línea no farmacológica existen tratamientos conductistas que sirven para disminuir conductas comprobatorias como, por ejemplo el mirarse al espejo. Además se utiliza la desensibilización sistemática en relación al enfrentamiento de situaciones sociales para ir disminuyendo la incomodidad que producen las instancias en que se es sometido al escrutinio social (aunque sea imaginariamente) en estos pacientes (Patterson & cols, 2002).

Salaberría, Rodríguez y Cruz (2007) también comparten la idea de que la psicoterapia cognitivo-conductual es la manera más adecuada de intervención psicológica para el TDC. Enfatizan en las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, diseño de experiencias positivas, evitación de recaídas y exposición a áreas de la apariencia física que causan malestar previniendo las respuestas de tipo ritual. Key y cols. (2002), con la intención de aumentar la eficacia terapéutica, crearon un sistema para complementar la terapia cognitivo-conductual con el "entrenamiento en percepción". Esto consiste en estimaciones repetidas de amplitudes corporales, ajustándolas a través de la realidad virtual o de distintos softwares creados para ello. La principal forma de trabajo en este tipo de intervención es la exposición ante el espejo (Salaberría, Rodríguez & Cruz, 2007).

Existen técnicas alternativas como apoyo a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de este trastorno, tales como el tratamiento hipnocognitivo. En esta

intervención se generan sugerencias post-hipnóticas de forma sistemática para preparar al paciente en el afrontamiento de su enfermedad, por ejemplo, se le sugiere a asomarse a un balcón y ser observado por la gente. Así se ayuda a que el resultado del tratamiento se dirija a la remisión parcial o total de la sintomatología asociada al TDC (Pérez, 2009).

Es apropiado resaltar que los pacientes rara vez responden al tratamiento, muchas veces no encontrándose satisfechos con la intervención e incluso empeorando los síntomas (Patterson & cols, 2002). Para ello, es importante que se realice una adecuada motivación y psicoeducación, enfatizando en que el cambio no está fuera, sino dentro del paciente (Salaberría, Rodríguez & Cruz, 2007).

1.8 Diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal

Actualmente, existen dos manuales diagnósticos desde los cuales obtener los criterios para realizar el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal: el DSM IV y el CIE- 10 (Montaño, 2001).

El DSM IV considera al Trastorno Dismórfico Corporal (F45.2) dentro de los trastornos somatomorfos y, para este manual, la pauta para discriminar entre el TDC y otros trastornos son los siguientes criterios diagnósticos: “Criterio A: Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. Criterio B: La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Criterio C: La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental” (A.P.A. 2000, p. 574).

Por otro lado, el CIE-10 (O.M.S., 1992) le pone el nombre de *dismorfofobia (no delirante)* al Trastorno Dismórfico Corporal y no lo considera una entidad diagnóstica específica, sino que la incluye dentro del trastorno hipocondríaco (F45.2). Para este trastorno, en el caso de la dismorfofobia, se postulan dos

criterios: el criterio “a)” apunta exactamente al criterio A del DSM IV (O.M.S., 1992), mientras que el “b)” se refiere a una “negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anormalidad somática” (O.M.S., 1992, p. 206).

Un diagnóstico propiamente tal no puede ser hecho sólo en base a un instrumento o la verificación de los criterios diagnósticos, sino que además se necesita un proceso de comprensión psicopatológica con el paciente. Lo que sí se puede hacer es identificar la presencia de dichos criterios diagnósticos (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

1.8.1 Métodos para detectar sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal

Existen diferentes tipos de instrumentos hechos para identificar sintomatología asociada al TDC, entre ellos: métodos de estimación corporal global, procedimientos de evaluación de las emociones ligadas a la imagen corporal (cuestionarios y entrevistas), evaluación de las cogniciones, evaluación de las conductas, procedimientos de evaluación de la ansiedad asociada a la imagen corporal, la auto observación y auto registro como método de evaluación (Raich, 2000).

La estimación corporal global consiste en medir la percepción que tiene el sujeto sobre varias partes de su cuerpo (dimensiones, características, etc.). La idea es contrastar eso con información objetiva ya medida en la persona (Ruff & Barrios, 1996). No existe un método capaz de utilizar la estimación corporal como medio útil para comprender la realidad de la imagen corporal de una persona (Slade & Brodie 1994).

Los procedimientos de evaluación de las emociones ligadas a la imagen corporal buscan básicamente medir satisfacción/insatisfacción corporal (Raich, 2000). Los métodos de ésta línea consisten en cuestionarios y entrevistas. Entre

los cuestionarios resaltan el Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987), que fue diseñado para medir la insatisfacción corporal en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; y, por otro lado, el Distressing Situations Test (Cash, 1990), que busca determinar la ansiedad en relación a la imagen corporal. La entrevista más utilizada en ésta línea es la realizada por Rosen y Reiter: BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination), la cual es la que se utiliza en la presente investigación y será abordada con mucha más profundidad más adelante (Rosen & Reiter, 1996).

En la línea cognitiva, la sintomatología del Trastorno Dismórfico Corporal se trabaja desde el reconocimiento de pensamientos o de “errores cognitivos” en relación a la imagen corporal (Raich, 2000). Se realizó el Cuestionario de Pensamientos Relacionados con el Cuerpo. El BDDE también aborda esta línea (Cash, 1990).

El paradigma conductual es considerado en la realización de la mayoría de los instrumentos hechos en relación a la imagen corporal (Raich, 2000), sin embargo, destacan en el abordaje conductual el Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen, Srebnik, Salzberg (Rosen & Reiter, 1996). Wendt, 1991), la Escala Yale-Brown (Phillips, 1996) y el BDDE (Rosen & Reiter, 1996).

1.9 Body Dysmorphic Disorder Examination BDDE, el instrumento utilizado en la investigación.

Body Dysmorphic Examination (BDDE), es una entrevista autoaplicada creada por Rosen y Reiter (1996). Es el único instrumento tipo entrevista que está validado, presentando estudios psicométricos controlados, que es capaz de detectar sintomatología asociada al TDC. “Es adecuada tanto para hombres como para mujeres, evalúa tanto aspectos cognitivos como conductuales y no valora solamente la insatisfacción corporal, sino que discrimina sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia” (Raich, 2000 p. 116).

Este instrumento puede ser utilizado de dos formas: analizando sólo el puntaje y obteniendo la presencia o ausencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal (sobre 66 se considera clínicamente significativo) o, por otro lado, realizando un análisis clínico exhaustivo de sus respuestas para así acercarnos a un diagnóstico (Rosen & Reiter, 1996).

El instrumento en su validación inicial, hecha por Rosen y Reiter (1996), obtuvo una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0.81, considerándose válido para ser utilizado. Además se utilizó la técnica de test-retest, en la cual se obtuvo una correlación entre ambas aplicaciones (dos semanas de separación entre ambas) de 0.94 a un alfa 0,01 (Rosen & Reiter, 1996). Se tradujo y validó el instrumento en España y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94, considerándose de una buena consistencia interna (Raich, 2000).

En su versión original (Rosen & Reiter, 1996), el instrumento constaba con un cuadernillo de 33 preguntas, en las cuales se evalúan los criterios diagnósticos del DSM-IV (A.P.A., 2000) correspondientes al Trastorno Dismórfico Corporal. Luego en la validación española se disminuyó el número de ítems de 33 a 30 (Raich, 2000).

La estructuración de las preguntas se hizo en base a una escala de tipo Likert de 7 puntas. Se necesita que para poder responder estas preguntas, antes se haga una introducción en la que se pide que se piense en un defecto físico que haya estado en su mente por lo menos hace 4 semanas.

Esta entrevista autoaplicada fue pensada para además poder ser utilizada como medidor de avance en las terapias en que estén siendo tratados pacientes que padezcan Trastorno Dismórfico Corporal (Rosen & Reiter, 1996).

III.2 Antecedentes Empíricos

En Chile, no existen investigaciones realizadas en torno al Trastorno Dismórfico Corporal, lo cual podría deberse a que muchas veces el trastorno es diagnosticado como otro con características sintomatológicas similares. Esto último pasa porque el diagnóstico diferencial del TDC es muy amplio y es fácil categorizarlo dentro de alguna otra entidad diagnóstica con características sintomatológicas similares, tales como son el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos alimenticios y algunos trastornos del ánimo (Misticone, 2007). Las entidades psicopatológicas relacionadas con el TDC que sí son bastante estudiados en nuestro país son los trastornos alimenticios (Cordella, San Martín & Lizana, 2003)). Un ejemplo de esto es la investigación realizada en la ciudad de Concepción, denominada “Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile” (Cruzat, 2008).

En la Unidad de Trastornos de Alimentación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se realizó una investigación que medía las alteraciones de la imagen corporal en transeúntes chilenas (Cordella, San Martín & Lizana, 2003). En este estudio se comprobó que el 1,5% de las chilenas de todos los estratos sociales presentan alteraciones en su imagen corporal, especialmente en las áreas relacionadas con el peso (abdomen, piernas, glúteos) y los rasgos faciales.

El Trastorno Dismórfico Corporal se manifiesta en una prevalencia en la población mundial de un 1-2% (Misticone, 2007). Dentro de dicho porcentaje, un 27,55% de esas personas termina cometiendo suicidio. Para nuestra realidad latinoamericana esto cambia, ya que sólo el 4% de las personas que tienen el trastorno en Latinoamérica terminan suicidándose (Montaño, 2001). Esto cambia bastante el panorama respecto a la peligrosidad que tiene esta enfermedad en la realidad de América Latina. Esta realidad es correlacionable con los estándares de belleza actuales (principalmente femeninos) que se dan en Europa y Estados Unidos. En estos países la idea de belleza, a través de la historia, ha ido poniéndose cada vez más exigente y difícil de alcanzar (Rodríguez, Rodríguez y Berbería, 2000). En Latinoamérica, esta realidad no afecta tan potentemente como en los países primer mundistas (Montaño, 2001).

También sobre el tema suicida en los pacientes con TDC, se afirma que territorialmente en América Latina tenemos manifestaciones distintas que en otros países, no sólo en la cantidad de pacientes que se suicidan. Uno de estos datos es la diferencia en el género en los pacientes que cometen suicidio: en los datos estadísticos mundiales nos encontramos con que la razón en que se suicidan hombres y mujeres con TDC es de 3:1 respectivamente. Sin embargo, en Latinoamérica es 10:1 la razón existente entre hombres y mujeres respectivamente que se suicidan al poseer Trastorno Dismórfico Corporal Montaña (2001).

En Argentina, el tema de la imagen corporal ha sido incluido en una ley que le prohíbe a las mujeres modelos (en el modelaje el género sí influye en los problemas de peso) que tengan un índice de masa corporal inferior a 18 (El Día, 2007). Este avance es considerable, ya que dicha cifra se acerca bastante al rango normal de IMC que debería tener una persona (18,5 - 25).

En España en el año 2004 se realizó una investigación con personas de 18 a 30 años para identificar, a través de modelos anatómicos, la percepción de la imagen corporal. Se situó a los participantes en 5 categorías: bajo peso (26,6%), normopeso (52,1), sobrepeso (14,9%), Obesidad I (2,1%) y Obesidad II y III (4,3%). Los hombres se percibieron con un IMC (Índice de Masa Corporal) levemente inferior al real, mientras que las mujeres puntuaron valores que explican que se perciben con un IMC muy similar, décimas mayores o menores al IMC real (Montaña, 2004).

En nuestro país, es muy poco lo que se estudia respecto al Trastorno Dismórfico Corporal. El doctor Alejandro Koppmann, jefe de la Unidad de Psiquiatría de Clínica Alemana, ha escrito sobre el tema pero sólo recopilando información. Se ha referido a las implicaciones terapéuticas y a tratamientos basados en medicación serotoninérgica y, en casos graves, psicofarmacología neuroléptica (Koppmann, 2004).

En Chile, se creó la Asociación Chilena para el Estudio de los Trastornos Obsesivos Compulsivos (ATOC), dirigida por el doctor Roberto Amon (El Mercurio,

22 de Julio de 2009). Si bien, la asociación se generó en base a la preocupación por la existencia de 100.000 casos de trastorno obsesivo compulsivo en nuestro país, cubren todos los trastornos que se encuentran dentro del mismo espectro, llámese trastornos hipocondríacos y, precisamente, el Trastorno Dismórfico Corporal.

Por último, en Pakistán se realizó una investigación en población universitaria liderada un médico psiquiatra donde se comprobó que, en relación a sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal, no existen diferencias ambos géneros (Taqui, 2008).

III.3 Marco Epistemológico

Esta investigación fue realizada desde un enfoque cuantitativo, lo cual significa que los datos son abordados de forma estadística (Hernández Sampieri, 2006). El enfoque epistemológico que se utilizará será el neopositivista. Esto último significa que se apreciará la realidad algo existente, pero que no es alcanzable a través de los mecanismos imperfectos del ser humano. Esto significa que no es abordable en base al paradigma positivista (Bunge, 1995).

El neopositivismo plantea una posición ya no dualista como el positivismo, pero sí mantiene la objetividad como un fin a conseguir, aunque nunca se pueda obtener en su totalidad, por eso se le llama un “ideal regulador” (Guba & Lincoln, 1994). No sólo busca que las hipótesis sean verificadas para obtener el conocimiento, sino que también no deben ser falseadas, recién ahí se considera dicho conocimiento como posible hecho o ley. Estos autores también se refieren a que el neopositivismo comparte con el positivismo una visión de acumulación de conocimiento en base a una edificación del mismo, estructurando teoría. Metodológicamente, se utiliza el método científico (Bunge, 1995), pero con consideraciones ontológicas y epistemológicas específicas que enmarcan una utilización especial de dicho método: se dirige a una realidad aprehensible pero no en su totalidad por las limitaciones propias del ser humano. Sin embargo, la concepción de ciencia se mantiene como conocimiento sistemático y verificable.

El neopositivismo reformula la idea de “verdad”, configurándola en base a que puede ser retroalimentada constantemente a través del método científico (Chamblers, 1996). Este autor utiliza el término “relativismo científicista” para explicar la forma en que el neopositivismo aborda la realidad: de manera relativa, siendo consciente que no es alcanzable en su totalidad por los mecanismos actuales. Es por esto que no podemos llamar “real” lo que consideramos como verdad absoluta en la actualidad. Por eso el conocimiento que se aporta a la ciencia es transitorio (Chacón, 2001).

El neopositivismo concibe que todo lo que pueda ser comprobado a través de la verificación empírica es aprehensible por el ser humano. Como el ser humano tiene limitaciones que no le permiten obtener el conocimiento de forma

directa, esto se incluye y se es consciente que el método científico va a incorporar la subjetividad que generan estas limitaciones. Por lo tanto, el conocimiento que se es posible obtener sólo es limitado por el ser humano, no por el método (Chamblers, 1996).

Para el neopositivismo la objetividad se logra en base a la estructura científico-teórica en base a la cual se configura la investigación y, a través de dicha teoría y los mecanismos creados en base al método científico, se obtiene el objetivo de la objetividad, o sea, elaborar conocimiento (Guyot, 2005). Es necesario que el conocimiento generado sea estructurado en base al método científico ya que, en caso contrario, no tendrían sentido dentro del paradigma. Por lo tanto, todo conocimiento debe ser obtenido en su totalidad a través de la verificación empírica (Chacón, 2001).

Esta opción se ve justificada por una percepción del Trastorno Dismórfico Corporal como un desorden objetivo, de sintomatología generalizada en los pacientes que lo poseen, y por último, como una entidad diagnóstica clasificable. En base a esta postura, los objetivos de la investigación son posibles de cumplir desde una lógica cuantitativa, por lo tanto, a través del método científico. Sin embargo, no podemos acceder directamente a la sintomatología de la persona, sólo podemos recabar su percepción. El neopositivismo puede trabajar considerando objetividad y aspectos incapaces de ser medidos, por eso esta investigación es compatible con dicho modelo.

Otra razón por la cual se escoge esta mirada epistemológica es que el Trastorno Dismórfico Corporal y todo tipo de trastornos psiquiátricos no pueden ser abordados desde una mirada positivista (y en investigación cuantitativa sólo pueden ser utilizados esos dos enfoques epistemológicos), y el neopositivismo sí puede abordarlos, en base a lo explicado anteriormente.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

IV.1 Metodología, Diseño, Hipótesis

IV. 1.1 Metodología: Cuantitativa.

IV. 1.2 Diseño: Cuasiexperimental. Esto significa que existe un cierto control en las variables, ya que se está haciendo un muestreo en poblaciones específicas. El control parcial que existe sobre la muestra recae en que sólo podemos acceder a la sintomatología asociada al TDC a través del instrumento, ya que es una variable que existe dentro de la persona y no podemos alcanzarla directamente.

El muestreo fue realizado de forma propositiva, lo cual significa que se accede a la muestra en contextos donde se sabe que los datos pueden ser capturados. El diseño cuasiexperimental guarda coherencia con este tipo de muestreo (Hernández Sampieri, 2006).

IV. 1.3 Hipótesis:

- H_{i1} : La prevalencia de personas que presentan percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal, independientemente, en las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán, iguala o supera el 2%.
- H_{o1} : La prevalencia de personas que presentan percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal, independientemente, en las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán se encuentra por debajo del 2%.
- H_{e1} :

$$H_i = x > 2\%$$

$$H_o = x \leq 2\%$$

- H_{i2} : Entre las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán, existen diferencias significativas sobre la percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal.
- H_{o2} : Entre las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) no existen diferencias significativas sobre la percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal.
- H_{e2} : $H_i: \bar{x}_1 \neq \bar{x}_2$
 $H_o: \bar{x}_1 = \bar{x}_2$

IV.2. Técnicas de Recolección de Información

La técnica utilizada para recolectar la información fue una entrevista estructurada autoadministrada. Está compuesta por escalas de tipo Likert de 7 puntas y 16 ítems.

IV.2.1 Procedimiento de recolección

Lo primero que se hizo con el fin de recolectar los datos necesarios para realizar esta investigación fue el envío y recepción de solicitudes a distintas instancias en que fue necesario hacerlo para poder acceder a la muestra (muestreo de población general): El Hospital Clínico Herminda Martín, Inversiones San Sebastián e I. Municipalidad de Chillán (para la utilización de espacios públicos).

En el caso de la muestra universitaria, no fue necesario elevar ningún tipo de solicitud para poder realizar el muestreo con la población a la que pertenece dicha muestra.

Cuando ya se obtuvo los permisos necesarios y, por otro lado, se tuvo validad el instrumento BDDE (Rosen & Reiter, 1996), se procedió a comenzar con la toma de datos, en los siguientes pasos:

- a) El investigador se acerca a una persona al azar, se le cuenta el objetivo y se le solicita su participación en el estudio.
- b) Se procede a la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2)
- c) Se contesta la entrevista autoadministrada, con el investigador a una distancia prudente, de modo que no vea la forma de responder, pero sí sea accesible responder a cualquier pregunta.

Cuando se hubo finalizado la toma de datos, el siguiente paso consistió en tabular la información capturada en una planilla de SPSS 15.0 para Windows. Con esa estructura, fue posible realizar los análisis de datos de forma descriptiva y explicativa.

IV.3. Instrumentos

El instrumento utilizado fue la entrevista Body Dysmorphic Disorder Examination (Anexo 1). Esta prueba mide la presencia de sintomatología relacionada con el Trastorno Dismórfico Corporal, pudiendo asumirse su presencia si el total de respuestas suman un cierto puntaje (más de 66), esto es característico de una escala aditiva como la que se utilizó, escala Likert. La entrevista consta de un cuadernillo de 16 preguntas, las cuales fueron el resultado de una disminución de ítems a través de análisis factorial efectuado durante la validación del instrumento, ya que se consideraba que la variable a medir se encontraba sobresaturada. La escala Likert es un conjunto de ítems en forma de enunciado en el que cada uno tiene un valor numérico (Hernández Sampieri, 2006).

Esta prueba está diseñada de forma en que la sintomatología del TDC descrita en el DSM-IV está repartida a través de los ítems, de modo que también recogiendo algunas respuestas específicas podemos analizar el trastorno en dicha sintomatología (Rosen & Reiter, 1996).

El instrumento en su validación inicial, hecha por sus creadores, obtuvo una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0.81, considerándose válido para ser utilizado. Además se utilizó la técnica de test-retest, en la cual se obtuvo una correlación entre ambas aplicaciones (dos semanas de separación entre ambas) de 0.94 a un alfa 0,01 (Rosen & Reiter, 1996). Se tradujo y validó el instrumento en España y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94, considerándose de una buena consistencia interna (Raich, 2000).

A continuación se expondrá el proceso de obtención de fiabilidad y validación del instrumento:

IV.3.1. Fiabilidad y Validación de instrumento aplicado:

Lo primero que se realizó bajo el objetivo de obtener la fiabilidad y validación del Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) fue la realización de una prueba piloto, la cual constó de 82 entrevistas autoadministradas (número obtenido en el software STATS).

IV.3.2. Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos:

El número de encuestados fue 82 (Tabla 1), todos ellos pertenecientes a la ciudad de Chillán.

Tabla 1.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	82	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	82	100.0

Posteriormente se realizó un análisis de fiabilidad, utilizando el estadístico Alfa de Cronbach (Tabla 2). El resultado inicial fue 0.951, lo cual refleja que hay una sobresaturación de los valores al momento de configurar la sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).

Tabla 2.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.951	21

Lo que correspondió realizar a continuación fue dividir la entrevista en dos componentes, considerando lo que miden los ítemes: frecuencia e intensidad. Se realizaron Análisis Factoriales para analizar qué valores estaban sobresaturando la variable. A continuación se expondrá metódicamente la forma en que se redujeron los datos en los componentes “frecuencia” e “intensidad”.

IV.3.3. Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente

Frecuencia

Para comenzar se realizó un análisis de fiabilidad inicial del factor (Tabla 3), con la intención de compararlo con el que exista luego de la reducción de datos. Se comenzó con un Alfa de Cronbach de 0.907, lo cual es considerado inválido por sobresaturación de sus datos.

Tabla 3.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.907	10

Luego, se realizó un Análisis Factorial, graficado en las Tablas 4, 5 y 6. La Tabla 4 consiste en un análisis de comunalidades que expone el grado de correlación que existe entre los ítemes que configuran al componente. Todos los ítemes se relacionan entre sí al menos en tendencia media (0.3 a 0.7).

Tabla 4.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
pregunta 2	1.000	.530
pregunta 4	1.000	.533
pregunta 7	1.000	.778
pregunta 10	1.000	.793
pregunta 15	1.000	.659
pregunta 17	1.000	.747
pregunta 18	1.000	.717
pregunta 19	1.000	.720
pregunta 20	1.000	.648
pregunta 21	1.000	.594

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La tabla 5 corresponde a la Varianza Total Explicada, la cual grafica cuántos factores existen dentro del Componente Frecuencia. En la tabla se explica que en un comienzo el componente estaba compuesto por dos factores. Esto significa que la reducción que se necesita realizar en el Componente Frecuencia está dirigida a disminuir el número de factores a uno sólo, ya que el segundo no presenta valores significativos.

Tabla 5.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.663	56.632	56.632	5.663	56.632	56.632
2	1.055	10.552	67.184	1.055	10.552	67.184
3	.863	8.627	75.810			
4	.682	6.819	82.629			
5	.491	4.911	87.540			
6	.380	3.801	91.340			
7	.307	3.067	94.407			
8	.271	2.709	97.116			
9	.197	1.973	99.089			
10	.091	.911	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la tabla 6 aparece graficada la Matriz de Componentes, la cual explica cual es el peso que tiene cada ítem en la variable: mientras más lejano a cero sea, mayor es el peso que existe en el factor. Para poder disminuir la sobresaturación de los datos, es necesario eliminar los ítemes que representan un peso

considerable dentro de la variable que se quiere medir. Por eso, se retiraron los ítems 4 y 7, obteniendo los resultados graficados en las Tabla 7, 8 y 9.

Tabla 6.

Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
pregunta 2	.689	.235
pregunta 4	.568	.458
pregunta 7	.823	.318
pregunta 10	.750	.481
pregunta 15	.699	-.413
pregunta 17	.745	-.437
pregunta 18	.820	-.211
pregunta 19	.838	-.135
pregunta 20	.784	-.183
pregunta 21	.771	.001

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 2 componentes extraídos

Tabla 7.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Pregunta 2	1.000	.468
Pregunta 10	1.000	.457
Pregunta 15	1.000	.522
Pregunta 17	1.000	.626
Pregunta 18	1.000	.707
Pregunta 19	1.000	.730
Pregunta 20	1.000	.625
Pregunta 21	1.000	.603

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 8.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.739	59.233	59.233	4.739	59.233	59.233
2	.864	10.804	70.037			
3	.684	8.555	78.592			
4	.497	6.209	84.801			
5	.389	4.867	89.668			
6	.361	4.511	94.180			
7	.268	3.346	97.526			
8	.198	2.474	100.000			

Tabla 9.

Matriz de componentes(a)

	Componen te
	1
Pregunta 2	.684
Pregunta 10	.676
Pregunta 15	.723
Pregunta 17	.791
Pregunta 18	.841
Pregunta 19	.855
Pregunta 20	.790
Pregunta 21	.777

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

En las Tablas 7, 8 y 9 se demuestra que con la extracción de los ítemes 4 y 7, se obtuvieron cambios significativos. Específicamente en la Tabla 7 se demuestra una correlación mayoritariamente considerable entre los ítemes que configuran al Componente Frecuencia. En la Tabla 8 se explica la presencia de un solo factor como parte del Componente. Por último en la Tabla 9 los ítemes mantienen un peso significativo dentro de la variable.

Para concluir, la Tabla 10 demuestra que con la reducción de datos, se logró obtener un Alfa de Cronbach de 0.895, lo cual es considerado válido.

Tabla 10.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.895	8

IV.3.4. Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente

Intensidad

Al igual que con el componente anterior, se comenzó con realizar un análisis de fiabilidad inicial (Tabla 11) sobre los ítemes que configuran al Componente Intensidad. Como se puede apreciar, el estadístico es inválido, y además, es necesario efectuar una reducción de datos, ya que existen ítemes que

no cumplen con los niveles de correlación adecuados, configurándose dos factores dentro del componente. El objetivo, por lo tanto, de la reducción fue el disminuir el número de factores dentro del componente y mejorar el Alfa de Cronbach.

Tabla 11.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.915	12

En la Tabla 12 se demuestra que dentro de las correlaciones entre los ítems existentes en el componente, hay sólo uno de tendencia media (el ítem 5), mientras que todas las demás preguntas fluctúan entre tendencia considerable y muy fuerte.

Tabla 12.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
pregunta 1	1.000	.725
pregunta 3	1.000	.516
pregunta 5	1.000	.723
pregunta 6	1.000	.780
pregunta 8	1.000	.757
pregunta 9	1.000	.698
pregunta 11	1.000	.779
pregunta 12	1.000	.466
pregunta 13	1.000	.480
pregunta 14	1.000	.581
pregunta 16	1.000	.671

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la Tabla 13 podemos apreciar que existen 2 factores dentro del Componente Intensidad. Como se explicó más arriba, hay preguntas que no cumplen con las correlaciones consideradas adecuadas, por lo que es necesario disminuir el número de factores a uno sólo.

Tabla 13.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6.128	55.710	55.710	6.128	55.710	55.710
2	1.046	9.506	65.216	1.046	9.506	65.216
3	.753	6.844	72.060			
4	.717	6.518	78.578			
5	.613	5.574	84.151			
6	.466	4.239	88.390			
7	.436	3.967	92.357			
8	.317	2.880	95.236			
9	.248	2.253	97.489			
10	.160	1.452	98.940			
11	.117	1.060	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

El peso de las variables, como se explica en la Matriz de Componentes (Tabla 14), dentro del factor, existe sólo una correlación con tendencia muy fuerte (más de 0.7) y ninguno con tendencia considerable ni media.

Tabla 14.

Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
pregunta 1	.355	.774
pregunta 3	.714	-.075
pregunta 5	.751	-.398
pregunta 6	.852	-.232
pregunta 8	.866	-.076
pregunta 9	.834	-.041
pregunta 11	.882	.031
pregunta 12	.641	.235
pregunta 13	.667	-.186
pregunta 14	.679	.346
pregunta 16	.812	.106

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 2 componentes extraídos

A continuación se realizaron intentos de retirar varios ítemes y volviendo a integrarlos de manera estratégica, hasta que se logró la disminución de los factores a uno sólo. Para ello, se retiraron finalmente los ítemes 1 , 8 y 11. El

cambio en el Componente Intensidad, se expone en el Análisis Factorial, representado en las Tablas 15, 16 y 17.

Tabla 15.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
pregunta 3	1.000	.527
pregunta 5	1.000	.592
pregunta 6	1.000	.740
pregunta 9	1.000	.681
pregunta 12	1.000	.417
pregunta 13	1.000	.455
pregunta 14	1.000	.439
pregunta 16	1.000	.681
pregunta 8	1.000	.746

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 16.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.279	58.657	58.657	5.279	58.657	58.657
2	.854	9.484	68.141			
3	.709	7.880	76.021			
4	.634	7.043	83.063			
5	.464	5.150	88.214			
6	.419	4.651	92.864			
7	.282	3.132	95.997			
8	.228	2.530	98.527			
9	.133	1.473	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 17.

Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
pregunta 3	.726
pregunta 5	.769
pregunta 6	.860
pregunta 9	.825
pregunta 12	.646
pregunta 13	.675
pregunta 14	.662
pregunta 16	.825
pregunta 8	.864

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componentes extraídos

En las Tablas 15, 16 y 17, es posible apreciar cómo fueron disminuidos los factores. Específicamente en la Tabla 15 se ve sólo la presencia de un factor, compuesto por ítems que están correlacionados entre sí adecuadamente. En la Tabla 16 se explica que todas las preguntas poseen un peso significativo dentro de la variable. Para finalizar, se realizó un análisis de fiabilidad final (Tabla 18), que mantuvo un Alfa de Cronbach válido luego de la Reducción Factorial dentro del Componente Intensidad.

Tabla 18.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.880	10

IV.3.5. Resultado final de proceso de Fiabilidad y Validación de instrumento aplicado:

Luego de todo el proceso expuesto anteriormente, se realizó un análisis de fiabilidad final del instrumento completo, integrando los Componentes Frecuencia e Intensidad. Para ello, al igual que en el caso de cada componente independientemente, se realizó un análisis de confiabilidad de tipo consistencia

interna, representado en el estadístico Alfa de Cronbach (Tabla 19), el cual indica que el instrumento es válido para ser utilizado.

Tabla 19.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.891	16

IV.4. Población / Muestra

La población universitaria que participa de estudios de pregrado de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán consta de 5950 estudiantes. La muestra considerada para la investigación corresponde a un 10% de ese universo (Hernández Sampieri, 2006). Después de procesar dichos datos en el software STATS, la muestra correspondiente a la población universitaria fue de 72 estudiantes.

En el caso de la población general, se utilizó una muestra que supere los 17 años de edad, ya que esa es la edad mínima para que aparezca el trastorno (Misticone, 2007). El número de personas que entran dentro de dicho rango son 133139. Descontando la población universitaria, obtenemos 127189 personas. La muestra, procesada en STATS, resultó ser de 138 personas (cifra también obtenida al 10% de la población).

IV.4.1 Edad de las muestras:

Las edades de las muestras de población general y universitaria se exponen en las tablas 20 y 21 respectivamente.

Tabla 20.

Edades Población General

Edad

N	Válidos	138
	Perdidos	1
Media		38.0870
Moda		31.00

Tabla 21.

Edades Población Universitaria

Edad

N	Válidos	72
	Perdidos	9
Media		22.4444
Moda		23.00

Como se puede apreciar, la población general presenta un promedio de edad correspondiente a los 38 años, repitiéndose mayormente la edad de 31 años. Por otro lado, en el caso de la población universitaria, el promedio de edad radica en los 22,4 años, presentándose los 23 años como la edad más repetida.

IV.4.2 Sexo de las muestras:

El sexo de ambas poblaciones, general y universitaria, se grafica en las tablas 22 y 23, respectivamente.

Tabla 22.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	70	50.4	50.7	50.7
	Hombre	68	48.9	49.3	100.0
	Total	138	99.3	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.7		
Total		139	100.0		

Tabla 23.

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	37	45.7	51.4	51.4
	Hombre	35	43.2	48.6	100.0
	Total	72	88.9	100.0	
Perdidos	Sistema	9	11.1		
Total		81	100.0		

Interpretando las tablas 22 y 23, se puede apreciar que en la población general el sexo femenino se presenta en un 50.7%, mientras que el masculino en un 49,3%. Por otro lado, en la población universitaria ocurre una situación similar, el sexo femenino se presenta en un 51,4%, mientras que el sexo masculino se presentó en un 48,6%.

El muestreo que se realizó fue de tipo no aleatorio propositivo, el cual corresponde a las investigaciones en que se sabe claramente la muestra que se necesita (Hernández Sampieri, 2006). Se pretende trabajar con personas que estén inmersos en ese momento en el contexto correspondiente (estudiantes) y, según quieran o no, respondan la entrevista. Asimismo se trabajó con la población general, ya que la intención de hacerlo de forma aleatoria simple no fue viable y, guardando la coherencia con el diseño cuasiexperimental, se realizó un muestreo propositivo, acudiendo a espacios donde se encuentra dicha población: miembros de la ciudad mayores de 17 años.

IV.5. Análisis de Datos propuesto

Con el instrumento ya validado, por lo tanto, con una prueba piloto aplicada y al haber realizado las modificaciones necesarias al instrumento se procedió a realizar la toma de datos definitiva en las poblaciones general y universitaria. Luego de ingresar los datos de ambas poblaciones a una matriz de SPSS 15.0, se realizó un análisis descriptivo (distribución de frecuencias, tendencias a la medida central, mediadas de variabilidad) para cada uno de los grupos (con el fin de comprobar la Hipótesis 1). Luego de verificar que exista una distribución normal en

la variable, se hizo un análisis explicativo (Prueba T, con su respectivo Test de Levene) para confrontar a ambos grupos y poder verificar la Hipótesis 2.

IV.6. Criterios de Calidad

Los criterios de calidad en la investigación cuantitativa son la confiabilidad, la validez y la objetividad.

La confiabilidad consiste en el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes a través del tiempo (Hernández Sampieri, 2006). Para eso, se midió la consistencia interna de la prueba a través del Alfa de Cronbach, el cual es un índice que puede valer de 0 a 1 (“1” corresponde a correlación perfecta entre los ítems), obteniendo una buena consistencia interna con un alfa de 0,7 a 0,9. En el análisis de los datos se puede apreciar cómo se logró conseguir la confiabilidad de tipo consistencia interna del instrumento.

La validez es el grado en que un instrumento mide la variable que debe medir (Hernández Sampieri, 2006). La validación del instrumento será dada por la *validez de criterio (con validez concurrente)*, la cual es una correlación de la medición con un criterio externo (Hernández Sampieri, 2006). Como el instrumento está basado directamente en los criterios del DSM-IV, es posible tomar los ítems agrupados en sus respectivos criterios correspondientes del manual y analizarlos independientemente. Esta parte de la validación ya fue hecha por los creadores del instrumento y, al no existir modificaciones al cambiar el espacio geográfico y el idioma en la aplicación, se mantiene estable. Por esto último, no es necesario realizar esta validación nuevamente (Rosen & Reiter, 1996).

La objetividad corresponde al grado en que el instrumento está influenciado por sesgos del investigador/a (Hernández Sampieri, 2006). La objetividad fue cubierta por las consignas que ya trae el instrumento, las cuales fueron utilizadas en la investigación.

IV.7. Aspectos Éticos

Como aspectos éticos relevantes para esta investigación, se resguardaron principalmente dos principios éticos fundamentales: el de beneficencia y el de autonomía; y, además se cuidó mantener la norma psicoética fundamental de la confidencialidad (França-Tarragó, 2001). El principio de beneficencia en un contexto como el de esta investigación se basa en la evitación absoluta de cualquier daño que podría sufrir la persona a nivel de su integridad física, económica o socio-cultural. Este principio se resguardó al no utilizar de ninguna manera fuera de la investigación los datos de las personas que participen. Por otro lado, para poder cubrir el principio de autonomía, se insistió en cada uno de los casos en que se accedió (o no) a realizar la entrevista, el carácter voluntario de la participación. No se expresó ningún tipo de actitud que pretenda impulsar la actividad de alguno de los posibles participantes (França-Tarragó, 2001).

Para dejar plena constancia de los resguardos éticos que tiene la investigación para con los participantes de ambas poblaciones (clínica y universitaria), se generó un consentimiento informado (Anexo 2), el cual fue adjuntado al instrumento y era necesario que la persona primero lo leyera y firmara, antes de comenzar su participación en la investigación.

V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:

V.1 Análisis Descriptivo:

Para comenzar a analizar descriptivamente el total de la muestra obtenida en la investigación, se expondrán los datos relativos a la edad y el sexo de los participantes. Estos datos no son considerados dentro de los análisis realizados para comprobar las hipótesis, sin embargo son datos básicos de cualquier investigación. Luego, se interpretará las tablas correspondientes a análisis descriptivos de ambas poblaciones, General y Universitaria.

V.1.1 Análisis Descriptivo de la Población General:

Se realizó el análisis estadístico descriptivo integrando los componentes Frecuencia e Intensidad dentro de la población general. Como se muestra en la Tabla 24, los valores se expresan de la siguiente manera:

Tabla 24.

Resultados					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presencia de sintomatología TDC	2	1.4	1.4	1.4
	Ausencia de sintomatología TDC	136	97.1	98.6	100.0
	Total	138	98.6	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.4		
Total		140	100.0		

Como se puede apreciar en la Tabla 24, el 98,6% presenta ausencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal, mientras que el 1,4% de la muestra de la población general puntúa como presencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal.

Tabla 25.

Estadísticos

Resultados

N	Válidos	138
	Perdidos	2
Media		1.9855
Mediana		2.0000
Moda		2.00
Desv. típ.		.11995
Varianza		.014
Asimetría		-8.215
Error típ. de asimetría		.206
Curtosis		66.441
Error típ. de curtosis		.410
Mínimo		1.00
Máximo		2.00
Suma		274.00

En la tabla 25 se grafican los valores estadísticos correspondientes al análisis descriptivo efectuado sobre la muestra de la población general. El promedio de los datos fue 1.98. El dato que más se repitió fue la ausencia de sintomatología asociada al TDC.

V.1.2 Análisis Descriptivo de la Población Universitaria:

Al realizar el análisis descriptivo (Tabla 26) sobre la muestra universitaria de la investigación, también integrando los componentes frecuencia e intensidad, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 26.

Resultados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Presencia de sintomatología TDC	2	1.4	2.8	2.8
	Ausencia de sintomatología TDC	70	50.0	97.2	100.0
	Total	72	51.4	100.0	
Perdidos	Sistema	68	48.6		
Total		140	100.0		

Al analizar la Tabla 27, se demuestra que el segmento de la muestra universitaria que puntúa como ausencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal es el 97,2%. Por otro lado, el 2,8% de la muestra presenta de forma significativa sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal.

Tabla 27.

Estadísticos		
Resultados		
N	Válidos	72
	Perdidos	68
Media		1.9722
Mediana		2.0000
Moda		2.00
Desv. típ.		.16549
Varianza		.027
Asimetría		-5.870
Error típ. de asimetría		.283
Curtosis		33.384
Error típ. de curtosis		.559
Mínimo		1.00
Máximo		2.00
Suma		142.00

La tabla 27 demuestra los valores estadísticos recogidos de la aplicación del análisis descriptivo sobre la muestra universitaria de la investigación. También el dato que más se repitió fue ausencia de sintomatología asociada al TDC. Por último el promedio de datos fue 1.97.

V.2 Análisis Explicativo:

Para comenzar, se debe establecer que este es un estudio con “alcance explicativo” y no explicativo propiamente tal ya que, si bien se buscan enfrentar dos medias, no existe un grupo control y un grupo experimental (Hernández Sampieri, 2006).

El análisis explicativo de muestras independientes se realizó a través de la Prueba T Student. Esta prueba se compone del análisis explicativo propiamente tal, pero además, incluye el estadístico Test de Levene, el cual verifica si existe homogeneidad o heterogeneidad entre las varianzas de las muestras que se quieren enfrentar. Para ello, se evalúa de qué forma se desvían los datos de la

media en cada una de las muestras, si ocurre de la misma manera, se deduce que las muestras son homogéneas y en ese caso el Test de Levene marca como no significativo ($\alpha > 0.05$), y ahí se puede dar pie al análisis de la prueba T. Por otro lado, si el Test de Levene apareciera significativo ($\alpha < 0.05$), no es necesario revisar la prueba T, ya que se asume que las varianzas son heterogéneas y se deduce que no hay diferencias significativas entre las muestras (Gardner, 2003).

Tabla 28.

Estadísticos de grupo

	Población	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Porcentaje de logro	P. GRAL	138	30.2019	14.64967	1.24706
	P. ESTUD	72	34.3874	13.39914	1.57910

La tabla 28 grafica el número de participantes de cada muestra, el promedio de sus datos y la desviación típica de cada una de las muestras. Estos datos son los que se utilizaron para realizar el análisis de la tabla 29.

Tabla 29.

Prueba T de muestras independientes

	Prueba de Levene		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Porcentaje de logro	2.182	.141	-2.02	208	.044	-4.18554	2.06950	-8.2653	-.1056
			-2.08	155.776	.039	-4.18554	2.01215	-8.1601	-.2109

La Tabla 28 corresponde a la Prueba T Student y el Test de Levene. Este último indica una homogeneidad de las varianzas de las muestras general y universitaria ($F=2.182$, sig. 0.141). Por otro lado, la Prueba T indica que existen diferencias significativas entre las muestras de la población general y la población universitaria ($t(208) = -2.02$, sig. 0.04 (Gardner, 2003).

VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden extraer de esta investigación son las siguientes:

- a) Hipótesis 1 (“El porcentaje de personas que presentan percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal, independientemente, en las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán, iguala o supera el 2%”): Esta hipótesis se cumple parcialmente, ya que la población universitaria sí puntuó sobre el 2% (un 2,8% de la población universitaria marcó sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal). Sin embargo, la muestra de la población general alcanzó un 1,4% de personas que presentan sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal.

- b) Hipótesis 2 (“Entre las poblaciones general y universitaria de pregrado (perteneciente a universidades del Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán, existen diferencias significativas sobre la percepción de sintomatología relacionada al Trastorno Dismórfico Corporal”). Esta hipótesis se cumple, ya que sí existen diferencias significativas entre las muestras general y universitaria.

En los resultados obtenidos en la presente tesis, se puede apreciar que la población universitaria presenta una mayor prevalencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Esto demuestra que el rango etario que conforma esta población (el promedio de edad de la muestra es 22 años) es especialmente vulnerable a la sintomatología asociada al TDC, en base a expectativas de imagen física socialmente estereotipadas y valorizadas de forma más exacerbada en esta etapa de la vida (Calaf, 2005). Esta importancia que se le da a la apariencia física puede afectar la imagen corporal de forma más o menos acentuada según los estándares sociales ante los que se contextualice el individuo (Misticone, 2007).

Phillips (1996), explica que las personas que poseen sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal presentan “obsesiones dolorosas” acerca del desorden, ya que su reiterado cuestionamiento, les produce un malestar continuo y tormentoso. Las ideas pueden asechar a la persona y aunque

ésta desee desprenderse de las mismas le será casi imposible, lo cual genera dolor y perturbación en los individuos que poseen sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal debido a la impotencia en el manejo de sus cogniciones. Este tipo de sintomatología recién descrita se ve intensificada en individuos que pertenecen al rango etario recientemente posterior a la adolescencia y los primeros años de la adultez temprana (Calaf, 2005).

Estadísticamente, en el plano numérico las muestras de las poblaciones general y universitaria presentan diferencias significativas en sus medias. En la realidad esto significa que la población universitaria de pregrado presenta mayores índices de sintomatología asociada al TDC que la población general en la ciudad de Chillán. Esta última población se encuentra dentro de los parámetros generalizados de prevalencia del TDC en el mundo, según diversas investigaciones, ya que presenta un 1,7%, mientras el consenso fluctúa entre el 1,5% y el 2% (A.P.A., 2000; Patterson y cols., 2001; Misticone, 2007; Taqui, 2008). Sin embargo, la población universitaria, según los resultados de esta tesis, presenta un 2,8%, superando abiertamente los estándares de prevalencia anteriormente nombrados. Taqui (2008), en su investigación con estudiantes universitarios en Pakistán, asevera que el 6% de los universitarios poseen sintomatología asociada al TDC. Esto puede significar que hay variables socioculturales y de desarrollo vital que aumentan la prevalencia de estos síntomas. Esa es una posible razón, pero además es probable que al intentar realizar un proceso de psicodiagnóstico completo (sesiones de entrevista, psicometría, etc.), el porcentaje de personas que padezcan Trastorno Dismórfico Corporal sea menor que el porcentaje de participantes que sólo presenten sintomatología asociada a este trastorno, lo cual se obtuvo sólo con responder una entrevista autoaplicada, sin un conocimiento de la historia previa de la persona, sus características, otra sintomatología, relaciones personales y familiares, etc. (Rosen & Reiter, 1996).

La sintomatología asociada al TDC, según esta tesis, es una realidad en Chillán, y configura un trastorno que genera múltiples limitaciones en el plano intra e inter psicológico, facultando dificultades significativas a nivel social. Por otro lado, tiene un índice de suicidabilidad considerable, lo que enmarca a este trastorno dentro de un margen de riesgo.

Esta investigación tiene ciertas limitaciones, una de ellas es que se puede obtener resultados que muestran una alta prevalencia de sintomatología asociada

al TDC en población universitaria, pero no es posible tener certeza de cuáles son los factores que están interviniendo directamente. Se puede corroborar con la teoría que existen factores socioculturales relativos al rango etario universitario de pregrado que exacerban la prevalencia (Calaf, 2005), sin embargo, se puede profundizar mucho más en torno a cuáles son las áreas de las carreras con mayor prevalencia. Por ejemplo, podría existir una mayor prevalencia de sintomatología asociada al TDC en carreras como Nutrición y Dietética, Educación Física, Teatro, Danza, etc., que en carreras como Ingeniería, Arquitectura, Biotecnología, Auditoría, etc. Esto podría suceder porque las primeras son carreras en que la imagen corporal está incorporada en sus contenidos académicos y en su ejercicio profesional diario. O quizá simplemente profundizar en qué es lo que provoca que haya una mayor preocupación en el cuerpo y, por lo tanto, mayor incidencia en la imagen corporal en esta etapa del desarrollo vital de los estudiantes. Otra limitación es que al realizar los procesos de validación y toma de datos en Chillán, sólo se puede obtener información geográficamente muy reducida. Esto es una limitación ya que, al no haber antecedentes realizados en el país, el que los haya en Chillán es un aporte bastante pequeño a cualquier otra investigación sobre el TDC que se quiera realizar en Chile.

Para investigaciones posteriores, se sugiere que se utilice un muestreo de tipo aleatorio (específicamente estratificado). Esta afirmación se basa en que el muestreo propositivo, si bien, se enmarca de forma coherente dentro del diseño cuasi experimental, presenta ciertas posibilidades de sesgar los resultados. Un ejemplo de esto fue la toma de datos en el Hospital Clínico Herminda Martín, donde los resultados de los instrumentos aplicados puntuaron por sobre la media obtenida previamente.

Otra sugerencia para otras investigaciones es indagar en los factores que determinan el aumento de prevalencia de sintomatología asociada al TDC. Ya sabemos que la población universitaria y, en general, el rango etario correspondiente a la etapa universitaria de pregrado, es más vulnerable. Sin embargo, es necesario precisar qué es lo que caracteriza a esta población chillaneja que la vulnerabiliza ante esta sintomatología.

Un aspecto muy importante de la investigación fue la validación en la ciudad de Chillán de la entrevista autoaplicada “Body Dysmorphic Disorder Examination” (Rosen & Reiter, 1996). . Esto permite que en adelante se pueda medir la existencia de sintomatología asociada al Trastorno Dismórfico Corporal en la

ciudad sin necesidad de pasar por ningún proceso de prueba de confiabilidad o validez y es por eso que este aspecto posee importancia, ya que es un insumo que permanecerá disponible ante nuevas investigaciones, las cuales son necesarias para profundizar aspectos descritos anteriormente.

El resultado que se obtuvo del proceso de obtener confiabilidad de tipo consistencia interna fue un alfa de Cronbach de 0.891, lo cual es considerado válido (Hernandez Sampieri, 2006). Para eso fue necesario disminuir el número de preguntas, ya que los datos se encontraban sobresaturados, esto significa que con los reactivos que permanecieron en el instrumento es suficiente para medir la variable de forma confiable y válida. En resumen, el instrumento queda disponible para ser utilizado en Chillán dentro de cualquier investigación cuantitativa que incluya dentro de su estudio el análisis de sintomatología asociada al TDC.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association A.P.A. (2000) DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado.

Amon, R (22 de Julio de 2009) Trastorno Obsesivo Compulsivo golpea la vida de 100.000 chilenos. El Mercurio.

Arcas, M. (2009) Sobre un caso de trastorno obsesivo con dismorfofobia corporal Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.15 (3): pp.186 -191.

Arvea, Y. (2006) Trastorno obsesivo-compulsivo. Infármate. 6: pp. 1-4.

Bunge, M (1995) La ciencia. Su método y su Filosofía. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Calaf, M. (2005) Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes. Interamerican Journal of Psychology. 39 (3): pp. 347-354.

Cash, T. (1990) Body Image enhancement: A program for overcoming a negative body image. New York: Guilford.

Cassem, N (1998) Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Madrid: Elsevier.

Chacón, P. (2001) Filosofía de la Psicología. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chamblers, A. (1996) ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid: Siglo XXI.

Cordella, P., San Martín, C., Lizana, P. (2003) Imagen corporal en transeúntes chilenas. Boletín de la sociedad de Psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia, 3.

Cooper, P.; Taylor, M.; Cooper, Z. y Fairburn, CH. (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6 (4): pp. 485- 494.

Cruzat, C. (2008) Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Psyche, 17 (1): pp. 81-90.

El control de peso para las mujeres llegó a Córdoba (2007, 6 de noviembre) [en línea]. El Día. Disponible en:

<http://www.eldia.com.ar/edis/20071106/20071106144459.htm> [2010, 5 de enero].

- Fava, G. (1992) Morselli's Legacy: dysmorphophobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 58: pp.117-118.
- França-Tarragó, O. (2001) *Ética Para Psicólogos: Introducción a la Psicoética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feusner, J., Townsend, J., Bystritsky, A., Bookheimer, S. (2007) Visual Information Processing of Faces in Body Dysmorphic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 64 (12), p. 1417-1425.
- García, M.; Ruiz, S. (2000) Dermatologic dysmorphic disorder, beauty hypochondriasis or the mirror of Snow-White's witch. *Psiquiatría Biológica*. 7: pp. 109-114.
- Gardner, R. (2003) *Estadística para Psicología usando SPSS para Windows*. México D.F.: Pearson.
- Geremia G., Neziroglu, F. (2001) Cognitive therapy in the treatment of body dismorphic disorder. *Clinical psychology and psychotherapy*. 8: pp. 243-251.
- González, D. (2002) Epistemología y Psicología: Positivismo, Anti Positivismo y Marxismo. *Revista Cubana de Psicología*. 19 (2): pp. 1-10.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1994) Paradigmas en Pugna en la Investigación Cualitativa. En Denzin, N y Lincoln, Y (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Londres: Sage.
- Guimón, J. (1999) *Los Lugares del Cuerpo*. Barcelona:Paidós.
- Guyot, V. (2005) Epistemología y Prácticas del Conocimiento. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 30 (16), pp. 09-24.
- Hay, G (1970) Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry* 116: pp. 399-406.
- Hernández Sampieri (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Janet, P. (1903) *Les obsessions et la psychasténie*. París: Alcan.
- Jenike, M. (2001) *Trastornos Obsesivo-Compulsivos: Manejo Práctico*. Madrid: Elsevier.
- Key, A., George C., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., Waller, G. (2002) Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of the mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*. 31: pp. 185-190.

Koppmann, A (2004) *Psiquiatría de Enlace y Cirugía*. Revista Chilena de Cirugía. 56 (6): pp. 513-516.

Ladee G. (1966) *Hypochondriacal syndromes*. Amsterdam: Elsevier.

Martinic, S. (1998, Agosto) El objeto de la sistematización y sus relaciones con la evaluación y la investigación. Ponencia presentada al Seminario latinoamericano: sistematización de prácticas de animación sociocultural y participación ciudadana en América Latina, Medellín.

Misticone, S. (2007) El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema real para el dermatólogo que hace cosmética. *Dermatología Venezolana*. 45 (1): pp. 4-10.

Montaño, I. (2001) *Mujer, belleza y psicopatología*. Revista colombiana de psiquiatría. 30 (4): pp 383-388.

Montaño, I. (2007) Los mártires de la belleza: Suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal. 8vo Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis: p.21.

Montero, P. (2004) Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*. 8: pp. 107-116.

Mora, M.; Raich, R. (2004) Una revisión de estudios de intervención sobre las alteraciones de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*. 6 (2): pp. 34-46.

O.M.S. (1992) CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Patterson W.; Bienvenu O.; Chodynicky P.; Janniger C.; Schwartz R. (2002) *Body Dismorphic Disorder*. *International Journal of Dermatology*. 5: pp. 12-14.

Pérez, I. (2009) Tratamiento Hipnocognitivo del Trastorno Dismórfico Corporal. *Hipnológica*. 2: pp. 28-31.

Phillips K. (1996) Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *J Nerv Ment Dis*. 184(2): pp. 125-129.

Raich, R., Mora, M. (1997) Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y modificación de conducta*. 23 (89): pp. 405-424.

Raich, R., Mora, M. (2000) Tratamiento cognitivo-conductual en alteraciones alimentarias: una experiencia grupal. *Revista de Psicología contemporánea*. 7 (1): pp. 48-55.

- Raich, R. (2000) Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Rodriguez, M., Rodriguez, M^a. E., Barbería, E. (2000) Evolución histórica de los conceptos de belleza facial. *Ortodoncia Clínica*. 3(3): pp. 156-163.
- Rojas, M. (2005) El pensamiento irracional y las personas con Trastorno Dismórfico Corporal. *Revista virtual instituto cognitivo conductual*. 1: pp. 1-5.
- Rosen, J. (1995) The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2, pp. 143-166.
- Rosen, J; Reiter, F (1996) Development of Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behavior, research and therapy*. 34 (9): pp. 755-766.
- Rosen, J.; Srebnik, D.; Saltzberg, E.; Wendt, S. (1991) Development of a body image avoidance questionnaire. *Journal of consultant and clinical psychology*. 3: pp. 32-37
- Rosenzweig, M; Leiman, A. (1992) *Psicología Fisiológica*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Ruff, G., Barrios, B. (1996). Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*. 8: pp. 237-252.
- Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. (2007) Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 8: pp. 171-183.
- Sandoval, M. (2009) Trastorno Dismórfico Corporal. *Revista Chilena de Dermatología*. 25 (3): pp. 244-250.
- Slade, P., Brodie, D. (1994) Body-image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on the recent literature. *European Eating Disorders Review*. 2: pp. 32-46.
- Taqi, A. (2008) Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*. 8 (20), p. 1-10.
- Thompson, J. (1990) *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.

ANEXOS

Anexo 1

Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)

- 1) Durante las últimas semanas, ¿hasta qué punto ha sentido que otras personas tenían el mismo rasgo o defecto físico que usted cree tener?
 - 1.- todo el mundo tiene el mismo rasgo
 - 2.-
 - 3.- la mayoría tiene el mismo rasgo
 - 4.-
 - 5.- algunos tienen el mismo rasgo
 - 6.-
 - 7.- nadie más que yo tiene ese rasgo (o el problema se expresa más severamente en otras personas)

- 2) En estas últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha inspeccionado su rasgo o defecto (por ejemplo, mirado, tocado o medido de alguna manera) con el fin de comprobar la extensión del problema?
 - 1.- (0 días) no hay comprobación
 - 2.- (1-3 días)
 - 3.- (4-7 días) se ha comprobado 1 o 2 veces a la semana
 - 4.- (8-11 días)
 - 5.- (12-16 días) se ha comprobado aprox. la mitad de los días
 - 6.- (17-21 días)
 - 7.- (22-28 días) se ha comprobado cada día o casi cada día

- 3) ¿Hasta qué punto se ha sentido insatisfecho con su aspecto físico en conjunto?
 - 1.- no hay insatisfacción
 - 2.-
 - 3.- leve insatisfacción (pero no hay malestar)
 - 4.-
 - 5.- insatisfacción moderada (algo de malestar asociado)
 - 6.-
 - 7.- extrema insatisfacción (con extremo malestar, no puede imaginarse sintiendo más insatisfacción)

4) ¿Con qué frecuencia ha intentado conseguir palabras de consuelo de los demás, que le digan que su rasgo o defecto no es tan malo o anormal como usted cree que es?

- 1.- (0 días) nunca busco consuelo
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) busco consuelo 1 o 2 veces por semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) busco consuelo aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) busco consuelo cada día o casi cada día

5) ¿Cuánto se ha preocupado por su defecto cuando estaba en lugares públicos tales como grandes almacenes, calles, restaurantes, cines, bares, buses, haciendo cola, en parques o plazas, salas de espera y otros lugares donde había gente desconocida? (Cuando responda, piense en cuántas de esas situaciones ha estado preocupado y qué nivel de preocupación ha tenido).

- 1.- no me preocupo
- 2.-
- 3.- ligera preocupación
- 4.-
- 5.- preocupación moderada
- 6.-
- 7.- extrema preocupación

6) ¿Cuánto se ha preocupado por su defecto cuando estaba en acontecimientos sociales con compañeros de trabajo, conocidos, amigos o familiares (por ejemplo, en el trabajo, fiestas, reuniones familiares, citas, hablando en grupos, conversando, saliendo con otras personas, hablando con el jefe)?

- 1.- no me preocupo
- 2.-
- 3.- ligera preocupación
- 4.-
- 5.- preocupación moderada
- 6.-
- 7.- extrema preocupación

7) ¿Cuántas veces ha sentido que los demás estaban notando o prestando atención a su defecto físico? (Incluyendo las veces que se da cuenta que se puede estar imaginándolo)

- 1.- (0 días) nunca ocurre
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) ocurre 1 o 2 veces por semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) ocurre aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) ocurre cada día o casi cada día

8) ¿Cuán alterado ha estado cuando ha sentido que alguien estaba observando su defecto o prestándole atención? (Cuando responda, piense en si se siente diferente dependiendo de la persona que le observa)

- 1.- no le inquieta (o la gente no lo nota)
- 2.- ligera inquietud cuando ciertas personas lo comentan, pero no otras
- 3.- ligera inquietud independientemente de quién esté presente
- 4.- moderada inquietud cuando ciertas personas lo comentan, pero no otras
- 5.- moderada inquietud independientemente de quién esté presente
- 6.- extrema inquietud cuando ciertas personas lo comentan, pero no otras
- 7.- extrema inquietud independientemente de quién esté presente

9) ¿De qué manera se ha alterado cuando alguien comentó positiva o negativamente algo de su defecto físico? (Cuando responda piense en cómo se siente dependiendo de la persona que hace el comentario)

- 1.- no le inquieta (o la gente no comenta su defecto)
- 2.- ligera inquietud cuando hay ciertas personas, pero no otras
- 3.- ligera inquietud independientemente de quién lo comente
- 4.- moderada inquietud cuando hay ciertas personas, pero no otras
- 5.- moderada inquietud independientemente de quién lo comente
- 6.- extrema inquietud cuando hay ciertas personas, pero no otras
- 7.- extrema inquietud independientemente de quién lo comente

10) ¿Con qué frecuencia alguien ha hecho o le ha hecho algo que usted pensase que es por causa de su defecto físico?

- 1.- (0 días) nunca ocurre
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) ocurre 1 o 2 veces por semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) ocurre aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) ocurre cada día o casi cada día

11) ¿Cuánto se ha molestado cuando alguien le ha tratado así debido a su aspecto físico? (Cuando responda piense si se ha sentido diferente dependiendo de qué persona se trate)

- 1.- no le inquieta (o lo han tratado de manera diferente)
- 2.- ligera inquietud cuando lo han hecho ciertas personas, pero no otras
- 3.- ligera inquietud independientemente de quién lo haya hecho
- 4.- moderada inquietud cuando lo han hecho ciertas personas, pero no otras
- 5.- moderada inquietud independientemente de quién lo haya hecho
- 6.- extrema inquietud cuando lo han hecho ciertas personas, pero no otras
- 7.- extrema inquietud independientemente de quién lo haya hecho

12) ¿Qué importancia tiene su aspecto físico en cómo se valora como persona? Antes de contestar, piense en otras cosas que influyen en cómo se juzga a usted mismo como la personalidad, inteligencia, el trabajo, los estudios, la calidad de la relaciones con los demás, habilidades en otros aspectos, etc. Comparados con éstos (y quizá otros), ¿qué importancia le ha dado su aspecto físico cuando se evalúa a usted mismo?

- 1.- ninguna importancia
- 2.-
- 3.- tiene alguna importancia (un aspecto de su autoevaluación)
- 4.-
- 5.- importancia moderada (es una de los aspectos más importantes de su autoevaluación)
- 6.-
- 7.- de extrema importancia (nada es más importante en tu escala de autoevaluación)

13) ¿Cuán mal le ha sentado que los demás lo evaluarán como persona a partir de su defecto físico?

- 1.- evaluaciones no negativas de los demás debido al defecto
- 2.-
- 3.- evaluaciones levemente negativas
- 4.-
- 5.- evaluaciones moderadamente negativas
- 6.-
- 7.- evaluaciones extremadamente negativas; el defecto físico hace que los demás no encuentren cualidades positivas en usted

14) ¿Cuán atractivo siente que los demás piensan que es?

- 1.- atractivo
- 2.-
- 3.- no demasiado atractivo
- 4.-
- 5.- poco atractivo
- 6.-
- 7.- nada atractivo

15) ¿Con qué frecuencia ha evitado intimar físicamente con alguien debido a su defecto físico? Esto incluye tanto relaciones sexuales como otros contactos íntimos, como darse la mano, abrazarse o besarse.

- 1.- no evito el contacto físico
- 2.-
- 3.- lo evito con poca frecuencia
- 4.-
- 5.- lo evito con frecuencia moderada
- 6.-
- 7.- lo evito con extrema frecuencia

16) Cuando se tiene contacto físico con otras personas, ¿con qué frecuencia ha intentado reducir el grado de contacto (por ejemplo, cambiando de postura, limitando el movimiento o previniendo el contacto con ciertas partes del cuerpo)?

- 1.- nunca reduzco a propósito el contacto físico
- 2.-
- 3.- reduzco en menos de la mitad de las ocasiones de contacto físico
- 4.-
- 5.- reduzco en aprox. la mitad de las ocasiones de contacto físico
- 6.-
- 7.- reduzco casi en cada ocasión de contacto físico

17) ¿Con qué frecuencia ha evitado actividades físicas como ejercicios o actividades de recreo al aire libre porque se siente incómodo con su defecto físico?

- 1.- no evito actividades físicas
- 2.-
- 3.- las evito con poca frecuencia
- 4.-
- 5.- las evito con frecuencia moderada
- 6.-
- 7.- las evito con extrema frecuencia

18) ¿Con qué frecuencia se ha vestido o maquillado a propósito de alguna manera especial con el fin de camuflar su defecto físico o distraer la atención de él? (Puede incluir evitar cierto tipo de ropa o cosméticos, a esto se le llama camuflaje)

- 1.- (0 días) nunca camufló o evito ciertos tipos de ropa/cosméticos
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) lo camufló menos de la mitad de los días
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) lo camufló más de la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) lo camufló cada día o casi cada día

19) ¿Con qué frecuencia se ha vestido o maquillado a propósito de postura o movimientos corporales (como la manera de levantarse o de sentarse, dónde se ponen sus manos, cómo camina, qué lado de su cuerpo muestra a la gente, etc.) con el fin de esconder su defecto físico o distraer la atención de los demás de él?

- 1.- (0 días) no cambio la postura o movimiento corporales
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) cambio una o dos veces a la semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) cambio aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) cambio cada día o casi cada día

20) ¿Con qué frecuencia ha evitado mirar su cuerpo, particularmente su defecto físico, vestido o desnudo, tanto directamente como espejo o ventanas, con el fin de controlar sus sentimientos sobre su aspecto físico?

- 1.- (0 días) nunca evito mirar mi cuerpo
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) evito una o dos veces a la semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) evito aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) evito mirar mi cuerpo cada día o casi cada día

21) ¿Con qué frecuencia ha comparado su aspecto físico con otras personas de su alrededor, de revistas o de la televisión? Incluye tanto comparaciones positivas como negativas

- 1.- (0 días) nunca comparo con otros
- 2.- (1-3 días)
- 3.- (4-7 días) comparo una o dos veces a la semana
- 4.- (8-11 días)
- 5.- (12-16 días) comparo aprox. la mitad de los días
- 6.- (17-21 días)
- 7.- (22-28 días) comparo cada día o casi cada día

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Anexo 2

Consentimiento Informado:

Yo acepto participar en la investigación sobre el Trastorno Dismórfico Corporal en poblaciones clínica y universitaria del alumno tesista de quinto año de Psicología de la Universidad del Bío-Bío, Nicolás Donoso Bustos (16.767.717-7) . Acepto seguir las instrucciones del procedimiento que tiene sólo fines académicos. También autorizo el uso de la información reunida para dichos fines, quedando en la más estricta confidencialidad.

Además, me considero en conocimiento de mis derechos, los cuales son:

- Hacer las preguntas que sean necesarias y obtener respuestas satisfactorias
- La participación es absolutamente voluntaria
- Es posible abandonar la entrevista cuando se desee y sin tener que dar explicaciones

.....

.....

Fecha

Firma
