



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

"Impacto de los medios de comunicación en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal"

Tesis para obtener el grado de especialista en: **Psiquiatría**

Presenta:

ERICKA GABRIELA OROZCO SAUL

Tutora Teórica

Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza

Tutora Metodológica

Dra. Marcela Valdés Tovar

Ciudad de México, junio de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

“Impacto de los medios de comunicación en pacientes con Trastorno Dismórfico Corporal”

Tesis para obtener el grado de especialista en: **Psiquiatría**

Presenta:

ERICKA GABRIELA OROZCO SAUL

Tutora Teórica

Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza

Tutora Metodológica

Dra. Marcela Valdés Tovar

Ciudad de México, Junio de 2019

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por ser mi hogar profesional y darme la oportunidad de convertirme en Médico Psiquiatra.

A mis tutoras: La Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza y la Dra. Marcela Valdés Tovar, investigadoras ejemplares quienes con su experiencia y vasto conocimiento me brindaron su constante apoyo para la realización y culminación de este trabajo.

A Jesús Argueta por su importante ayuda para la consolidación estadística del proyecto.

A Víctor Manuel por todo su amor incondicional.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES

2. MARCO TEÓRICO

I.	Definición de Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).....	8
	a. Antecedentes históricos.....	8
	b. Evolución de la clasificación del TDC y criterios diagnósticos actuales.....	10
	c. Aspectos clínicos relevantes.....	13
	d. Prevalencia.....	14
	e. Origen del TDC.....	15
II.	Imagen Corporal.....	18
	a. Definición y evolución del constructo de imagen corporal...	18
	b. Imagen corporal en la cultura latina.....	19
	c. Imagen corporal en el TDC.....	20
	d. Relación entre emociones y TDC	20
III.	Perfil actual de los medios de comunicación en México.....	21
	a. Teorías de la influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal.....	22
	b. Usuarios y consumo de medios de comunicación.....	24

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 27

4. JUSTIFICACIÓN..... 27

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... 28

6. OBJETIVO GENERAL..... 28

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 28

8. HIPÓTESIS GENERAL..... 29

9. MÉTODO

<i>I.</i>	Diseño del estudio.....	29
<i>II.</i>	Selección y tamaño de muestra.....	29
<i>III.</i>	Criterios de selección.....	30
	<i>a.</i> Criterios de inclusión.....	30
	<i>b.</i> Criterios de exclusión.....	30
	<i>c.</i> Criterios de eliminación.....	30
<i>IV.</i>	Medición de las principales variables del estudio.....	31
<i>V.</i>	Procedimiento de evaluación.....	32
<i>VI.</i>	Instrumentos de evaluación.....	33
<i>VII.</i>	Análisis estadístico.....	34
<i>VIII.</i>	Consideraciones éticas.....	34
<i>IX.</i>	Organización.....	34

10. RESULTADOS

<i>a.</i>	Características sociodemográficas.....	36
<i>b.</i>	Características clínicas.....	42
<i>c.</i>	Resultados en la Encuesta IFT.....	47
<i>d.</i>	Resultados en el Cuestionario SATAQ-3.....	53
<i>e.</i>	Resultados descriptivos en la Encuesta Modificada de Impacto de Medios de Comunicación en la Imagen corporal.....	55

11.	DISCUSIÓN.....	60
-----	----------------	----

12.	CONCLUSIONES.....	66
-----	-------------------	----

13.	BIBLIOGRAFÍA.....	67
-----	-------------------	----

14. ANEXOS

<i>a.</i>	Información general de participantes con TDC.....	71
<i>b.</i>	Información general de participantes control.....	72
<i>c.</i>	Cuestionarios y encuestas.....	73
<i>d.</i>	Comité de ética	88

1. ANTECEDENTES

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un trastorno psiquiátrico crónico caracterizado por preocupaciones excesivas por defectos leves o inexistentes en la apariencia física, que provocan que quienes lo sufren se perciban como feos, desagradables, deformes o anormales, y causan comportamientos de evitar ser vistos en público, realizar camuflajes con ropa, maquillajes o accesorios, y finalmente sentir sufrimiento y vergüenza. El TDC involucra las esferas personales, familiares, sociales y laborales, lo que afecta su calidad de vida de manera importante (APA 2013, Philips, 2005).

La prevalencia estimada del TDC abarca cerca del 2.5% para las mujeres y 2.2% para los hombres, lo que supera la prevalencia de otros padecimientos psiquiátricos comunes. Personas con TDC suelen asistir primero a especialistas relacionados con aspectos estéticos, como dermatólogos o cirujanos plásticos, quienes con frecuencia no tienen la capacidad de realizar el diagnóstico de TDC, o bien por falta de ética profesional realizan diversas cirugías innecesarias y con las cuales el paciente quedará inconforme. La prevalencia en los servicios de dermatología va del 9% al 15%; en promedio 10% de la consulta de cirugía oral o maxilofacial y 7% en los consultorios de cirugía estética (Koblenzer, 2017; Vilela, 2017). La etiología del TDC involucra múltiples factores de los dominios neurobiológicos y psicosociales que actualmente continúan bajo investigación. Se establece la teoría de la interacción ambiental que detona el trastorno en una persona con predisposición biológica.

Los trabajos que evalúan factores ambientales destacan los factores socioculturales. Cerca del 60% de los pacientes estudiados muestran preocupación por la imagen y apariencia, y gran atención en el énfasis impuesto hacia los ideales de belleza y perfección empleados por los distintos medios de comunicación a los cuales los pacientes con TDC muestran un comportamiento de alerta incrementado. Estos ideales de belleza se apegan

a normas culturales, que a través dichos medios de comunicación establecen los estereotipos considerados como necesarios para obtener aprobación y satisfacción social.

El ideal de belleza predominantemente norteamericano en la época actual, fomenta atributos físicos para géneros dicotómicos, donde la delgadez es un requerimiento para la belleza femenina y el desarrollo muscular como la esencia del físico masculino (Cash,2011; Kilbourne, 1990).

Los medios de comunicación ofrecen una forma de exposición directa a los ideales de belleza, y abarcan fórmulas mercadológicas y de consumo dirigido al público. En relación con la imagen corporal en el TDC, la forma en cómo los medios de comunicación ejercen efecto en relación con los síntomas no ha sido suficientemente estudiada. Autores como Cash proponen la contribución y exacerbación de la sintomatología en el TDC tras la exposición de imágenes que resaltan los atributos e ideales de belleza, lo que sugiere un "ambiente negativo", donde el sujeto con TDC se coloca en una situación comparativa con personas valoradas socialmente como atractivas, semejante a lo que ocurre en los trastornos alimentarios (Cash 2011).

2. MARCO TEÓRICO

"I have lived in my body for years and still need maps and lights to find my way to how I feel"

- Michelle K. *Body of Maps*.

I. Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).

El trastorno dismórfico corporal es comprendido como la preocupación por defectos leves o inexistentes en la apariencia física, que provoca que los pacientes que cursan con este trastorno se perciban como personas desagradables, deformes o anormales, y que causa comportamientos repetitivos y displacenteros que conllevan sufrimiento y vergüenza. El TDC involucra las esferas personales, familiares, sociales y laborales, lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes de manera importante (APA 2014, Philips, 2005).

a. Antecedentes históricos.

El trastorno dismórfico corporal (TDC) ha evolucionado acorde a los aportes arrojados por la ciencia y la psiquiatría a lo largo del tiempo. Inicialmente, esta entidad psicopatológica era identificada como dismorfofobia. Etimológicamente, este término surge de la palabra griega antigua *dismorfia* (*sin forma*) y *fobos* (*Φοβος*- *miedo, odio*) que hacen alusión al rechazo o miedo intenso a ser deforme o estéticamente feo.

La palabra *dismorfia* primeramente fue empleada por el historiador Heródoto de Halicarnaso en el siglo V para denominar el mito de la mujer con el rostro más feo de Esparta (Philips,2005). Fue hasta el año 1886 cuando el psiquiatra italiano Enrico Morselli, describió un cuadro clínico consistente en la insatisfacción persistente respecto del propio cuerpo, sintiéndose el sujeto como poco atractivo o monstruoso en alguno de sus rasgos, con la conciencia de la idea fija de la propia enfermedad como forma

rudimentaria de paranoia, a lo que designó el nombre de dismorfofobia. Por otra parte, en el trabajo publicado por los médicos Berrios y Kan donde analizaron 178 casos de dismorfofobia, debaten respecto de la incorporación del término y la construcción del concepto empleado por Morselli (Navarro, 2015), y hacen énfasis en la identificación de la psicopatología con el componente obsesivo.

El término dismorfofobia fue adoptado por otros autores para designar la preocupación obsesiva de ser o de volverse feo, ya que se encuentra acuñado en los estudios realizados por Régis y Pitres en 1902 y Janet en 1903 (Vassilis, 2016; Ferreri 1990). Un personaje célebre del campo de la mente como lo fue S. Freud, documenta de manera indirecta pero minuciosa algunos de los aspectos importantes de la dismorfofobia en el caso del paciente Sergei Pankejeff, llamado "el hombre de los lobos" cuyos aspectos resaltan la neurosis obsesiva de contenido religioso así como la preocupación constante por mirar su nariz en el espejo de bolsillo. (Philips, 2005; Navarro, 2015). Otro médico e investigador de importante relevancia como E. Kraepelin, hizo uso del término para incorporarlo en su Tratado, relacionándolo con el temor obsesivo o convicción delirante de exhalar olores desagradables que molestan al entorno, lo que se denomina *autodisomofobia* (Vassilis, 2016).

Existen otras descripciones de esta entidad como las llevadas a cabo por William Stekel en 1949, donde señala un grupo de pacientes que compartían la preocupación constante por aspectos de zonas específicas corporales como la nariz, los ojos o los genitales, y que describen la experiencia como pensamientos tormentosos (Philips, 2005).

b. Evolución de la clasificación del TDC y criterios diagnósticos actuales.

A pesar de contar con numerosos casos descriptivos y trabajos clínicos que reconocen la presencia de esta psicopatología, fue considerada como trastorno mental hasta 1987, al ser incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su tercera edición como "Trastorno Somatoformo Atípico", y posteriormente con la edición del DSM III-R fue subdividida como "Trastorno Dismórfico Corporal" y "Trastorno Alucinatorio de Subtipo Somático". En la cuarta versión revisada de este manual (DSM-IV-R; 2002), el TDC se incluía dentro de los trastornos somatomorfos en conjunto con otros padecimientos psiquiátricos tales como los trastornos de conversión y los trastornos de somatización e hipocondría (APA, 2002; APA, 2014).

En el DSM IV-R, el TDC se caracterizaba por dos aspectos fundamentales: Primero por la preocupación por defectos imaginados o bien la preocupación excesiva por anomalías físicas que, si bien son existentes, no coinciden con la valoración que el paciente hace de las mismas. Los pacientes presentan un malestar intrusivo que incide directamente en la realización de las actividades cotidianas, ya que pueden adoptar conductas evitativas o de camuflaje ante el contacto social, además de comportamientos ritualizados. En segundo lugar, el deterioro social, laboral y afectivo que dicho malestar provoca. Finalmente, esta preocupación por el defecto imaginado no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. En caso de cursar con ideas delirantes, se contemplaba una variante psicótica dentro del rubro de los Trastornos Delirantes Somáticos (APA, 2014).

Es hasta la publicación de la quinta edición del DSM en el 2013, que el TDC cambia de categoría, y actualmente se encuentra dentro del apartado que

corresponde al Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos Relacionados, esto debido a las similitudes clínicas y etiológicas que comparte, ya que los individuos con este trastorno presentan preocupaciones intrusivas, no deseadas, que consumen mucho tiempo (en promedio de 3 hasta 8 horas por día), y generalmente difícil de resistir o controlar. Aunado a lo anterior se presentan comportamientos repetitivos, excesivos, o actos mentales como respuesta a la preocupación, que pueden a su vez aumentar la ansiedad y el malestar. Esto debe causar una angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento. Se han agregado además los especificadores de dismorfia muscular, entendida como la preocupación sobre la estructura corporal como demasiado pequeña o poco musculosa; así como la introspección de la enfermedad sobre las creencias "estar feo" o "estar deforme" (*good insight, poor insight, absent insight/delusional beliefs*).

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en su décima versión (CIE-10), ubica aún esta entidad en los Trastornos Somatomorfos / Trastorno hipocondríaco, cuya manifestación es la presentación repetida de síntomas físicos junto a la solicitud de atención médica a pesar de la confirmación negativa por parte del profesional de la salud de que los síntomas carecen de una base orgánica. Las sensaciones y aspectos habituales son interpretados como anormales y perturbadores, dirigiendo la atención hacia uno o dos sistemas corporales. Esto excluye la dismorfofobia delirante y las ideas delirantes fijas sobre funciones y forma corporales.

Los criterios actuales de diagnóstico propuestos por ambas clasificaciones se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Criterios Diagnósticos del TDC	
DSM 5 (American Psychiatric Association)	CIE 10, Organización Mundial de la Salud.
<p>A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p>	<p>A. Deben estar presentes alguno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creencia persistente, de al menos seis meses de duración de tener un número de al menos dos enfermedades físicas graves. 2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración. <p>B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, conduce al paciente a buscar tratamientos médicos y/o pruebas diagnósticas.</p> <p>C. Rechazo continuo de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o la deformidad física.</p> <p>D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado, o algún trastorno del humor.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2017

c. Aspectos clínicos relevantes.

En el trabajo realizado por Katharine Philips, se enlistan las diez áreas corporales de mayor fuente de preocupación, sin embargo, los pacientes que cursan con TDC suelen referir más de un objeto o área corporal, siendo en promedio cinco zonas, mientras que aproximadamente el 30% de los pacientes se preocupan por una única zona corporal y cerca del 40% de los pacientes añaden diversas áreas de preocupación a lo largo del tiempo. Sólo un 30% de los pacientes han descrito un patrón de preocupación que emerge y desaparece en distintas zonas corporales. Se muestra un listado del porcentaje de áreas corporales de mayor preocupación en el TDC:

Tabla 2: Porcentaje de áreas corporales en TDC	
Área Corporal	<i>Porcentaje de pacientes</i>
Piel	73%
Cabello	56%
Peso	55%
Nariz	37%
Dedos del pie	36%
Abdomen	22%
Senos/pecho/pezones	21%
Ojos	20%
Muslos	20%
Dientes	20%

Adaptado de: Philips, K. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*, 2005.

Prácticamente todas las personas que cursan con TDC realizan actos repetitivos que apuntan a verificar, esconder, obtener seguridad o corregir el defecto percibido. Los comportamientos más comunes son:

- La verificación excesiva a través de superficies reflejantes o el empleo constante de espejos.
- Aseo o arreglo personal
- Búsqueda de seguridad comparando las partes corporales con otros.
- Camuflaje de la deformidad percibida con artículos personales como sombreros, maquillaje, posición corporal o empleo de ropa. Aunque este comportamiento puede ser conceptualizado como un acto de evitación también puede ser repetitivo (como ejemplo, la frecuente re-aplicación de maquillaje).

Aunque el objetivo principal de tales comportamientos es la disminución de la ansiedad provocada por las preocupaciones del defecto percibido y la apariencia, estos comportamientos a su vez pueden aumentar la ansiedad. En cuanto a la interferencia del funcionamiento en pacientes quienes cursan con TDC, se estima que en más del 90% de los casos existen repercusiones en la interacción familiar y social, provocando la evitación del contacto interpersonal con impacto negativo en la funcionalidad laboral y escolar (Philips, 2005).

d. Prevalencia.

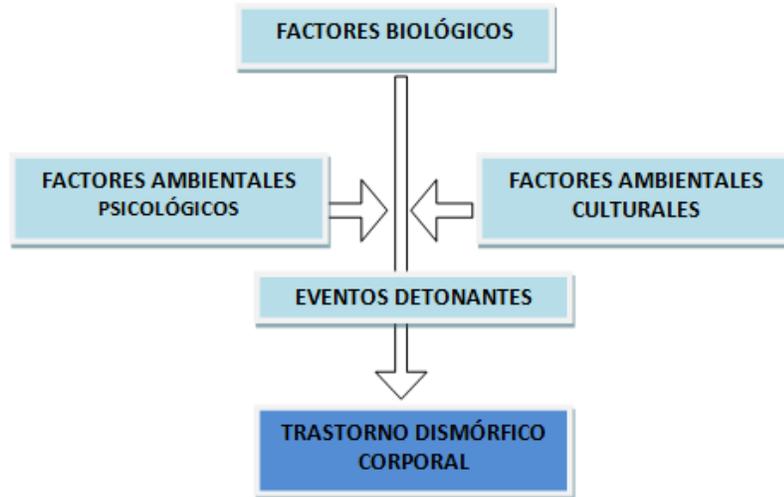
En la Encuesta Nacional de Prevalencia realizada en Estados Unidos en el año 2004 a través de 2,513 participantes, se encontró que la prevalencia estimada del TDC entre los encuestados fue del 2,5% para las mujeres y 2,2% para los hombres, superando la prevalencia de otros padecimientos psiquiátricos como esquizofrenia, trastorno bipolar tipo I y trastorno de ansiedad generalizada. En este estudio, la prevalencia del TDC disminuyó después de los 44 años de edad. De los participantes que cumplían criterios

acordes al DSM-IV para el TDC, el 90% cumplía con el criterio de malestar clínicamente significativo, mientras que el 51% de los entrevistados cumplían con el criterio de interferencia respecto de su funcionamiento (Koran, 2008). El TDC puede ser diagnosticado dentro del campo de otras especialidades médicas, puesto que su prevalencia en pacientes usuarios de los servicios de dermatología abarca del 9% hasta el 15%; hay una prevalencia aproximada del 10% en los pacientes usuarios de cirugía oral o maxilofacial y una prevalencia entre 7% -8% entre los pacientes de los servicios de cirugía estética en los Estados Unidos, con un incremento hasta del 16% acorde a cifras internacionales (Koblenzer, 2017; Vilela, 2017).

e. Origen del trastorno dismórfico corporal.

La causalidad del TDC obedece a múltiples factores de los dominios neurobiológicos y psicosociales que en conjunto juegan un importante rol que actualmente continúa bajo investigación. Se establece la teoría de la interacción ambiental que detona el trastorno en una persona con predisposición biológica (Philips, 2005), como se muestra a continuación en el siguiente esquema:

Esquema 1. Propuesta etiológica del TDC.



Adaptado de: Philips, K. *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*, 2005.

Partiendo de los factores biológicos, aún se cuenta con escaso conocimiento respecto de la fisiopatología o la neurobiología del TDC. (Rosell, 2000; Jeffrey-Sewell 2017; Li, 2013; Feusner, 2009). Por una parte, estudios preliminares señalan las alteraciones perceptuales en relación con la disfunción del sistema límbico y fronto estriatal (Li, 2013), corteza visual, (Rosell, 2000) y anomalías volumétricas que incluyen el giro frontal inferior y la amígdala para el procesamiento del reconocimiento facial (Feusner, 2009). En el mayor estudio de análisis realizado con técnicas en neuroimagen de alta resolución en pacientes con TDC, se encontraron cambios significativos en relación con la disminución de materia gris a nivel de corteza temporal superior izquierda y un aumento de volumen en el núcleo caudado derecho en aquellos sujetos con exacerbación de síntomas ansiosos, sin que otras estructuras resultaran involucradas en asociación con este padecimiento (Madsen, 2015).

Respecto de la disfunción cognitiva presentada en el TDC, se cuenta con escasos estudios que señalan un bajo desempeño de estos pacientes en

relación con la flexibilidad cognitiva, impulsividad, recompensa y procesamiento afectivo en comparación con sujetos control al momento de ser evaluados con instrumentos neurocognitivos computarizados (Jeffrey-Sewell, 2017).

Por otra parte, cerca del 6% de los pacientes con TDC tienen un familiar de primer grado con el mismo trastorno, un rango de 3 hasta 8 veces mayor que la población en general, lo que sugiere la participación genética en la etiología del trastorno. Al respecto, se ha identificado en la población con TDC el alelo corto de la región promotora del transportador de serotonina, en comparación con sujetos sanos (Philips, 2005). En términos de genes específicos, únicamente se cuenta con un estudio preliminar en el que se encontró asociación entre el alelo GABA (A)-gamma-2 1(A) y la comorbilidad de TDC-TOC (Li, 2013).

En relación con los factores ambientales psicológicos, desde los trabajos relevantes que citan la teoría psicodinámica de Freud, se señalan los componentes iniciales psicológicos del TDC. Posteriormente se ha propuesto el temperamento con características de timidez, personalidad anancástica, eventos detonantes como experiencias traumáticas o rechazo como factores psicológicos que detonan el TDC en comparación con la población promedio (Philips, 2005). En el mismo trabajo elaborado por Philips, entre los factores ambientales destacan los factores socioculturales. Cerca del 60% de los pacientes muestran preocupación en torno a la postura social de la imagen y apariencia, así como el énfasis impuesto hacia los ideales de belleza y perfección empleados por los distintos medios de comunicación a los cuales los pacientes con TDC se muestran con un comportamiento de alerta incrementado en este aspecto.

II. Imagen Corporal

La imagen corporal es un constructo teórico complejo y ampliamente utilizado en diversas disciplinas tales como la sociología, la filosofía, la neurología, la psicología y la mercadotecnia, considerado crucial para explicar la auto percepción de la apariencia y del cuerpo, siendo un componente importante del auto concepto.

a. Definición y evolución del constructo imagen corporal

Las primeras alusiones a la imagen corporal tienen lugar a principios del siglo XX, siendo el psicoanálisis y la neurología los campos con mayor aportación a su construcción. Pick en 1922 desarrolló el concepto de "imagen espacial del cuerpo", que define como la representación corporal a partir de la información sensorial que los sujetos recaban. Por otra parte, Head planteó el término "esquema corporal", para señalar que cada individuo construye un modelo personal de sí mismo, constituyendo un estándar comparativo entre sus partes. Schilder en 1935, propuso una definición del término como aquella figura del propio cuerpo que se conforma mentalmente y la manera en cómo esto es representado.

En la década de los 90s, diversos autores amplían el término de imagen corporal, y abarcan conceptos fisiológicos, sociológicos y multidimensionales. Pruzinsky y Cash establecen un concepto multifacético de tres imágenes corporales interrelacionadas entre sí. La imagen perceptual, que involucra información sobre tamaño, forma y aspecto de las partes corporales integradas como un todo; la imagen cognitiva, que incluye los pensamientos y creencias en torno al cuerpo y finalmente, la imagen emocional, que contiene los sentimientos en cuanto a la experiencia y figura que proporciona el propio cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990). Esto apunta a que la imagen corporal se encuentra en un estado dinámico, variando a lo largo de la vida en función de la experiencia

subjetiva, siendo socialmente determinada por las influencias que proporcionan información dentro de un contexto específico. Para autores como Slade, la representación mental de la imagen corporal sufre modificaciones de acuerdo con factores biológicos, culturales e históricos que pueden variar con el tiempo (Slade, 1994). Por otra parte, el trabajo realizado por Thompson añade al término imagen corporal además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, el componente conductual que hace referencia a los comportamientos que provocan la percepción y los sentimientos sobre el propio cuerpo (Thompson, 1990). Más adelante, se propone una definición de imagen corporal que integra diversos elementos, como un constructo complejo que incluye la percepción del cuerpo y sus partes, así como de su movimiento y límites, la experiencia subjetiva de las actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, así como el modo de comportamiento derivado de las cogniciones experimentadas (Raich, 2000).

b. Imagen corporal en la cultura latina

Las dimensiones que adquiere el constructo de imagen corporal se acotan a los contextos culturales donde se expresa el sujeto y su corporalidad. Lo anterior obedece a normas impuestas y desarrolladas por las tendencias sociales que determinan las características consideradas como ideales de belleza, aquellas necesarias para obtener aprobación, integración y satisfacción dentro de un grupo interpersonal determinado. El ideal de belleza predominantemente norteamericano en la época actual, fomenta atributos físicos para géneros dicotómicos, donde la delgadez es un requerimiento para la belleza femenina y el desarrollo muscular como la esencia del físico masculino (Cash, 2011; Kilbourne, 1990). En el trabajo realizado por Cash y Smolak en relación con la imagen corporal en diversos grupos étnicos, se encontró que en las comunidades latinas el valor del ideal

reside en un cuerpo curvilíneo y esbelto, aunque en una muestra de mujeres de mediana edad, por ejemplo, se señaló que las mujeres latinas experimentan las mismas preocupaciones sobre la imagen corporal que las mujeres caucásicas. Adolescentes latinas frecuentemente describieron un tipo de cuerpo ideal que es comparable con lo establecido por las normas estadounidenses (Cita de Cash y Smolak).

c. Imagen corporal en el trastorno dismórfico corporal

El abordaje del estudio de la imagen corporal en el TDC ha cobrado relevancia en épocas recientes a pesar de contar con una larga trayectoria de su registro histórico. Poco se sabe sobre la alteración de la imagen corporal en el TDC, a pesar de ser una característica central del trastorno. En un estudio realizado por Phillips, en grupos comparativos de pacientes con trastornos alimentarios y pacientes con TDC, se encontraron alteraciones significativas en la mayoría de las dimensiones de la imagen corporal en comparación con los controles clínicos. Tanto el TDC como los grupos de trastornos alimentarios tenían una insatisfacción corporal grave, sin embargo, los participantes con TDC reportaron mayor deterioro que el grupo con trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo una mayor inversión en el tiempo dedicado a la apariencia y un efecto más nocivo de la imagen corporal sobre la calidad de vida (Cash y Smolak, 2011).

d. Relación entre emociones y trastorno dismórfico corporal

En la manera como las personas se perciben a sí mismas, el nivel de autoestima y la imagen corporal, un elemento considerado importante es el contacto físico durante el crecimiento y desarrollo infantil. El amor y el cuidado de los padres o cuidadores primarios se transmite al recién nacido y a los niños principalmente por contacto, generando con esto una imagen corporal realista, así como una adecuada autoestima, esto es en relación al

desarrollo de sentimientos positivos apropiados sobre la estructura y función del auto concepto. Se postula que aquellas personas que durante su infancia experimentaron emociones negativas como miedo, tristeza por cuestiones de abuso o negligencia, así como de la privación de un contacto amoroso, se encuentran con mayor riesgo de desarrollar ansiedad severa, depresión, aversión hacia sí mismos y sentimientos de vergüenza. Estos sujetos a su vez pueden presentar TDC. En un estudio, más del 75% de los pacientes con este trastorno reportaron recuerdos de maltrato infantil, particularmente emocional, negligencia y descuido, aunque también se informaron abusos físicos y sexuales (Cambridge, 2001; Brooke y Mussap 2012; Didie y Tortolani, 2006).

III. Perfil actual de los medios de comunicación en México

A lo largo del tiempo en la historia de la humanidad, la forma de comunicación entre individuos y sociedades ocupa un lugar cada vez más importante para el desarrollo de conocimiento. Con el avance de la tecnología, resulta fácil emplear dispositivos electrónicos que permiten abarcar poblaciones cada vez mayores para recibir y compartir información. Los medios de comunicación masiva permiten que un solo emisor de mensajes pueda comunicarse con múltiples receptores en una misma secuencia temporal, teniendo así una gran audiencia. Estos medios, tales como la televisión, la radio, los medios impresos, etc., son empleados para informar, entretener y generar a su vez publicidad, lo que permite la mayor cobertura de grupos poblacionales en un tiempo reducido y acorta las distancias geográficas (Islas, 2015).

Una de las formas básicas de clasificar a los medios de comunicación con relación al empleo de objetos o instrumentos fue propuesto por Harry Pross en 1972. En esta clasificación describe a los medios primarios como aquellos que se encuentran ligados al cuerpo, tales como el habla o las manos,

donde no se emplea tecnología intermediaria. Los medios secundarios requieren el empleo de algún tipo de instrumento o técnica para emitir el contenido del mensaje, sin que el receptor requiera de la tecnología para descifrar el mensaje, por ejemplo los periódicos, revistas y espectaculares. Los medios terciarios requieren del uso de tecnología tanto por parte del emisor como del receptor, por ejemplo la televisión y la radio. Manfred Fabler en 1997 acuñó una nueva categoría a la clasificación: los medios cuaternarios o digitales, ya que éstos permiten la comunicación bilateral y masiva simultáneamente, con una alta calidad de emisión y recepción de mensajes. Ejemplo de lo anterior es el empleo de internet y telefonía celular inteligente (Velásquez, 2011).

a. Teorías de la influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal

La publicidad y los mensajes que conlleva a través de los medios de comunicación conforman un ambiente en donde se sumerge la vida cotidiana. Con las aportaciones de la mercadotecnia, es posible percibir los mensajes publicitarios en los medios tradicionales como los medios masivos, lo que permite generar la experiencia de encontrarse sumergido en una cultura que no conoce límites en cuanto a la forma de comercializar productos. Una forma exitosa de acercar las ventas a la población es a través de artistas y personalidades distinguidas que aportan un status y un ideal relacionado con un objetivo en concreto, y promueven la idea de poder transformar la rutina y las circunstancias de manera trascendental con sólo adquirir el producto promocionado. Las agencias publicitarias y los mercadólogos han desarrollado numerosas estrategias de consumo que incluyen la explotación de los ideales de belleza, las inseguridades y los deseos de la gente. En el estudio realizado por Kilbourne en 1999, se señalan los roles de género en cuanto a la manera de proyectar la imagen corporal

en los medios publicitarios, que crean un clima en el que sólo ciertos valores y actitudes florecen, tales como la cosificación de la mujer como objeto de pertenencia masculina, violencia sexual en donde los verdaderos hombres siempre son agresivos, mientras las mujeres únicamente cuentan con una participación pasiva. A lo anterior se añaden las figuras físicas de apariencia predominantemente caucásica, tendencia marcada por el vecino país del norte.

Estos modelos socioculturales que marcan tendencias en las poblaciones de consumo se pueden explicar a través de varias teorías. La teoría de la comparación social postula la forma en cómo los ideales de belleza incrementan la insatisfacción corporal a través de la creación de la identidad personal al hacer comparaciones entre sujetos que poseen atributos considerados como valiosos. Esta teoría supone que hay diferencias individuales en la tendencia de compararse con los demás, ya que puede haber un proceso de elección de objetivos considerados o sucumbir con mayor vulnerabilidad a la presión social, como aquellos con alteraciones en el auto concepto o estima corporal. Por otra parte, la teoría de la discrepancia del yo ideal establece que los individuos hacen comparaciones entre su propia corporalidad y otra fuente, sin embargo a diferencia de la teoría de la comparación social, este modelo propone que un sujeto se compara con un ideal que se ha formulado en su propia mente. Por lo tanto, los individuos comparan su ser real con un yo idealizado que puede ser un compuesto de atributos valorados de diversas fuentes. La discrepancia e insatisfacción de la imagen corporal surge del distanciamiento entre el concepto del yo ideal del sujeto con relación a su propio modelo del yo real (Wykes, 2005).

Se han realizado numerosos estudios que señalan la influencia de los medios de comunicación y la publicidad de venta de productos en torno a la

percepción de la apariencia corporal de las audiencias, con especial repercusión en los hábitos dietéticos y de cuidado personal. Muchas de estas investigaciones se centran en el impacto sobre las mujeres y se han reportado cambios en la percepción y satisfacción corporal en comparación con modelos de medios más atractivos (Kilbourne, 1990; Wykes, 2005; Furnham, 2002).

b. Usuarios y consumo de medios de comunicación

Uso de Internet

En términos de usuarios de internet el reporte del INEGI 2012, determinó que en México existen alrededor de 49,458,088 usuarios de computadoras, sin embargo, sólo 11,146,494 de éstos se encuentran en los hogares y sólo 9.5 millones de hogares (30.7% del total) contaban con conexión a internet.

Los principales sitios de acceso a Internet fueron el hogar (58.9%), sitios públicos (33%) y el trabajo (22.7%). Los usuarios de internet fueron 50% mujeres y 50% hombres, con una distribución por escolaridad de: primaria 20.2%, secundaria 24.5%, preparatoria 28.6%, licenciatura 23.0% y posgrado 2.1%. La distribución por edad de los usuarios de internet fue: 6 a 11 años: 11.7%, 12 a 17: 23.6%, 18 a 24: 20.9%, 25 a 34: 18.1%, 35 a 44: 13.2%, 45 a 54: 8.1%, mayores de 54: 4.3%. El 23.6% del total, contaban con edades entre 12 y 17 años y entre 18 y 24 años representan el 20.9%. El principal uso del internet reportado fue "obtener información": 64.3 %, "para comunicarse": 42.1%, "entretenimiento": 36.2%, "apoyar la educación y la capacitación": 35.1% y "acceder a redes sociales": 34.5%.

El décimo estudio sobre hábitos de los usuarios de internet en México realizado en el año 2014, por parte de la Asociación Mexicana de la Industria Publicitaria y Comercial en Internet (AMIPCI) reportó que el tiempo diario de conexión a internet fue aproximadamente de 5 horas en usuarios entre 12 y

17 años. El hogar fue el principal lugar de conexión (71%), seguido del trabajo (46%), y la escuela (34%). Con respecto a los dispositivos, las computadoras personales o portátiles representaron el 59%, las computadoras de escritorio 57%, los teléfonos llamados inteligentes 49%, teléfonos móviles 27%, y tabletas electrónicas 20%.

El 26% de la población consume contenidos audiovisuales por internet seleccionando YouTube (92%) como la plataforma más popular, seguida de Netflix (20%). Los videos musicales son el tipo de contenido más visto, después de las series y películas (AMIPCI,2013).

Redes sociales

La principal actividad de internet en México es el uso de correo electrónico 80% y 77% redes sociales. Cerca del 50% de los jóvenes tiene un uso muy elemental de los medios digitales limitados principalmente a las redes sociales y a la comunicación interpersonal. En México 90% de los usuarios de internet usan redes sociales. La AMIPCI en su reporte elaborado en el año 2013 mostró que 34 % de los usuarios tienen más de 5 años de uso de las redes sociales, siendo las principales Facebook con 96%, Twitter con 69%, y YouTube con 65%. Los principales usuarios de las redes sociales son mujeres entre 18 a 24 años. Por otro lado, el estudio del WIP México, mostró que del total de usuarios de internet el 91% son usuarios de redes sociales y 45% de ellos, siguen alguna marca a través de las redes. En los medios digitales se observa una preferencia por leer noticias, artículos o blogs, reseñas y tutoriales (AMIPCI, 2013).

Hábitos de lectura

Los medios digitales, además de ser una herramienta muy relevante para las actividades de tipo académico, suponen una plataforma de acercamiento a la investigación y la lectura de temas de interés personal y de contenidos

noticiosos, además de que 4 de cada 10 personas que se encuentran en el ámbito de estudio, acostumbran leer libros en línea, según la Primera Encuesta Nacional sobre Consumo Digital y Lectura se señala que dos terceras partes de la población joven acostumbran leer libros impresos, siendo mayor el porcentaje en universitarios, mientras que la lectura de libros en formato digital sólo alcanza alrededor de la mitad de los jóvenes encuestados. La lectura impresa se asocia a lecturas escolares, académicas y literatura (Banamex, Ibby, UNAM, Cinco, 2015).

Radio y televisión

La Encuesta Nacional de Consumo de Contenidos Audiovisuales en Radio, Televisión e Internet 2015 mostró que el 80% de las personas en México escuchan la radio en el hogar y 14% lo escucha en automóvil o transporte público. Los contenidos de tipo musical, noticiarios y entretenimiento, son los principalmente escuchados.

El 56% de la población cuenta sólo con señal de televisión abierta, sin embargo, el 98% de los hogares posee al menos un aparato televisor, con un promedio de dos en cada hogar. Los canales de televisión abierta son vistos por el 81% de la población, seleccionando los noticiarios, telenovelas y películas como los principales contenidos. Los canales de televisión abierta también son los más vistos entre quienes cuentan con el servicio de televisión de paga. Respecto a los canales exclusivos de televisión de paga los géneros favoritos son las películas, series y deportes. Asimismo, la encuesta revela que entre quienes tienen contratado un sistema de televisión de paga, el 52% refiere que es para tener más opciones de contenidos y canales (Instituto Federal de Telecomunicaciones, 2015).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno mental que es motivo de estudio debido a la necesidad de obtener más información para dar cuenta de los factores que intervienen en su expresión e impacto en las personas que lo presentan.

Pese a que existen investigaciones previas relacionadas a los medios de comunicación y su influencia en la manifestación de fenómenos psicopatológicos que provocan disfuncionalidad, aún no se conoce qué relación tienen los medios con la gravedad y el impacto en los síntomas presentes en el trastorno dismórfico corporal.

Por lo que resulta de interés conocer los principales medios de comunicación empleados que provocan la exposición de los pacientes a contenidos relacionados a ideales de belleza para un mejor entendimiento de su papel en la historia natural del TDC.

4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente existen grandes avances en torno a la comprensión del trastorno dismórfico corporal, sin embargo, hay publicados muy pocos estudios que evalúan la posible relación entre la gravedad de la sintomatología del TDC y el grado y frecuencia de la exposición de estos participantes.

En nuestro país no hay evidencias publicadas al respecto. Por lo anterior, resulta necesario realizar estudios en torno a este problema, con el objetivo de evaluar si existe una relación entre las variables ya señaladas y si esta relación tuviera impacto en el desarrollo y mantenimiento del TDC, podría ser posible generar una estrategia adicional de tratamiento para este diagnóstico.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre el tiempo y la frecuencia de exposición a los medios sociales de comunicación con contenido enfocado a resaltar un ideal de belleza con la gravedad de los síntomas del (TDC) evaluada con la escala Y-BOCS (TDC)?

6. OBJETIVO GENERAL

Evaluar si existe una asociación entre la exposición a los medios de comunicación con contenido enfocado al ideal de belleza y la gravedad de los síntomas en participantes (TDC),

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la frecuencia, el tipo de medio de comunicación y motivación personal a la que los participantes con TDC se exponen a los medios masivos en comparación con el grupo control.
2. Evaluar el tiempo y el tipo de contenidos a los que se exponen los participantes con TDC en comparación con grupo control.
3. Evaluar las emociones asociadas a la exposición a los medios de comunicación en participantes con trastorno dismórfico corporal y los grupos control.
4. Evaluar los aspectos relacionados con la imagen corporal real, versus la imagen corporal idealizada en participantes con trastorno dismórfico corporal y los grupos control.
5. Evaluar si existe asociación entre el tiempo y propósito de exposición a los medios de comunicación, la discrepancia entre la imagen corporal real e ideal de los participantes con TDC y el grado de disfunción a través de la escala de evaluación de Y-BOCS modificado para trastorno dismórfico corporal.

8. HIPÓTESIS GENERAL

La exposición en tiempo y frecuencia que presentan los participantes con diagnóstico de TDC a los medios de comunicación con contenido enfocado al ideal de belleza se asocia con la gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal.

9. MÉTODO

I. Diseño del estudio

De acuerdo con la clasificación de Feinstein, se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, homodémico.

II. Selección y tamaño de la muestra

- La muestra clínica inicialmente se consideró de 90 participantes con diagnóstico de TDC procedentes de la Clínica de TOC y TE, así como de la Consulta Externa del INPRFM. Esta cifra se obtuvo mediante el número total de pacientes que se encuentran registrados en la Clínica de TOC y TE.

Se realizó una invitación para participar en este proyecto a través de difusión de carteles informativos colocados en estas dos zonas del instituto, así como a su ingreso a la clínica de TOC y TE desde el servicio de preconsulta.

- Debido a la frecuencia de la asistencia de los participantes a los servicios de la Clínica de TOC y TE, al finalizar el periodo de recolección de datos se obtuvo una muestra final de 30 participantes con TDC.

- La muestra del grupo control se consideró inicialmente con un total de 180 participantes sin diagnóstico de TDC, procedentes del Campus Central (Ciudad Universitaria) de la UNAM, en donde se colocaron carteles informativos en las áreas comunes y en las mamparas informativas. Se redujo el número de participantes acorde al número de muestra reunida de participantes con TDC que aceptaron participar en el estudio.

III. Criterios de Selección

- Criterios de selección de los participantes con diagnóstico de TDC:

a. Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres, de 18 a 65 años de edad.
- Participantes con el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal (TDC) y que se encontraron en tratamiento y seguimiento regular en la Clínica de TOC y TE, así como de la consulta externa del INPRFM.
- Participantes con otras comorbilidades además del TDC, como episodio depresivo mayor leve a moderado, TOC con buen *insight* y fobia social, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad.
- Aceptación libre y de manera voluntaria en el estudio tras haber leído, comprendido y firmado el consentimiento informado.
- Que supieran leer y escribir.

b. Criterios de exclusión:

- Personas menores de edad.
- Personas que presentaron otro diagnóstico comórbido diferente de los permitidos en los criterios de inclusión.
- Personas analfabetas.
- Personas que se negaron a participar en el estudio.

c. Criterios de eliminación:

- Participantes que no completaron los instrumentos de evaluación
- Participantes que retiraron el consentimiento informado.

- Criterios de selección de los participantes sin diagnóstico de TDC como grupo control:

a. Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de 18 a 65 años,
- Que no cumplieron con criterios para diagnóstico de TDC.

- Que leyeron, comprendieron y firmaron la aceptación de participar en el estudio.

b. Criterios de exclusión:

- Menores de edad.
- Participantes que durante la aplicación del instrumento de escrutinio para TDC arrojaran una puntuación sugerente del trastorno.
- Participantes analfabetas.
- Personas que se negaron a participar en el estudio.

c. Criterios de eliminación:

- Participantes que no completaron la evaluación
- Participantes que retiraron el consentimiento informado

IV. Medición de las variables

	CLASIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALAS DE MEDICIÓN
Edad	Independiente	Numérica discreta	Años
Género	Independiente	Nominal dicotómica	Hombre/mujer
Años de Escolaridad	Independiente	Numérica	
Lugar de residencia	Independiente	Dicotómica	Rural/urbano
Ocupación	Independiente	Nominal	
Nivel socioeconómico	Independiente	Nominal	
Religión	Independiente	Nominal	
Diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal	Dependiente	Numérica: Gravedad	Diagnósticos del DSM-5, Yale-Brown modificada para TDC.
Actitud hacia la apariencia en relación a los	Independiente	Numérica: Internalización Presión Información	SATAQ-3 Enc. Mod de Impacto de los MC en IC

medios de comunicación			
Exposición a medios de comunicación	Independiente	Numérica: Frecuencia por número de horas al día	Encuesta modificada del IFT
Evaluación Gravedad Síntomas TDC	Dependiente	Numérica: Gravedad	Yale-Brown modificada para TDC.

V. Procedimiento de evaluación

- A los participantes con diagnóstico de TDC que aceptaron participar en el estudio, se les realizó una entrevista informativa, firma de consentimiento informado para participar en el estudio y aplicación de instrumentos por parte de la investigadora principal en un tiempo programado de 60 minutos, dentro de las instalaciones del instituto, los días de consulta programada que les fue asignado de acuerdo con su médico tratante.
- A los participantes sin diagnóstico de TDC que aceptaron colaborar en el estudio se les realizó una entrevista informativa, firma de consentimiento informado para participar en el estudio y la aplicación de instrumentos por parte de la investigadora principal en un tiempo programado de 60 minutos, dentro de las instalaciones correspondientes.
- Se procedió a la aplicación de los instrumentos durante el periodo concerniente al cronograma de actividades propuesto.
- Se calificaron los cuestionarios de forma continua mediante el puntaje total y de forma categórica en base de datos en formato excel.

VI. Instrumentos de evaluación

Instrumentos de evaluación para participantes con TDC

- a) Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia, *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-3)*
- b) Escala de Yale-Brown modificada para TDC (Y-BOCS-TDC)
- c) Encuesta modificada del Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) sobre exposición a medios de comunicación.
- d) Encuesta modificada de impacto de los medios de comunicación en la imagen corporal.
- e) Entrevista clínica con aplicación de los criterios diagnósticos del TDC, así como revisión y consulta de expediente electrónico.

Instrumentos de evaluación para participantes sin TDC

- a) Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia, *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-3)*.
- b) Cuestionario de escrutinio TDC versión adultos.
- c) Encuesta modificada del Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) sobre exposición a medios de comunicación.
- d) Encuesta modificada de impacto de los medios de comunicación en la imagen corporal.
- e) Cuestionario de Escrutinio para TDC Versión Adultos.

VII. Análisis estadístico

El análisis de la información comprendió una descripción de la distribución porcentual del consumo de medios sociales de información cotidiana y de entretenimiento, así como su relación con las variables sociodemográficas y clínicas del TDC mediante pruebas de significación Ji Cuadrada (χ^2). Se empleó la técnica de análisis de regresión múltiple para estudiar la relación entre las variables. Los análisis y gráficos se realizaron en GraphPad Prism versión 6.01 para Windows y en R versión 3.5.2 para Windows (Bilder and Loughin, 2015; Venables and Ripley, 2002).

VIII. Consideraciones éticas

Previo al inicio de la investigación, el proyecto fue sometido a dictamen frente al Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz con el formato CEI 04/2018 debidamente requisitado. Con la aprobación se obtuvo el número de registro CONBIOETICA-09-CEI-010-20170316.

Todos los casos incluidos en este estudio tuvieron un consentimiento informado de forma verbal y por escrito aceptado por el participante, en el que se explicaban los posibles riesgos. Dicho riesgo considerado como mínimo del estudio estuvo relacionado con la respuesta que pudieron tener los participantes al responder los instrumentos clinimétricos (cuestionarios). Para los sujetos con y sin TDC, se contempló que en caso de haber presentado algún estado emocional como ansiedad, la evaluadora que fue la investigadora principal está altamente capacitada para el manejo y contención de dichos estados emocionales. En el caso extraordinario en el que el participante presentara síntomas importantes de ansiedad, se tuvo contemplado su traslado al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del

INPRFM. Vale la pena señalar que ninguno de los participantes con TDC de la muestra así como tampoco de los participantes del grupo control presentaron ningún estado emocional que haya requerido de contención o abordaje psiquiátrico durante la recolección de datos.

La información de los participantes se manejó bajo estricta confidencialidad y sólo fue accesible para la investigadora principal y las tutoras teórica y metodológica del proyecto. Cada participante contó con un código de identificación único y secreto durante el procesamiento de la información y análisis de la misma, por lo que sus datos personales no quedaron registrados durante la documentación y redacción del estudio en su fase final. Los expedientes de investigación de estos pacientes quedaron bajo resguardo en la Clínica de TOC y TE. Para las posibles publicaciones del proyecto, no se utilizaron elementos que pudieran identificar a los participantes.

IX. Organización

Recursos Humanos y Materiales

La investigadora así como las tutoras teórica y metodológica fueron los recursos humanos directamente implicados en la realización del proyecto.

La investigadora principal aplicó las escalas necesarias para la valoración de los sujetos a estudiar. Las tutoras dedicaron parte de su tiempo a las asesorías del proyecto para su adecuación e implementación.

Los recursos materiales fueron principalmente de papelería y de informática, los cuales fueron aportados por la investigadora principal del proyecto.

10. RESULTADOS

a. Características Sociodemográficas

Participaron en el estudio 30 sujetos con diagnóstico psiquiátrico de Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) que cumplieron con los criterios de inclusión. Las entrevistas y aplicación de instrumentos se llevaron a cabo durante la atención de los usuarios en los servicios de consulta externa de la Clínica de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos del Espectro Obsesivo (TOC y TEO), consulta externa general y área de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría.

De los 30 participantes con TDC incluidos, 11 (36%) fueron mujeres y 19 (64%) fueron hombres.

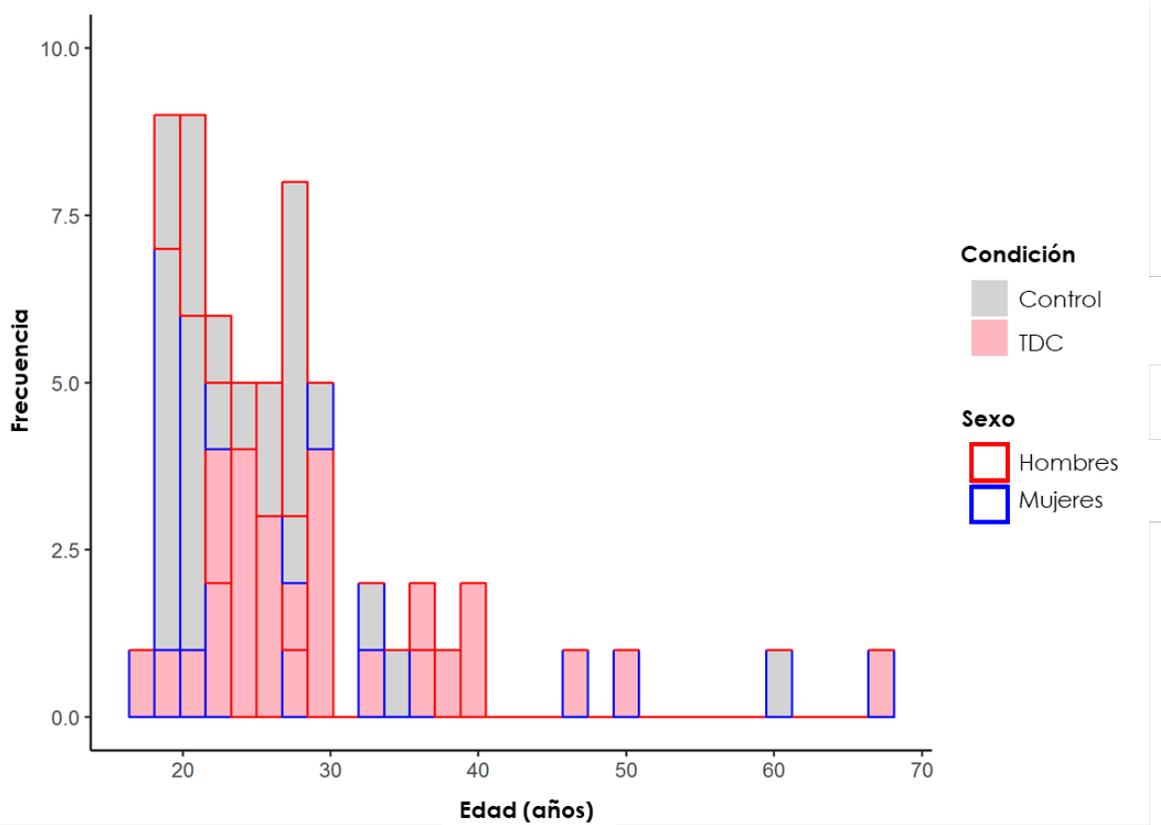
La media de edad de los participantes con TDC fue de 28.8 años para hombres y 32.9 para mujeres (rango 17-67 años).

En relación con los 32 sujetos que participaron como controles, la totalidad cumplieron con los criterios de inclusión. Del total, 18 (56%) fueron mujeres y 14 (44%) fueron hombres.

La media de edad de los participantes del grupo control fue de 24 años para hombres y 24.8 para mujeres (rango 19- 60 años).

Se muestra en la siguiente gráfica la comparación entre hombres y mujeres versus controles sin TDC:

Gráfica 1. Edades y sexo de los participantes

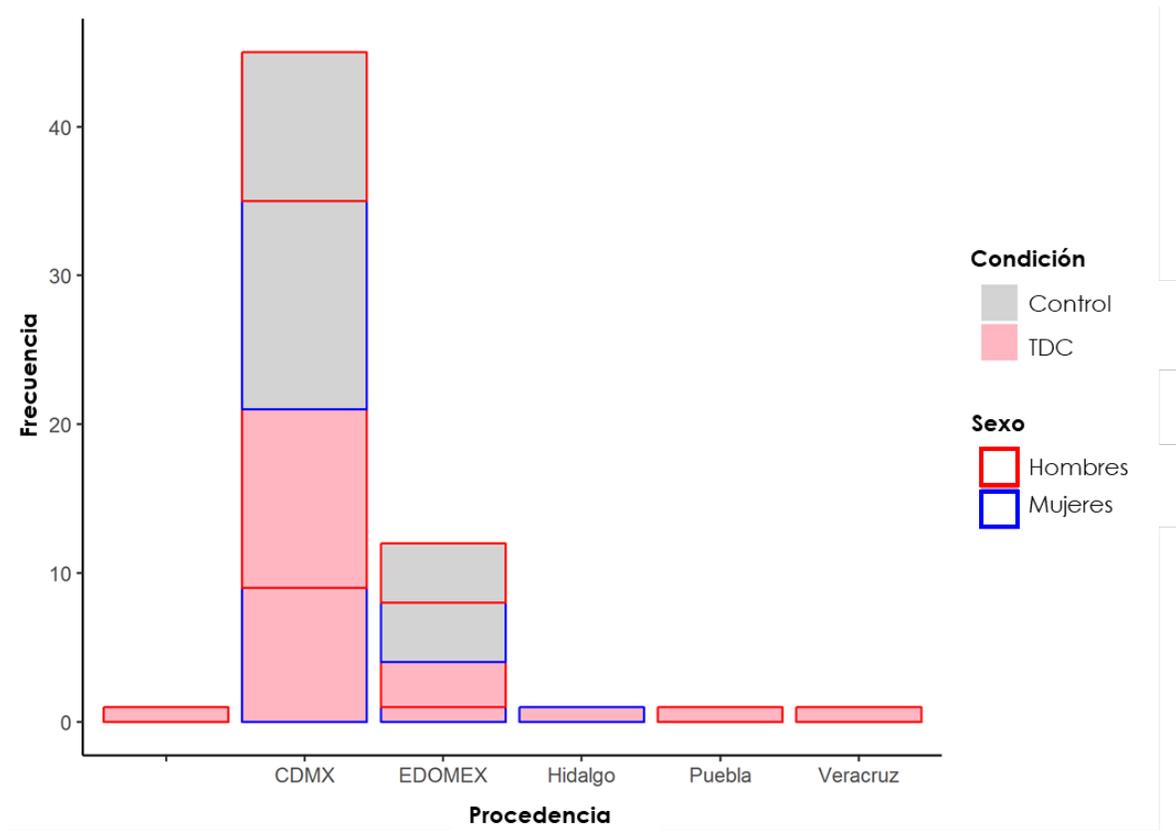


Sobre el lugar de origen, 23 participantes (76%) fueron de la Ciudad de México y área Metropolitana y 7 (24%) de diversos estados del país como Hidalgo, Puebla y Veracruz.

Sobre el lugar de origen de los participantes control, 24 participantes (75%) eran de la Ciudad de México y área Metropolitana, siete (25%) residentes del Estado de México.

Se describe en la siguiente gráfica el predominio del lugar de origen de los participantes entre hombres y mujeres versus controles sin TDC:

Gráfica 2. Lugares de origen de los participantes

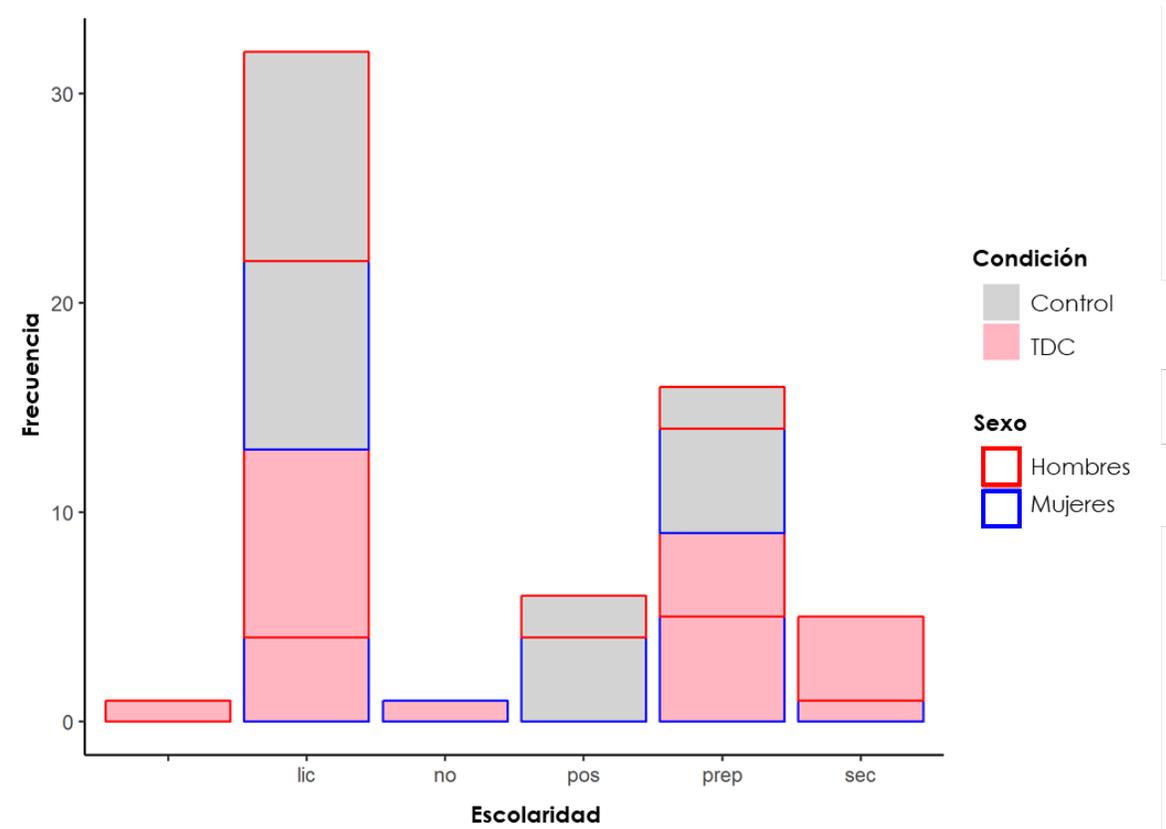


En cuanto a la escolaridad de los participantes con TDC 13 (43%) estudiaron el grado de licenciatura, 11 (37%) estudiaron preparatoria/bachillerato y 5 (17 %) estudiaron secundaria. Un participante con TDC (3%) refirió no contar con estudios de primaria completos, sin embargo, cumplió con los requisitos de lectoescritura.

En cuanto a la escolaridad de los participantes control, 19 (59%) estudiaron licenciatura, siete (22%) estudiaron la preparatoria/bachillerato y seis (19%) han cursado posgrado.

Se muestra en la siguiente gráfica la comparación entre hombres y mujeres versus controles sin TDC:

Gráfica 3. Escolaridad de los participantes

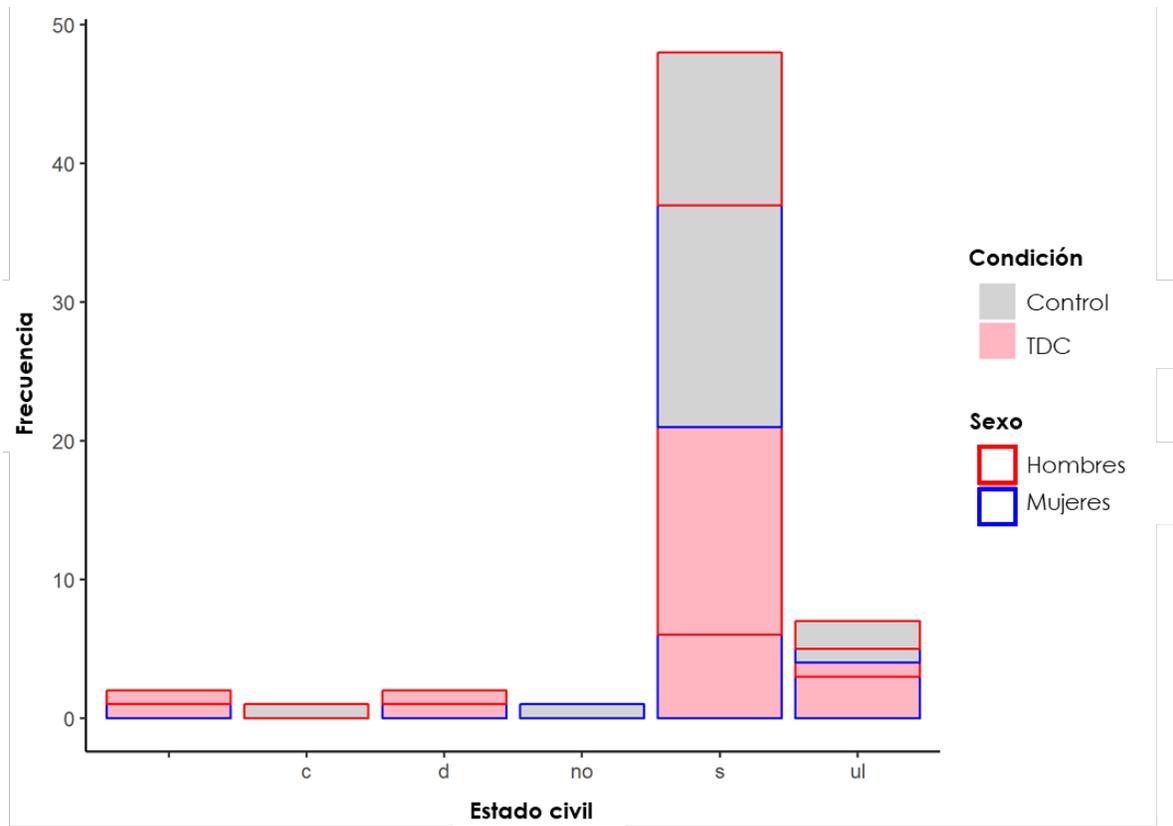


Lic: Licenciatura, No: No contestó, Pos: Posgrado, Prep: Preparatoria, Sec: Secundaria.

En relación al estado civil, 24 de los participantes (80%) fueron solteros, cuatro (13%) vivían en unión libre, dos participantes (7%) estaban divorciados. No se especificó si los participantes solteros se encontraban en alguna relación sentimental al momento del estudio, puesto que las categorías establecidas señalaban principalmente la condición de una persona según el registro civil y su situación legal. El estado civil con mayor porcentaje de los participantes control fue el de soltero en 27 sujetos (84%), tres participantes (9%) unión libre y un participante (4%) casado. Un participante no definió su estado civil.

Se muestra en la siguiente gráfica la comparación entre hombres y mujeres versus controles sin TDC:

Gráfica 4. Estado civil de los participantes



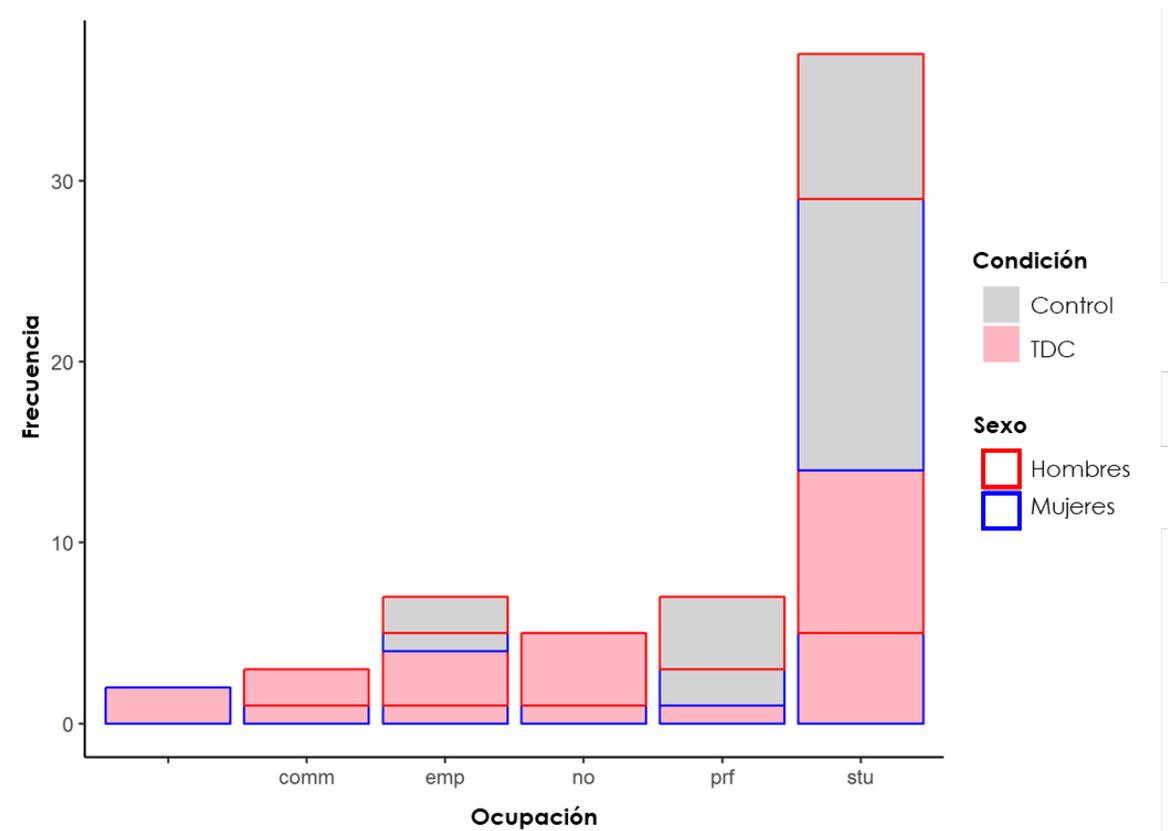
C: Casado, D: Divorciado, No: No contestó, S: Soltero, Ul: Unión Libre.

En relación con la ocupación de los participantes con TDC, 14 eran estudiantes (47%) tres eran comerciantes (10%) cinco eran empleados (17%) uno era profesionalista (3%). Siete participantes (23%) no contaban con alguna ocupación al momento de la realización del estudio. Lo anterior señala el nivel de actividad económica que permite a los participantes alguna forma de ingreso o solvencia económica.

Referente a la ocupación de los participantes control, 23 (72%) eran estudiantes, tres (9 %) eran empleados, y seis (19 %) tenían como ocupación ser profesionistas.

Se muestra en la siguiente gráfica la comparación entre hombres y mujeres versus controles sin TDC:

Gráfica 5. Ocupación de los participantes



Comm: Comerciante, Emp: Empleado, No: Sin empleo/ocupación, Prf: Profesionista, Stu: Estudiante.

Descripción de los resultados de la Encuesta de Escrutinio para TDC en los participantes controles del estudio.

En la aplicación del cuestionario de escrutinio para Trastorno Dismórfico corporal versión adultos, seis (19%) sujetos control manifestaron preocupación por la apariencia física en regiones corporales como nariz, brazos y espalda sin embargo, ante el resto de reactivos aplicados y valorados, cinco de los sujetos descartaron consecuencias disfuncionales o sufrimiento derivado de dicha preocupación.

Como hallazgo dentro del grupo control cuyos participantes resultaron con puntajes negativos para diagnóstico de TDC, una de las participantes obtuvo un puntaje significativo reportando áreas de preocupación corporal con el malestar y conductas consecuentes, sin embargo, esta participante detectada fue entrevistada por la investigadora principal, no cumplió con criterios para diagnóstico de TDC debido a que la principal inconformidad se relacionaba con el peso y con los hábitos alimentarios de la participante quien realizaba conductas alimentarias restrictivas por temor a subir de peso. Tras el hallazgo se recomendó a la participante acudir al servicio de Preconsulta del INPRFM para obtener una valoración psiquiátrica completa. A todos los participantes control se les entregó el material impreso (tríptico) con la dirección del Instituto como fuente de información y referencia.

b. Características clínicas de los participantes con TDC

La media de edad de inicio de los síntomas del Trastorno Dismórfico Corporal fue de 18.02 años para hombres y 17.08 para mujeres (rango de 9 a 42 años). En cuanto a la media de edad de diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal fue de 26.8 años para los hombres y 27.8 para las mujeres (rango de 17 a 59 años).

El área corporal de mayor preocupación para los participantes con TDC se centró en la cabeza, principalmente relacionado al cabello, y elementos del rostro, tanto en los hombres como en las mujeres. Otro aspecto considerado en algunos de los sujetos con TDC fue la presencia de cicatrices, coloración de piel y arrugas en el rostro. La siguiente área de preocupación en orden de frecuencia fueron las extremidades. En tres de las mujeres las áreas corporales de preocupación fueron situados en los senos, la cintura y la cadera. En dos de los hombres participantes el área corporal de mayor preocupación fue el pene. Dos de las once mujeres participantes reportaron tener más de tres áreas corporales motivo de preocupación y síntomas relacionados al TDC, mientras que cuatro de los diecinueve hombres participantes reportaron tener más de tres áreas corporales motivo de preocupación y síntomas relacionados al TDC. En la siguiente tabla se enlistan las áreas corporales y número de participantes:

Tabla 3. Áreas corporales de mayor preocupación en participantes con TDC.

Área Corporal	Número de Participantes	Porcentaje Muestra
Cabeza /Cara		
Zona de implantación del Cabello /Caída de cabello	7	23%
Simetría del rostro	6	19%
Tamaño de la cabeza	2	6%
Apariencia de cejas	2	6%
Tamaño / Forma de los ojos	5	16%
Tamaño / Forma de la nariz	7	23 %
Tamaño / Forma de la boca	2	6%
Apariencia Dientes	4	13%
Apariencia Mejillas	1	3%

Cicatrices / Manchas / Cutis en el rostro	5	16%
Aspecto de la Frente	2	6%
Arrugas en el rostro	1	3%
Extremidades		
Hombros	1	3%
Forma o longitud de brazos / piernas	6	19%
Manos / pies	2	6%
Rodillas	2	6%
Tronco		
Pectorales	1	3%
Abdomen	6	19%
Glúteos	1	3%
Cintura	1	3%
Cadera	2	6%
Espalda	2	6%
Pene	2	6%
Senos	1	3%
Estatura	2	6%
Color de piel	2	6%
Cicatrices en el cuerpo	1	3%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Respecto a las comorbilidades más frecuentes presentadas en los participantes con TDC, de los 19 hombres que participaron, 16 sujetos (84.2%) tuvieron comorbilidades psiquiátricas consignadas en el expediente y que se corroboraron durante la entrevista para este estudio. La más frecuente fue el trastorno obsesivo compulsivo en 8 casos (50%) seguido del trastorno

obsesivo compulsivo más trastorno depresivo mayor en cuatro casos (25%). Uno de los participantes reportó trastorno por consumo de nicotina, otro caso trastorno por consumo de benzodiazepinas; uno de los casos contó con diagnóstico de esquizofrenia y un caso presentó estrés postraumático aunado al diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Para las once mujeres que participaron en el estudio, el 100% de los casos contaron con otras comorbilidades psiquiátricas además del TDC. La más frecuente fue el trastorno obsesivo compulsivo en tres casos (27.7%), seguido del trastorno de ansiedad generalizada en dos de los casos. Cuatro participantes presentaron dos comorbilidades adicionales (trastorno depresivo mayor, trastorno delirante olfatorio, trastorno por estrés postraumático y trastorno límite de personalidad) y dos de los casos presentaron tres comorbilidades psiquiátricas además del TDC (Trastorno límite de personalidad, trastorno depresivo mayor y anorexia nervosa).

Sobre el tratamiento, los 30 participantes (100%) contaban con un tratamiento psicofarmacológico administrado y supervisado por el personal médico del Instituto, de los cuales la totalidad tomaba inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), siendo la Fluoxetina el fármaco más utilizado en 23 de los casos (76.6%), seguido de la Sertralina en 4 casos (13.3%), el Escitalopram en 2 de los pacientes (6.6%) y un paciente con Paroxetina (3.3%).

En 12 participantes con TDC (40%) se utilizó otro fármaco además del tratamiento con algún ISRS, bien como potenciador para control sintomático, de los cuales el más empleado fue el Aripiprazol en cuatro pacientes (33.3%), seguido por la Venlafaxina en cuatro sujetos (33.3%), Risperidona en dos casos (16.6%), uno con Haloperidol (8.3%) y uno con Quetiapina (8.3%).

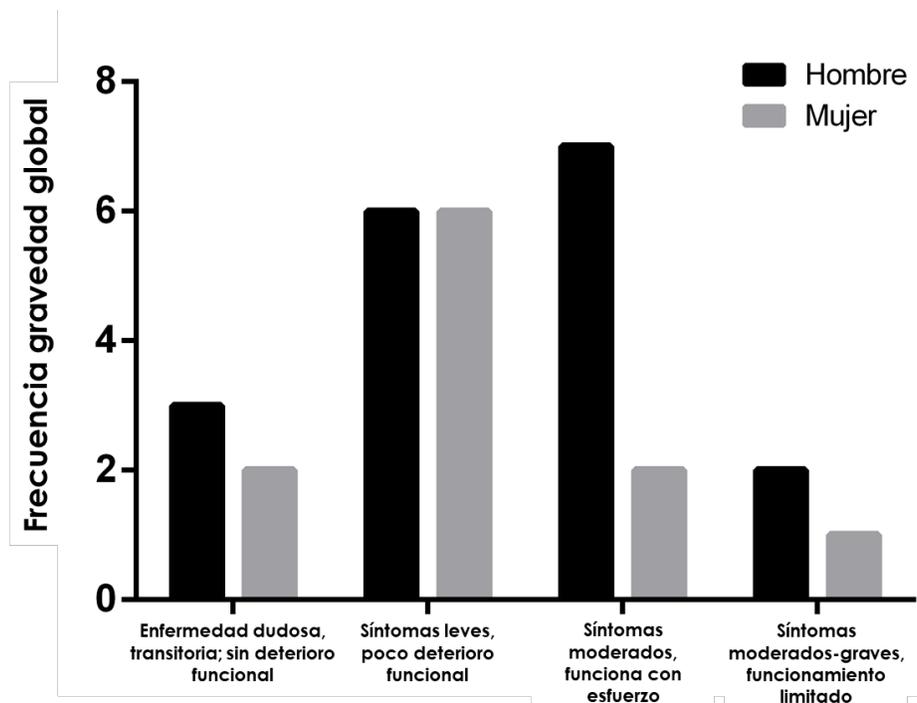
Dentro de las variables clínicas, de los 30 participantes con TDC incluidos, 16 de ellos (53.3%) tuvieron diagnóstico de TDC con buen *insight*, 6 participantes (20%) con TDC con moderado *insight*, 6 (20%) de los casos reportaron pobre *insight* y 1 (3.3%) de los pacientes con nulo *insight*. Solamente un caso (3.3%) reportó excelente *insight*, totalmente racional.

Tabla 4. Participantes con TDC y grado de severidad de síntomas.

Síntomas TDC	Número Pacientes	Media	Desviación Estándar
Leve	12	19	3.0
Moderado	9	27	2.4
Grave	8	33	3.1
Muy Grave	1	43	0

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Gráfica 6. Participantes con TDC por sexo y frecuencia del grado de severidad de síntomas de TDC



c. Resultados de la Encuesta Instituto Federal de Telecomunicaciones

Para los participantes con diagnóstico de TDC, se analizaron los datos obtenidos en la Encuesta Modificada del IFT sobre Consumo de Contenidos Audiovisuales (CCA), específicamente los reactivos 1, 3, 5, 7 y 9 correspondientes al número de dispositivos electrónicos de comunicación (CCA1), tiempo dedicado a navegar por internet (CCA3), tiempo dedicado a ver televisión (CCA5), tiempo dedicado a ver revistas (CCA7) y veces por semana dedicados a ver películas de cine (CCA9). Se analizó la posible asociación de estos factores con el sexo de los pacientes y/o con la gravedad de los síntomas del TDC evaluada mediante la escala Y-BOCS (reactivo 13; Y-BOCS-13).

Mediante el análisis de χ^2 simple no se encontró asociación entre la variable sexo y los factores CCA1, CCA3, CCA5, CCA7, CCA9, ni con la puntuación obtenida en Y-BOCS total así como tampoco en Y-BOCS-13.

Al realizar el análisis de χ^2 múltiple de datos ordinales, se encontró una asociación significativa entre la puntuación de Y-BOCS-13 y los factores CCA1 ($p < 0.05$), CCA3 ($p < 0.05$), CCA5 ($p < 0.05$) y CCA9 ($p < 0.001$).

En el posterior análisis por razón de momios se encontraron las siguientes asociaciones significativas:

- Tener 4 dispositivos electrónicos de comunicación aumenta significativamente la asociación de presentar síntomas moderados del trastorno (puntaje 3 en Y-BOCS-13) respecto a tener 1 dispositivo.
- Dedicar de 1 a 3 h diarias a ver televisión incrementa significativamente la asociación con los síntomas moderados-graves de TDC (puntaje 4 en Y-BOCS-13), respecto a dedicar menos de 1 h al día.
- Dedicar entre 1 a 3 veces por semana a ver películas de cine incrementa significativamente la asociación de presentar síntomas

moderados-graves de TDC (puntaje 4 en Y-BOCS-13), respecto a dedicar menos de 1 vez por semana.

En las siguientes tablas se registra la frecuencia de pacientes que presentan las diferentes categorías de gravedad de síntomas en asociación con los dispositivos relacionados con el contenido audiovisual (tabla 5) o bien tiempo de exposición a cada uno de los medios de comunicación con contenido audiovisual:

Tabla 5. Participantes con TDC, gravedad global y consumo de dispositivos electrónicos de comunicación con contenidos audiovisuales.

Y-BOCS Gravedad global	Consumo de contenidos audiovisuales			
	Televisor	Teléfono celular	Computadora	Tableta
Sin enfermedad	0	0	0	0
Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional	1	1	2	1
Síntomas leves, poco deterioro funcional	0	4	5	3
Síntomas moderados, funciona con esfuerzo	0	2	4	3
Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado	0	1	2	0
Síntomas graves, funcional solo con ayuda	0	0	0	0
Síntomas muy graves, completamente disfuncional	0	0	0	0

Tabla 6. Participantes con TDC, gravedad global y tiempo de exposición a internet.

Y-BOCS	<i>Consumo de contenidos audiovisuales, tiempo en internet</i>				
	Gravedad global	Menos de 1 hora	1 a 3 horas	3 a 5 horas	Más de 5 horas por día
Sin enfermedad		0	0	0	0
Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional		1	1	0	2
Síntomas leves, poco deterioro funcional		1	5	3	3
Síntomas moderados, funciona con esfuerzo		1	3	4	1
Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado		1	1	0	1
Síntomas graves, funcional solo con ayuda		0	0	0	0
Síntomas muy graves, completamente disfuncional		0	0	0	0

Tabla 7. Participantes con TDC, gravedad global y tiempo de exposición a televisión

Y-BOCS	<i>Consumo de contenidos audiovisuales, tiempo en televisión</i>				
	Gravedad global	Menos de 1 hora	1 a 3 horas	3 a 5 horas	Más de 5 horas por día
Sin enfermedad		0	0	0	0
Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional		0	2	3	0
Síntomas leves, poco deterioro funcional		2	7	3	0
Síntomas moderados, funciona con esfuerzo		3	3	3	0
Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado		0	2	1	0
Síntomas graves, funcional solo con ayuda		0	0	0	0
Síntomas muy graves, completamente disfuncional		0	0	0	0

Tabla 8. Participantes con TDC, gravedad global y tiempo de exposición a revistas

Y-BOCS Gravedad global	Consumo de contenidos audiovisuales, tiempo en revistas			
	Menos de 1 hora	1 a 3 horas	3 a 5 horas	Más de 5 horas por día
Sin enfermedad	0	0	0	0
Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional	1	5	0	0
Síntomas leves, poco deterioro funcional	11	0	0	0
Síntomas moderados, funciona con esfuerzo	8	1	0	0
Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado	3	0	0	0
Síntomas graves, funcional solo con ayuda	0	0	0	0
Síntomas muy graves, completamente disfuncional	0	0	0	0

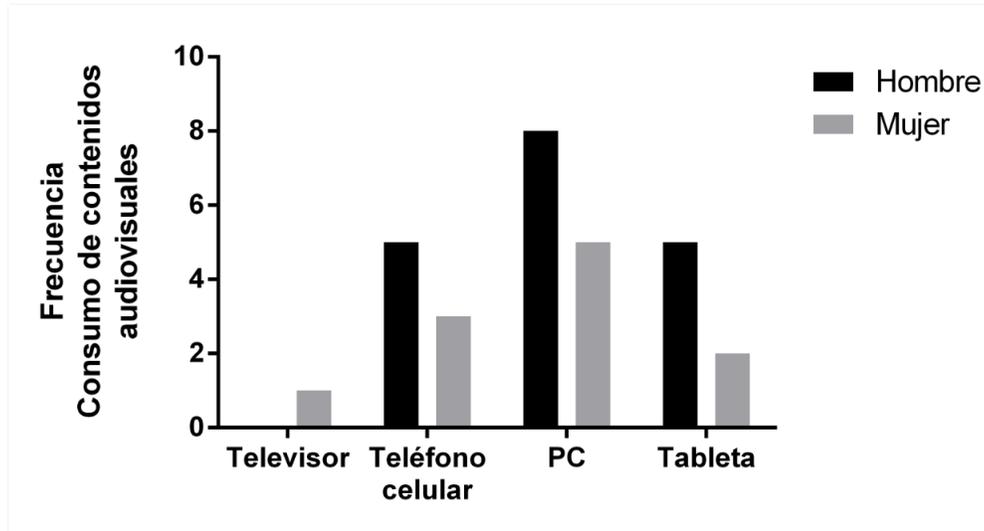
Tabla 9. Participantes con TDC, gravedad global y tiempo de exposición a cine

Gráfica

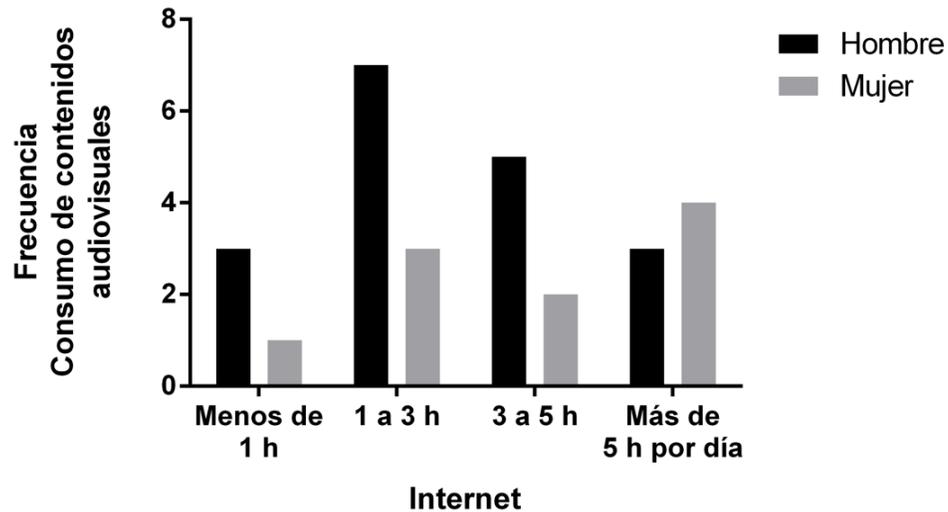
7.

Y-BOCS Gravedad global	Consumo de contenidos audiovisuales, tiempo en el cine		
	Menos de una vez por semana	1 a 3 veces por semana	Más de 3 veces por semana
Sin enfermedad	0	0	0
Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional	4	1	0
Síntomas leves, poco deterioro funcional	7	3	2
Síntomas moderados, funciona con esfuerzo	7	2	0
Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado	0	3	0
Síntomas graves, funcional solo con ayuda	0	0	0
Síntomas muy graves, completamente disfuncional	0	0	0

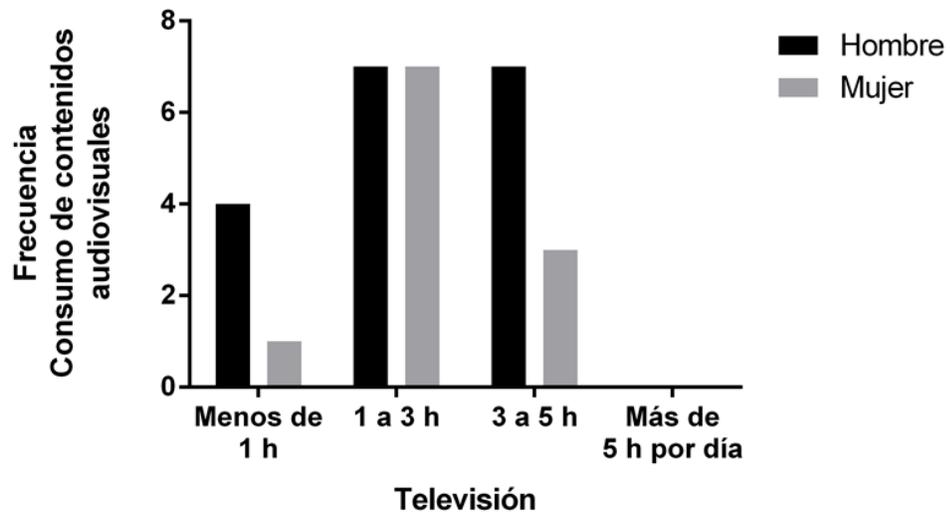
Gráfica 7. Participantes con TDC por sexo y frecuencia de consumo de dispositivos electrónicos de comunicación con contenidos audiovisuales.



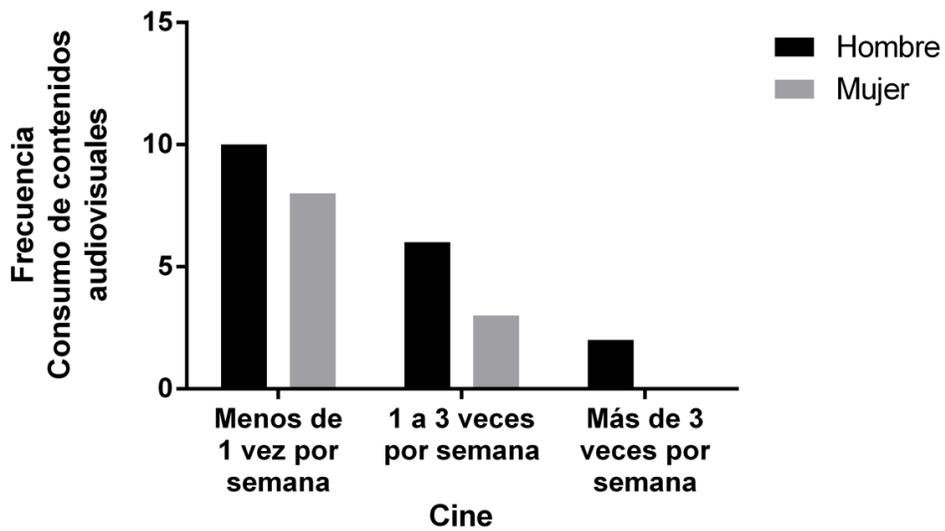
Gráfica 8. Participantes con TDC por sexo y frecuencia en tiempo de exposición a internet.



Gráfica 9. Participantes con TDC por sexo y frecuencia en tiempo de exposición a televisión.



Gráfica 10. Participantes con TDC por sexo y frecuencia en tiempo de exposición a cine.



d. Resultados del Cuestionario SATAQ-3

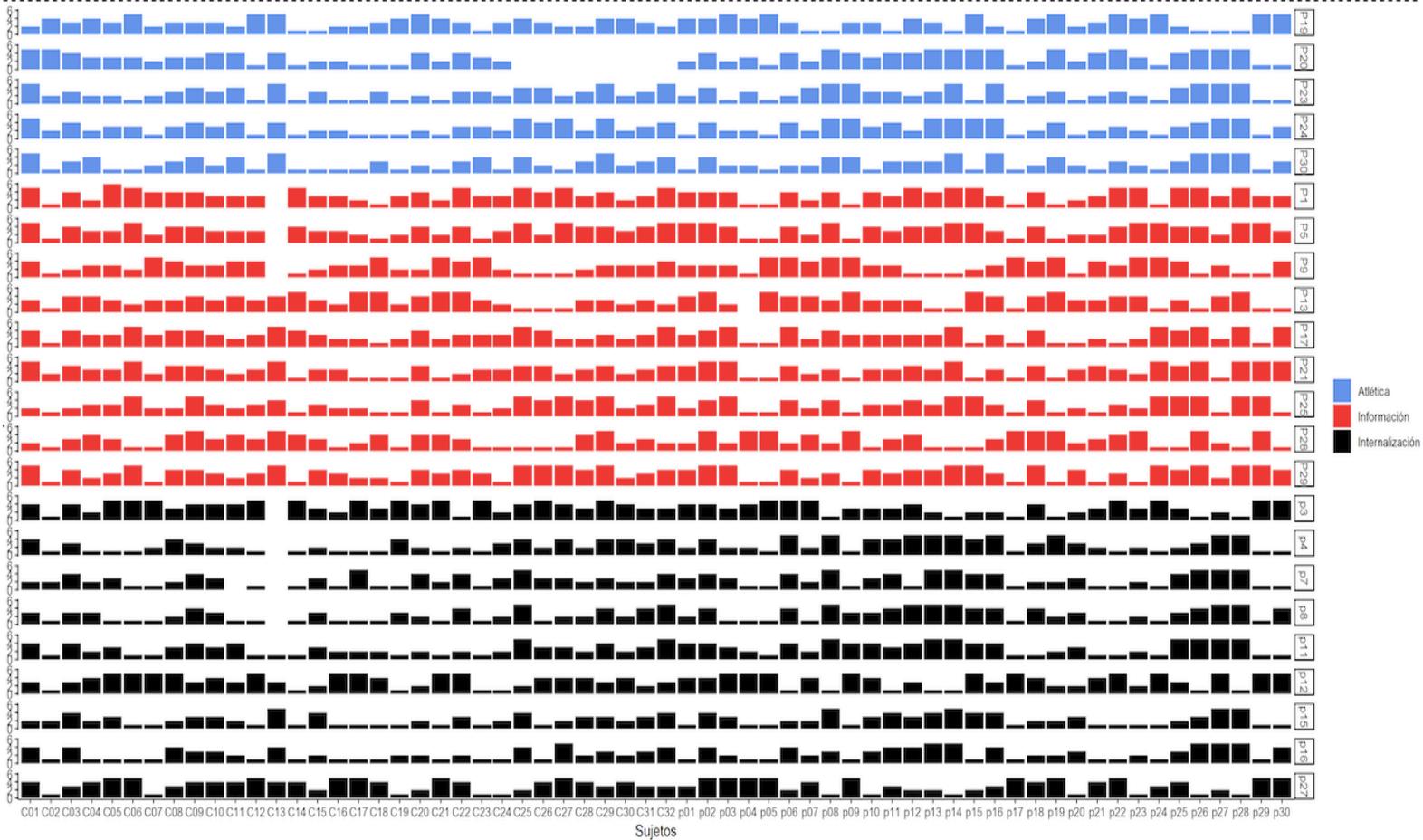
Los resultados del cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (SATAQ-3) aplicados tanto a participantes con TDC como a los sujetos control, se analizaron mediante una regresión logística (binomial). La variable dependiente fue la condición (pacientes vs. controles) y las variables independientes el puntaje de cada pregunta y el subgrupo de preguntas, específicamente las correspondientes a Internalización, Internalización atlética e Información. Mediante una aproximación por χ^2 , se encontró un cambio significativo en el puntaje ($p < 0.05$). Es decir, el tener diagnóstico de TDC, implica una mayor probabilidad [1.1 veces (odds ratio) o 52% de las veces] de tener un puntaje mayor en el SATAQ3, respecto de los sujetos control.

Esto implicaría que en los participantes con TDC, la actitud sociocultural hacia la apariencia está incrementada en comparación con los grupos control de participantes sin TDC. Lo anterior se registra en una en una mayor internalización generalizada por la información a la que se encuentran expuestos. Esta internalización es la medida en la cual los participantes comparan cognitivamente las normas sociales del ideal de belleza hasta el punto de modificar el comportamiento en un intento de aproximación a estos estándares.

Se establece también que los participantes con TDC muestran un mayor acuerdo en considerar que los medios de comunicación y el contenido que transmiten proporcionan una fuente de referencia importante hacia los ideales de belleza tanto en hombres como mujeres.

A continuación se muestra la gráfica comparativa del puntaje total obtenido del cuestionario así como por cada uno de los subgrupos:

Gráfica 11. Puntaje total de SATAQ-3 y subtipos de reactivos en participantes con TDC en comparación con participantes del grupo control.



Subgrupos:

Internalization-General: Items: 3, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 27 (negro)

Internalization-Athlete: Items: 19, 20, 23, 24, 30 (azul)

Pressures: Items: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26 (no se muestra)

Information: Items: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 28, 29 (rojo)

Reverse-keyed items: 3, 6, 9, 12, 13, 19, 27, 28

e. Resultados descriptivos de la Encuesta Modificada de Impacto de los Medios de Comunicación en la Imagen Corporal.

La encuesta modificada de Impacto de los Medios de Comunicación en la Imagen Corporal contempló una sección de preguntas abiertas donde los participantes con TDC pudieron registrar sus opiniones y posturas en relación con la exposición a los diversos medios, en el que la televisión fue el medio más empleado en comparación con las revistas.

Reactivos de respuestas abiertas:

1) En el reactivo número 6 que señala: “¿ De qué forma ha tratado de alterar o modificar su cuerpo para parecerse a las personas que aparecen en la televisión o en las revistas?” en algún momento de su vida y de manera continua u ocasional, 22 de los participantes (60%) (n=22) respondieron de forma afirmativa, la mayor parte de las respuestas se concentró en la modificación a la apariencia. Nueve de los participantes han realizado cambios asociados al empleo de maquillaje o productos de belleza, uso de ropa o accesorios de vestimenta, cortes y/o peinados de cabello con la finalidad de tener una semejanza a las personalidades famosas o de los medios de comunicación.

La segunda modificación realizada por al menos seis de los participantes se centró en el cambio corporal condicionado por la realización de ejercicio.

Cinco de los participantes aceptaron haberse practicado al menos una intervención médica o quirúrgica con fines estéticos.

Uno de los casos registrados afirmó haberse realizado al menos dos cirugías en rostro para lograr un mayor parecido a una famosa cantante mexicana.

2) En el reactivo número 8 de la encuesta que señala: “¿ Está usted de acuerdo en que los medios de comunicación reflejan correctamente la imagen corporal promedio?” veintidós participantes con TDC (60%) respondieron de manera afirmativa, sin embargo, cuando se evaluó la respuesta ampliada encontramos que siete pacientes que por la respuesta escrita confundieron la *Imagen corporal promedio* con la *imagen ideal* que es la que realmente observaban en los medios de comunicación.

Ejemplos de algunas de las respuestas que reflejan lo anterior son las siguientes:

- *“La mayoría tienen buena imagen corporal”*
- *“Porque una buena imagen es importante para salir en las pantallas”*
- *“Porque son estándares de belleza muy elevados”*
- *“Entra gente guapa”*
- *“Solo aparecen cuerpos artísticos”*

Los pacientes que respondieron que los medios no reflejan la *Imagen corporal promedio*, señalaron en la respuesta amplia, que quienes aparecen en los medios de comunicación no reflejan la imagen común, considerada por los participantes como “verdadera y normal”, en comparación con la imagen corporal exhibida por los medios de comunicación considerada por los participantes como “idealizadas” o “falsas”.

Se agregan a continuación algunas de las interpretaciones manifestadas por los participantes con TDC:

- *“Hay una forma distorsionada y trastornada en la información que corre en los medios de comunicación. Privan al ser humano del bienestar mental. Como una especie de periodo barroco todo es exagerado y elevado al punto de desequilibrio mental colectivo”.*

- *“Los medios de comunicación utilizan la imagen corporal ideal para llamar la atención pero para nada es el promedio”*
- *“No estoy de acuerdo porque todos somos diferentes (...) hay prototipos de personas, altos, corpulentos, delgados, blancos, chaparritos”*
- *“Pienso que no tiene nada que ver para sentirse uno bien con su cuerpo”*

Dos de los participantes con TDC opinaron que los medios de comunicación con especial énfasis en la televisión, ejercen una influencia en cuanto a la percepción de la autoimagen, poder adquisitivo y consumo de los televidentes, como se registra en sus comentarios:

- *“Sí influye como me siento (mal) pero no refleja en la mayoría de las personas”*
- *“El medio de la prensa es un mundo que influye en la juventud y quieren invitar a vestirse y comprar”*

En este mismo reactivo número 8 (*“¿Está usted de acuerdo en que los medios de comunicación reflejan correctamente la imagen corporal promedio?”*), en contraste con los participantes sin TDC, únicamente 11 participantes control contestaron la pregunta abierta, mientras que el resto contestó con indiferencia o no respondió.

Entre los argumentos encontrados, diez de los participantes afirmaron estar en desacuerdo con la pregunta del reactivo número 8, explicando la unificación del concepto de belleza que realizan los medios de comunicación en comparación con la amplia la diversidad de cuerpos y modelos de belleza que existen, como se muestra en los siguientes comentarios:

- *“Se intenta encasillar en estereotipos de belleza o una sola imagen”*

- *"Se buscan modelos idealizados o perfectos"*
- *"Imposición de estándares de belleza"*

3) En el reactivo número 11 de la Encuesta que señala: "¿ Si tuvo un artista favorito, le hubiera gustado tener algún parecido? Explique su respuesta " 22 de los participantes (60%) con TDC afirmaron tener algún artista famoso o celebridad favorito durante su adolescencia, identificando en su mayoría a diversos cantantes y actores nacionales e internacionales.

En cuanto al deseo por tener alguna forma de parecido con la celebridad mencionada, quienes respondieron de manera afirmativa consideraron la apariencia física y el arreglo personal contemplando el tipo de vestido a la moda de ambos géneros, elementos considerados como varoniles, tales como el uso de la barba en hombres y figura atlética, así como elementos considerados como femeninos la figura delgada o con caracteres sexuales secundarios prominentes, maquillaje y cabello estilizado en las mujeres.

4) En el reactivo número 14 de la Encuesta que señala: "¿Actualmente tiene usted algún artista famoso o celebridad a quien quisiera parecerse?" doce de los participantes con TDC (40%) afirmaron tener la motivación por tener algún parecido con la gente famosa. Fueron considerados principalmente actores, cantantes y deportistas internacionales, la mayoría de apariencia caucásica, que contaran con destacados elementos varoniles como apariencia atlética, vestimenta formal, cabello y barba alineados. En cuanto a las mujeres, fueron identificadas aquellas artistas que fueran consideradas con el adjetivo de "bonitas", así como aquellas con vestimenta a la moda y accesorios de belleza que fomentaran el glamour.

Dos de los participantes contestaron la asociación de dos celebridades con la experiencia de anhelo de cambio o modificación en la imagen corporal como se menciona a continuación:

- *“Brad Pitt me hizo sentir mal por buscar tener un parecido con él”*
- *“(Parecerme) a Michael Jackson porque él cambió de rostro”*

En comparación con las respuestas proporcionadas por los participantes del grupo control, (“¿Actualmente tiene algún artista famoso o celebridad favorito a quien quisiera parecerse?”), del total de participantes, solamente se obtuvieron 7 respuestas afirmativas a la pregunta, sin embargo, el anhelo por tener un parecido estuvo enfocado a atributos no corporales, es decir, a tener una semejanza en cuanto a habilidades o talentos, como el caso de dos participantes que respondieron querer parecerse a una ex primera dama de los Estados Unidos, o tener una postura social privilegiada como la hija de una ex primera dama de México.

El resto de los participantes del grupo control contestaron en cuanto al parecido en status e influencia social con tres actores, una actriz y una cantante estadounidense.

11. DISCUSIÓN

Los medios de comunicación que difunden tanto publicidad como contenidos relacionados a estándares ideales de belleza provocan una influencia determinante en la representación social de la imagen corporal que no suele ser la comúnmente exhibida por la población. Aunque a lo largo de la historia y a través de la diversidad cultural los estereotipos de belleza han ido modificándose, actualmente encontramos un número cada vez mayor de personas que se preocupan excesivamente por el aspecto físico y la imagen corporal, considerando que la belleza es pieza clave de felicidad y salud. Es bajo este concepto erróneo que los medios de comunicación exhiben de forma constante imágenes de modelos o celebridades cuyas características físicas llevan a los consumidores a exponerse incluso a conductas riesgosas para la salud.

El concepto de "belleza" se ha definido funcionalmente como el "atractivo físico", por lo que los medios de comunicación tienden a emitir esta información para su asimilación a través de la cultura popular acorde a un estudio realizado por la Universidad de Harvard (Etcoff et al, 2004). Es este ideal que tanto hombres como mujeres aspiran a alcanzar, sin embargo, debido a que este ideal es extremadamente difícil de lograr, a las personas expuestas a los medios les resulta difícil considerarse bellas o con el atractivo físico acorde a la imagen corporal ideal (Etcoff et al, 2004). Esto puede contribuir a la baja autoestima e incluso al malestar clínico que acompaña a los diversos trastornos mentales asociados a la imagen corporal, entre los cuales el Trastorno Dismórfico Corporal ocupa un papel relevante.

Existen estudios previos que demuestran la influencia de los medios de comunicación y su relación con psicopatologías específicas, siendo el mayor aporte en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria (Haworth, 2000; Thompson, 2011). Es en esta psicopatología donde existe

evidencia de la vulnerabilidad de los sujetos ante la información emitida por la publicidad considerada como válida por el ambiente social y de los mecanismos de refuerzo mediante la interacción entre pares. Sin embargo, frente a otros trastornos mentales relacionados con la imagen corporal tales como el trastorno dismórfico corporal, son escasas las investigaciones que aportan mayor información a este fenómeno.

Es por ello que el presente estudio destaca su importancia al ser la primera investigación que evalúa el impacto de los medios de comunicación en relación al trastorno dismórfico corporal en población mexicana usuaria del Instituto Nacional de Psiquiatría, además de ser el primer estudio que evalúa la percepción sociocultural de los medios de comunicación en cuanto a ideales de belleza asociados con la gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal.

En cuanto al perfil sociodemográfico y clínico de los participantes con TDC, es meritorio resaltar las características que presentó la población mexicana estudiada en esta investigación acorde a otros estudios internacionales realizados. La mayor parte de los participantes se encontraron residiendo en la capital del país, situándolos así en un contexto urbano donde la accesibilidad de los medios de comunicación es mayor.

Un gran porcentaje de los participantes entrevistados se encontraban realizando algún tipo de actividad académica (46%) o bien, no contaban con alguna ocupación (25%) al momento de realizar el estudio, remarcando con esto la posición económica de los participantes que permite suponer algún grado de dependencia hacia terceras personas e incluso de vulnerabilidad financiera y social, característico de la disfuncionalidad que presenta el trastorno. En estudios internacionales se estima la participación económica de los pacientes con TDC en un 27% (Bjornsson y Phillips, 2011) .

Otro aspecto sociodemográfico a considerar en este grupo de participantes es el estado civil. Puesto que el 80% de los participantes se encontraban solteros al momento de la realización del estudio, lo anterior señala el tipo de relación social y la vinculación que mantienen estos pacientes, considerando que algunos estudios estiman que sólo el 36% de los pacientes con TDC contraen matrimonio (Bjornsson y Phillips, 2011).

Respecto a las características clínicas de las áreas corporales de preocupación, la población mexicana estudiada mostró discretas diferencias en relación con lo propuesto por Katharine Phillips en su trabajo sobre TDC (Phillips, 2005). En dicha investigación se establece el color de piel como una de las principales áreas de preocupación manifestado en un 76% de los pacientes, mientras que en los participantes de esta investigación, únicamente el 6% de la muestra reportaron esta área corporal. La segunda área corporal de mayor preocupación reportado por Phillips es el peso, sin embargo, en la muestra de la presente investigación no se encontró a algún participante que lo manifestara.

Se encontraron similitudes en este estudio y lo establecido por Phillips en cuanto a las áreas de preocupación frecuentes concernientes a la nariz, los ojos y el cabello.

Las regiones corporales que fueron motivo de preocupación en los participantes con TDC de esta investigación y que no figuran entre las áreas comunes registradas por Phillips fueron las extremidades (brazos y piernas) y genitales masculinos. Lo anterior permite considerar las particularidades clínicas del trastorno dismórfico corporal en este grupo poblacional.

En concordancia con lo establecido por diversos autores que estudian la imagen corporal, entre ellos Cash (2011), quien propone que la contribución y exacerbación de la sintomatología en el TDC se da tras la exposición de imágenes que resaltan los atributos e ideales de belleza, en este estudio

resalta la importancia que tiene el número de dispositivos electrónicos de comunicación por cada participante con TDC y que está asociado significativamente a la probabilidad de presentar síntomas, aunado al tiempo de exposición frente a medios comunes como son la televisión y el cine. En contraste, el tiempo dedicado a la consulta de revistas reportado en el presente estudio fue muy bajo. Este medio de comunicación no fue empleado por la mayoría de los participantes como suele considerarse en otras investigaciones.

Lo anterior contrasta con las respuestas que otorgaron los participantes con TDC de forma abierta en la Encuesta Modificada de Impacto de los Medios de Comunicación en la Imagen Corporal y aquellos que obtuvieron mayores puntajes de la escala SATAQ-3 (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3) en comparación con controles, lo que sugiere que el “ambiente negativo” provocado por los medios de comunicación colocan al sujeto con TDC en una situación comparativa y en desventaja frente a personas valoradas socialmente como atractivas por la mayor internalización que presentan. Se demuestra así la presión social ejercida por los medios de comunicación para alcanzar un ideal de belleza, así como la internalización de este mismo ideal que contribuye al desarrollo de insatisfacción corporal y de conductas asociadas a los síntomas del TDC, ya que el sujeto tiende a evaluar la diferencia entre el ideal de belleza y su propio cuerpo o su propia apariencia, generándose un impacto negativo. El modelo sociocultural es uno de los que cuenta con mayor apoyo empírico al momento de explicar la vinculación entre la influencia de ciertas presiones culturales y la gravedad de trastornos mentales.

Debilidades y limitaciones del estudio

Dentro de las debilidades y limitaciones de la presente investigación, no se obtuvo la muestra de participantes con TDC propuesta inicialmente debido a cuestiones logísticas del tiempo de reclutamiento en conjunto con el ausentismo de los participantes a la clínica de TOC y TEO, así como al servicio de consulta externa del Instituto.

Existen pocos estudios previos que definen los factores de impacto de los medios de comunicación en los síntomas del trastorno dismórfico corporal, por lo que la decisión de estudiar el impacto de los medios fue realizado con base en criterios de estudio y con herramientas empleadas para otros trastornos mentales como los de la conducta alimentaria.

Únicamente participaron sujetos con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, por lo que la información obtenida es descriptiva de una parte del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos, sin incluir aquellos con componentes somáticos o afectivos como los trastornos depresivos que pudieran tener alguna influencia en el trastorno estudiado.

Es probable que haya existido cierto sesgo al momento de contestar las preguntas de los instrumentos, puesto que a pesar de estar diseñados para ser autoaplicables, algunos de los participantes mencionaron tener confusión frente a algunos reactivos.

Los instrumentos empleados consideraron algunos de los medios electrónicos tradicionales tales como la televisión, sin embargo, no fueron diseñados para contemplar otros medios electrónicos modernos de mayor uso como el internet y las plataformas de streaming.

Fortalezas del estudio

En cuanto a las fortalezas, es el primer estudio en investigar y determinar el impacto de los medios de comunicación en los síntomas de pacientes con trastorno dismórfico corporal en sujetos mexicanos.

Es la primera investigación en considerar la importancia que tiene el fenómeno de internalización de los ideales de belleza en población mexicana con trastorno dismórfico corporal mediante el empleo de un instrumento sociocultural validado al idioma español.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra obtenida fueron similares a estudios en población mexicana con TDC realizados previamente por la clínica de TOC y TEO del INPRFM, así como en estudios de población con TDC a nivel general, por lo que los resultados obtenidos del perfil clínico de los participantes tiene buena representatividad.

Como perspectivas adicionales, se pretende continuar con este estudio con el objetivo de recabar una muestra mayor y quizá esto permita obtener asociaciones significativas en los rubros que no lo fueron.

El presente estudio permite sentar las bases iniciales para considerar la integración de rubros específicos durante la entrevista inicial de la historia clínica en pacientes de primera vez con sintomatología moderada a grave, para permitir con esto la exploración del tiempo de exposición a los medios de comunicación, el grado de presión, internalización y tipo de información que los pacientes conocen en cuanto a los ideales de belleza. Esto facilitaría la adecuación de estrategias psicoterapéuticas cognitivas enfocadas al reconocimiento y manejo de la influencia que ejercen los medios de comunicación.

12. CONCLUSIONES

La presente investigación demuestra que los medios de comunicación a los que se encuentran expuestos los sujetos con trastorno dismórfico corporal ejercen un impacto negativo en cuanto a la sintomatología del trastorno, con mayor énfasis en aquellos sujetos con el trastorno en grado moderado y severo que cuentan con un mayor consumo y tiempo de exposición de los dispositivos electrónicos de comunicación con contenidos audiovisuales que otorgan información sobre los ideales de belleza. A lo anterior se suma la importante influencia sociocultural que ejercen los medios de comunicación hacia los sujetos con TDC, quienes presentan una mayor internalización de los ideales de belleza establecidos en comparación con sujetos sin el trastorno. Se considera importante investigar la relación que guarda el entorno social de las personas con trastorno dismórfico corporal y el rol que juega actualmente la información transmitida por parte de los medios de comunicación en cuanto a la apariencia y áreas corporales de preocupación en la imagen corporal. Es necesario realizar más estudios en población mexicana con trastorno dismórfico corporal y la interacción que guarda con la relación con pares y los patrones culturales con enfoque a los ideales de belleza, para describir y correlacionar aquellos factores que pudieran impactar en el comportamiento y evolución de la enfermedad.

Finalmente, tener un mejor entendimiento de los síntomas y de los elementos sociales que acompañan a la vivencia del trastorno dismórfico corporal, podría ayudar a diseñar nuevas estrategias de intervención enfocadas en el control y mejoramiento sintomático desde la primera valoración y abordaje terapéutico en el paciente, así como mayor sensibilización en el entorno familiar y social de las personas con trastorno dismórfico corporal.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Mexicana de la Industria Publicitaria y Comercial en Internet, AMIPCI. "Décimo estudio sobre los hábitos de los usuarios de Internet en México". Disponible en <http://www.amipci.org.mx>.
2. American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" ed. 4a. Masson, Barcelona, 2002.
3. American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" ed. 5a. Panamericana, México, 2014.
4. Banamex, Ibbey, UNAM, Cinco. "Primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Medios Digitales y Lectura". 2015. Disponible en <http://historico.juridicas.unam.mx/novedades/encuesta-consumo-medios-digitales.htm>
5. Becker A.E., Fay K.E, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. "Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji." *British Journal of Psychiatry*. Jan;198(1):43-50, 2011.
6. Berrios G.E., Kan Chung-Sing. "A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94, 1-7,1996.
7. Bjornsson AS, Dyck I, Moitra E, Phillips K, et al. "The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP)". *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(1):55-57. doi:10.1097/NMD.0b013e31820448f7
8. Bilder C. and Loughin T.M. *Analysis of categorical data with R*. Chapman & Hall/CRC Press, Estados Unidos, 2015.
9. Brooke L, Mussap AJ. "Brief report: Maltreatment in childhood and body concerns in adulthood." *J Health Psychol*. 18:620-626. 2012.
10. Cash T.F., Smolak L. "Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention". Second edition. London. Guilford Press. 2011
11. Cash T.F., Pruzinsky, T. "*Body Images: Development, Deviance and Change*". Nueva York: Guilford Press. 1990.

12. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, et al. "Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder." *Child Abuse Negl.*;30:1105-1115. 2006.
13. Etcoff, Nancy et al. "The real truth about beauty: a global report. Findings of the Global Study on Women, Beauty and Well-Being" Harvard University 2004
14. Ferreri M et col. "Dysmorphophobias. Encyclopédie médico-chir". , *Psychiatrie*, 37146 A 10. Éditions techniques, Paris, 1990.
15. Feo C. "Impacto de los medios de comunicación en la salud pública". *Sáude em Debate*, vol 37, (96) 00 84-95. 2013.
16. Feusner JD, Townsend J, et col. "Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder." *Psychiatry Res.* May 15;172(2):161-7.2009.
17. Field T. Touch. Cambridge, MA. MIT Press: pp 5-10. 2001.
18. Furnham, A., Bandini, N. y Sneade, I. "Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self- esteem and reasons for exercise". *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596. 2002.
19. Hardit, S. Hannum, J. "Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction". *Body Image* 9: 469–475.2012
20. Haworth- Hoeppe, S. (2000). *The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders.* *Journal of Marriage and Family*, 62(1), págs. 212-227.2000
21. Holland, G. Tiggemann, M. "A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes" *Body Image* 17: 100–110. 2016.
22. Hrabosky, J. Cash, T. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder and clinical controls: A multisite study. *Body Image*. 242. 2009.
23. Instituto Federal de Telecomunicaciones. "Encuesta Nacional de Consumo de Contenidos Audiovisuales en Radio, Televisión e Internet". 2015. Disponible en: <http://www.ift.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/el-ift-da-conocer-la-encuesta-nacional-de-consumo-de-contenidos-audiovisuales-2016-comunicado-762017>

24. Islas, Octavio. "Cifras sobre jóvenes y redes en México". Entre textos, 7:19, 2015.
25. Jeffrey-Sewell K, Chamberlain SR, Fineberg NA, Laws KR. "Cognitive dysfunction in body dysmorphic disorder: new implications for nosological systems and neurobiological models". CNS Spectr. Feb;22(1):51-60. 2017
26. Kilbourne, J. "Can't buy my love. How advertising changes the way we think and feel". Touchstone, New York, 1990.
27. Koblenzer Caroline S. "Body Dysmorphic Disorder in the Dermatology Patient". Clinics in Dermatology 2017.
28. Koran LM. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. CNS Spectr. Apr;13(4). 2008.316-22.
29. Li W, Arienzo D, Feusner JD. "Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model." Z Klin Psychol Psychother (Gott). 242(3):184-191. 2013
30. Lóyzaga, C. "Presos del espejo". En Reporte índigo, 2012. Disponible en: <http://www.reporteindigo.com/piensa/presos-del-espejo/>
31. Madsen SK et col. "Cortical thickness and brain volumetric analysis in body dysmorphic disorder." Psychiatry Research. 2015 Apr 30;232(1):115-22.
32. Munsch, S. "Study protocol: psychological and physiological consequences of exposure to mass media in young women - an experimental cross-sectional and longitudinal study and the role of moderators". BMC Psychology 2:37. 2014.
33. Navarro, P. La dismorfofobia y el "comportamiento adictivo" a las cirugías estéticas. Aspectos éticos y legales. Biblioteca Virtual Noble 2015, p.1-2.
34. Organización Mundial de la Salud. Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.1994.
35. Pérez-Salgado, D. "Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿Los niños están más expuestos?". Salud Pública Mex 52:119-126, 2010.

36. Phillips, K.A. "The Broken Mirror : Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder". Oxford University Press. 2005.
37. Raich, R. "Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo". Madrid: Ediciones Pirámide, 2000.
38. Rossell SL, Harrison BJ2, Castle D."Can understanding the neurobiology of body dysmorphic disorder (BDD) inform treatment?". *Australas Psychiatry*. Aug;23(4):361-4.2015.
39. Slade, P.D. "What is body image?". *Behaviour Research and Therapy*, nº 32, pp. 497-502. 1994.
40. Thompson, J. K. "Body image disturbance: assessment and treatment". New York: Pergamon Press. 1990.
41. Thompson , J. K., & Stice, E. "Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology". *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), págs. 181-183. 2011
42. Vassilis Kapsambelis. " Términos psiquiátricos de origen griego." Elsevier Masson, 2016.
43. Vilela, R. "Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Plastic Surgery and Dermatology Patients: A Systematic Review with Meta-Analysis". *Aesth Plast Surg*, 2017.
44. Velásquez A.V. y Paladines F.Y. "Uso de otras formas de comunicación. Consumo de medios en los estudiantes universitarios. Análisis de internet y teléfono móvil – caso utpl." *Revista Razón y Palabra*, N.77, 2011.
45. Venables W. and Ripley B.D. *Modern Applied Statistics with S*. Fourth Edition, Springer, Estados Unidos, 2002
46. Wykes, M. Gunter B. "The Media and Body Image. *If Looks Could Kill*". *Sage Publications*, 2005.
47. Wynn, B. "The impact of media on Body Images of Young Women". Southern Illinois University, 2010.

14. ANEXOS

a. Información general del participante con TDC

1. Nombre completo:						
2. Edad:						
3. Lugar de residencia:	Ciudad o Municipio:			Estado:		
4. Medio de contacto (email, teléfono, etc.)						
5. Sexo:	Masculino		Femenino		Otro:	
6. Escolaridad:	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado	Ninguno
7. Estado civil:	Casado	Unión libre	Soltero	Viudo	Divorciado	Ninguno
8. Ocupación	Ama de casa	Estudiante	Jubilado	Comerciante	Empleado	Profesionista

Trastorno Dismórfico corporal	
1. Edad de inicio de síntomas de trastorno dismórfico corporal:	
2. Zona(s) corporal(es) de preocupación:	
3. Edad de diagnóstico de trastorno dismórfico corporal:	
4. Tratamiento que recibe actualmente:	
5. En caso de contar con otro diagnóstico psiquiátrico, especificar cuál(es):	

Fecha de elaboración: _____

b. Información general del participante control

INFORMACIÓN GENERAL DEL PARTICIPANTE

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los siguientes elementos y responda los datos solicitados.

1. Nombre completo:						
2. Edad:						
3. Lugar de residencia:	Ciudad o Municipio:			Estado:		
4. Medio de contacto (email, teléfono, etc.)						
5. Sexo:	Masculino		Femenino		Otro:	
6. Escolaridad:	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado	Ninguno
7. Estado civil:	Casado	Unión libre	Soltero	Viudo	Divorciado	Ninguno
8. Ocupación	Ama de casa	Estudiante	Jubilado	Comerciante	Empleado	Profesionista

Fecha de elaboración: _____

c. Cuestionarios y Encuestas

Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire - SATAQ-3

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los siguientes elementos e indique el número que mejor refleja su acuerdo con las siguientes declaraciones.

Definitivamente en desacuerdo = 1

Mayormente en desacuerdo = 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3

Mayormente de acuerdo = 4

Definitivamente de acuerdo = 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Los programas de TV son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. He sentido presión de la TV o las revistas para perder peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. <u>No</u> me importa si mi cuerpo se parece al cuerpo de la gente que aparece en TV. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Comparo mi cuerpo con los cuerpos de la gente que aparece en televisión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Los anuncios televisivos son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. <u>No</u> siento presión de la televisión o las revistas para parecer guapa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Me gustaría que mi cuerpo se pareciera al cuerpo de las modelos que aparecen en las revistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Comparo mi apariencia con la apariencia de las estrellas de televisión o del cine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. Los videos musicales en TV <u>no</u> son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. He sentido presión de la televisión o las revistas para estar delgada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me gustaría que mi cuerpo se pareciera al cuerpo de la gente que sale en las películas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. <u>No</u> comparo mi cuerpo con los cuerpos de la gente que aparece en las revistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Los artículos de las revistas no son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. He sentido presión de la televisión o las revistas para tener un cuerpo perfecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Desearía parecerme a las (los) modelos de los vídeos musicales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Comparo mi apariencia con la apariencia de la gente de las revistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Los anuncios de las revistas son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. He sentido presión de la televisión o las revistas para ponerme a dieta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. <u>No</u> deseo parecer tan atlética (o) como la gente de las revistas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Comparo mi cuerpo con el de la gente que está en "buena forma." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Las imágenes de las revistas son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)." | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. He sentido presión de la TV o las revistas para hacer ejercicio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23. Deseo parecer tan atlética (o) como las estrellas del deporte.	1	2	3	4	5
24. Comparo mi cuerpo con el cuerpo de la gente que es atlética.	1	2	3	4	5
25. Las películas son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)".	1	2	3	4	5
26. He sentido presión de la TV o las revistas para cambiar mi apariencia.	1	2	3	4	5
27. <u>No</u> intento parecerme a la gente de la televisión.	1	2	3	4	5
28. Las estrellas de cine no son una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva (o)."	1	2	3	4	5
29. La gente famosa es una fuente importante de información sobre la moda y el "ser atractiva."	1	2	3	4	5
30. Intento parecerme a las atletas deportivas.	1	2	3	4	5

Encuesta modificada del IFT sobre consumo de contenidos audiovisuales

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los siguientes elementos e indique el número y/o palabra que mejor refleja su acuerdo con las siguientes declaraciones.

¿Usted cuenta con lo siguiente?

	SI	NO
Televisor		
Teléfono celular		
Computadora PC/laptop		
Tableta		
Ninguno de estos		

Consumo de internet

¿Qué tipo de contenidos ve con mayor frecuencia a través de internet?

Enumerar de 1 a 5 los géneros que más consume, 1 el de mayor consumo, 5 el de menor consumo

	1	2	3	4	5
Películas					
Telenovelas					
Series					
Noticias					
Tutoriales (cocina, salud, belleza)					
Videos musicales					
Video bloggers					
Contenidos de belleza y/o moda					

¿Cuánto tiempo por día dedica a navegar por internet?

Horas de consumo por día	SI	NO
Menos de 1 hr		
1 a 3 hr		
3 a 5 hr		
Más de 5 hrs por día		

Consumo de Televisión

¿Qué tipo de programas ve con mayor frecuencia en la televisión?

Enumerar de 1 a 5 los géneros que más consume, 1 el de mayor consumo, 5 el de menor consumo

	1	2	3	4	5
Películas					
Telenovelas					
Series					
Noticias					
Deportes					
Documentales, reportajes culturales y educativos					

Caricaturas/programas infantiles					
Musicales					
Concursos					
Religión					
Reality show					
Moda, belleza					
¿Otro, cual?					

¿Cuánto tiempo por día dedica a ver televisión?

Horas de consumo por día	Si	NO
Menos de 1 hr		
1 a 3 hr		
Más de 3 hr		
3 a 5 hr		
Más de 5 hrs por día		

Consumo de Revistas

¿Qué tipo de contenidos ve en las revistas?

Enumerar de 1 a 5 los géneros que más consume, 1 el de mayor consumo, 5 el de menor consumo

Contenidos de revistas	1	2	3	4	5
Moda					
Belleza					
Cocina					
Noticias					
Deportes					
Documentales, reportajes culturales y educativos					
Manualidades					
Musicales					
Espectáculos					
Religión					
Ejercicio					
Salud					
¿Otro, cuál?					

¿Cuánto tiempo por día dedica a ver revistas?

Horas de consumo por día	Si	NO
Menos de 1 hr		
1 a 3 hr		
Más de 3 hr		
3 a 5 hr		
Más de 5 hrs por día		

Consumo de Cine

¿Qué tipo de películas ve con mayor frecuencia en el cine?

Enumerar de 1 a 5 los géneros que más consume, 1 el de mayor consumo, 5 el de menor consumo

Género de Cine	1	2	3	4	5
Terror					
Musicales					
Aventura					
Ciencia ficción					
Romance					
Documentales, reportajes culturales y educativos					
Caricaturas/programas infantiles					
Acción					
Suspense					
Religión					
¿Otro, cuál?					

¿Cuántas veces por semana dedica a ver películas de cine?

	Si	NO
Menos de 1 una vez por semana		
1 a 3 veces por semana		
Más de 3 veces por semana		

Encuesta modificada de impacto de los medios de comunicación en la imagen corporal

Instrucciones: Lea atentamente cada uno de los siguientes elementos e indique la frase que mejor refleja su acuerdo con las siguientes declaraciones.

- 1. ¿Cuál es el propósito de mirar la televisión? Subraye la respuesta**
a) Entretenimiento b) Noticias c) Desarrollo personal d) Otro
(especificar): _____

- 2. ¿Cuál es el propósito de ver revistas? Subraye la respuesta**
a) Entretenimiento b) Noticias c) Desarrollo personal d) Otro
(especificar): _____

- 3. ¿Se siente con mayor consciencia de sí mismo acerca de su cuerpo después de mirar la televisión o ver alguna revista? Subraye la respuesta**
a) Nunca b) A veces c)Seguido d)Siempre

- 4. ¿Alguna vez se ha comparado a usted mismo con alguien de la televisión o de las revistas? Subraye la respuesta**
a) Nunca b) A veces c)Seguido d)Siempre

- 5. ¿Siente usted la necesidad de alterar o modificar su cuerpo para parecerse a las personas que aparecen en la televisión o en las revistas? Subraye la respuesta**
a) Nunca b) A veces c)Seguido d)Siempre

- 6. Si la respuesta fue afirmativa (a veces, seguido o siempre) ¿De qué firma ha tratado de alterar o modificar su cuerpo para parecerse a las personas que aparecen en la televisión o en las revistas? Escriba su respuesta:**

7. Responda a la siguiente afirmación: “Sería más feliz si yo fuera bello (a)”

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

8. ¿Está usted de acuerdo en que los medios de comunicación reflejan correctamente la imagen corporal promedio?

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

Explique sus razones:

10. ¿Si usted tuvo algún artista famoso o celebridad favorito durante su adolescencia, quién fue? Explique su respuesta.

11. ¿Si tuvo un artista favorito, le hubiera gustado tener algún parecido? Explique su respuesta.

12. ¿Considera usted que la televisión o revistas vistas durante su adolescencia tuvieron influencia en el cambio de su apariencia?

- b) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

13. ¿Considera usted que la televisión o revistas que actualmente mira tienen influencia en el cambio de su apariencia?

- c) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Indiferente d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

14. ¿Actualmente tiene usted algún artista famoso o celebridad favorito a quien quisiera parecerse? Si esto es afirmativo, explique qué personaje es y en qué le gustaría encontrar un parecido:

Cuestionario de escrutinio para TDC. Versión adultos

Instrucciones: Este cuestionario evalúa la preocupación acerca de su apariencia. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y circule la respuesta que mejor describa lo que piensa y también responda aquellas preguntas que se indican.

1. ¿Usted está muy preocupado por su apariencia física o por alguna(s) parte(s) de su cuerpo que considere poco atractiva(s) o que no le agrada?	SI	NO
1a) Si es así: ¿estas preocupaciones lo inquietan, piensa constantemente en ellas y desearía preocuparse menos?	SI	NO
1b) ¿Cuáles son las partes de su cuerpo que le preocupan? Por favor escriba:		
<p>Ejemplos de áreas de su cuerpo que preocupan, incluyen: su piel (ej. acné, cicatrices, enrojecimiento, palidez, arrugas), cabello (ej. Pérdida de cabello o fragilidad del mismo), la forma o el tamaño de su nariz, boca, mandíbula, labios, abdomen, caderas, etc. o defectos en sus manos, genitales, busto o alguna otra parte de su cuerpo.</p>		

NOTA: Si usted contestó “NO” a cualquiera de las preguntas previas, considere terminado este cuestionario. Si contestó “SI” por favor continúe.

2. Consecuencia que han tenido en su vida estas preocupaciones sobre su apariencia.		
2a) ¿El defecto o la inconformidad con su apariencia le han ocasionado sufrimiento o malestar importante?	SI	NO
2b) ¿El defecto o la inconformidad con su apariencia han interferido con su vida social significativamente?	SI	NO
2c) Si es así, ¿en qué forma? Por favor escriba:		
2d) ¿El defecto o la inconformidad con su apariencia ha interferido significativamente en su actividad escolar, laboral o para desempeñar sus actividades diarias?	SI	NO
2e) Si es así ¿en qué forma? Por favor escriba:		

2f) ¿Existen situaciones en su vida que evite debido al defecto o inconformidad con su apariencia? (ej: asistir a reuniones sociales, utilizar el transporte público, ir a bañeros, gimnasios, restaurantes, supermercados)	SI	NO
2g) Si es así ¿cuáles? Por favor escriba:		
<p>3. ¿Aproximadamente cuántas horas al día invierte en pensar en su defecto o en la inconformidad que tiene con su apariencia?</p> <p>a) Menos de 1 hora b) de 1 a 3 horas al día c) más de</p> <p>3 horas al día</p>		
4. ¿La principal preocupación de su apariencia está relacionada con su peso?	SI	NO

Por favor continúe con las siguientes preguntas:

¿Usted revisa frecuentemente el defecto o la parte de su apariencia que le preocupa en espejos o superficies reflectoras?	SI	NO
¿Usted trata de convencer a otras personas que hay algo mal en su apariencia aunque ellos lo consideren mínimo o inexistente?	SI	NO
¿Usted adopta determinadas posiciones corporales para esconder o disimular la parte de su apariencia que le preocupa, por ejemplo voltear la cara o mantenerse agachado?	SI	NO
¿Usted trata de esconder o disimular el defecto o la parte de su apariencia que le preocupa utilizando maquillaje excesivo o accesorios como gorras, anteojos, ropa holgada?	SI	NO
¿Usted ha querido realizarse tratamientos de cirugía cosmética, dermatológicos u otros tratamientos para corregir el defecto o la parte de su apariencia que le preocupa?	SI	NO
¿Usted se siente ansioso o triste por el defecto o la parte de su apariencia que le preocupa?	SI	NO

Y-BOCS Modificado para trastorno dismórfico corporal.

Instrucciones: Para cada reactivo circule el número de la respuesta que describa mejor al paciente durante la semana pasada.

1) Tiempo ocupado por pensamientos acerca del defecto corporal.

¿Cuánto de su tiempo es ocupado por PENSAMIENTOS acerca de un defecto o alteración en su apariencia? (mencione las partes del cuerpo que le preocupan).

0. Nada.
1. Leve (menos de 1 hora/día o intrusión ocasional).
2. Moderado (1 a 3 horas/día o intrusión frecuente).
3. Grave (más de 3 y hasta 8 horas/día o intrusiones muy frecuentes).
4. Extremo (más de 8 horas/día o intrusiones casi constantes)

2) Interferencia debida a pensamiento acerca del defecto corporal.

¿Qué tantos sus PENSAMIENTOS acerca de su defecto corporal interfieren con su funcionamiento social o laboral (o en su actividad) ¿ ¡Hay algo que no haga o no pueda hacer a causa de ellos? (Si actualmente no trabaja, estime que tanto se vería afectado su rendimiento si trabajara).

0. Nada.
1. Leve, poca interferencia con actividades sociales y laborales, pero sin deterioro en el desempeño global.
2. Moderado, definitiva interferencia en el desempeño social o laboral, pero aun manejable.
3. Grave, causa deterioro sustancial en el desempeño social o laboral.
4. Extremo, incapacitante.

3) Malestar asociado a pensamiento acerca del defecto corporal.

¿Cuánto malestar le causan sus PENSAMIENTOS acerca del defecto corporal?

0. Ninguno.
1. Leve (no muy molesto).
2. Moderado (molesto, pero manejable).
3. Grave (muy molesto).
4. Extremo (malestar incapacitante).

4) Resistencia en contra de los pensamientos sobre el defecto corporal.

¿Cuánto esfuerzo hace para resistir estos pensamientos? ¿Qué tan frecuente trata de ignorar o desviar su atención de estos pensamientos cuando llegan a su mente? (solo califique el esfuerzo por resistir, NO el éxito o fracaso en realmente controlar los pensamientos).

0. Siempre hace un esfuerzo por resistir o los síntomas son tan leves que no necesita resistirlos activamente
1. Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
2. Hace algún esfuerzo por resistir.
3. Cede aunque con renuencia a todos los pensamientos sin intentar controlarlos.
4. Cede completa y voluntariamente a todos sus pensamientos.

5) Grado de control sobre los pensamientos acerca del defecto corporal.

¿Cuánto control tienen sobre sus PENSAMIENTOS acerca de su defecto corporal? ¿Qué tan exitosos es en detener o desviar estos PENSAMIENTOS?

0. Control completo o sin necesidad de control porque los pensamientos son mínimos.
1. Mucho control, generalmente logra detener o desviar estos pensamientos con algún esfuerzo o concentración.
2. Moderado control, algunas veces logra detener o desviar estos pensamientos.
3. Poco control, rara vez logra detener estos pensamientos, solo puede desviar la atención con dificultad.
4. Nulo control, los experimenta como totalmente involuntarios, rara vez logra incluso momentáneamente desviar la atención.

6) Tiempo empleado en actividades relacionadas al defecto corporal.

¿Cuánto tiempo invierte en actividades relacionadas con la preocupación acerca de su apariencia? (lea la lista de rituales de TDC). (Marque todas las que correspondan)

- Revisarse en espejos u otras superficies reflejantes.
- Cambios o seleccionar la ropa en base a la preocupación.
- Realizar actividades de arreglo personal.
- Maquillarse.
- Examinar o comparar su apariencia con la de otros.
- Preguntar a otros sobre su apariencia o debatir sobre ella.
- Escoriarse la piel.
- Tocar el área corporal de su preocupación.
- Realizar ejercicio excesivo.

Otras:

_____.

0. Nada.
1. Leve (emplea menos de 1 hora/día).
2. Moderado (1 a 3 horas/día).

3. Grave (emplea más de 3 y hasta 8 horas/día).
4. Extremo (emplea más de 8 horas/día en estas actividades).

7) Interferencia debida a las actividades relacionadas con el defecto corporal.

¿Qué tanto las ACTIVIDADES relacionadas a su defecto corporal interfieren con su funcionamiento social o laboral (o en su ocupación habitual)? ¿Hay algo que no haga o no pueda hacer a causa de ellas? (Si actualmente no trabaja, estime que tanto se vería afectado su rendimiento si trabajara).

0. Nada.
1. Leve, poca interferencia con actividades sociales y laborales, pero sin deterioro en el desempeño global.
2. Moderado, definitiva interferencia en el desempeño social o laboral, pero aun manejable.
3. Grave, causa deterioro sustancial en el desempeño social o laboral.
4. Extremo, incapacitante

8) Malestar asociado a pensamiento acerca del defecto corporal.

¿Cómo se sentiría si no pudiera realizar estas ACTIVIDADES? ¿Qué tan ansioso se sentiría? (Califique el grado de malestar o frustración que la persona sentiría si las conductas fueran interrumpidas repentinamente).

0. Nada.
1. Leve, sólo ligeramente ansioso si las conductas fueran impedidas.
2. Moderado, la ansiedad se incrementaría se las conductas fueran impedidas pero aún sería.
3. Grave, la ansiedad aumenta de forma intensa y muy molesta si las conductas fueran interrumpidas.
4. Extremo, ansiedad incapacitante ante cualquier intervención que tenga como objetivo modificar las actividades.

9) Resistencia contra las compulsiones.

¿Cuánto esfuerzo hace para resistir estos ACTIVIDADES? (solo califique el esfuerzo para resistir, no el éxito o fracaso en el control efectivo de las actividades)

0. Se esfuerza siempre para resistir o los síntomas son tan pocos que no necesita una resistencia activa.
1. Intenta resistir la mayoría de las veces.
2. Hace algún esfuerzo para resistir.
3. Cede a casi todas las conductas sin tratar de controlarlas, pero lo hace con cierta renuencia.

4. Cede completa y voluntariamente a todas las conductas relacionadas al defecto corporal.

10) Grado de control sobre las conductas compulsivas.

¿Qué tan fuerte es el impulso para realizar las conductas? ¿Qué tanto control tiene sobre ellas?

0. Completo control o el control es innecesario pues los síntomas son leves.
1. Mucho control, se siente presionado para realizar las conductas pero generalmente puede ejercer control voluntario sobre ellas.
2. Moderado control, fuerte presión para realizar las conductas, las puede controlar con dificultad.
3. Poco control, muy fuerte impulso para realizar las conductas, debe realizarlas completamente, solo puede postergarlas con dificultad.
4. Nulo control, el impulso para realizar las conductas se experimenta como totalmente involuntario y abrumador, ni momentáneamente puede retrasar la actividad.

11) Insight.

¿Es posible que su defecto pueda ser menos notable o menos feo de lo que usted piensa? ¿Qué tan convencido está de que (menciona la parte corporal) es tan desagradable como usted piensa? ¿Alguien puede convencerlo que no se ve tan mal?

0. Excelente insight, totalmente racional.
1. Buen insight. Reconoce lo absurdo o exagerado de sus pensamientos o conductas pero no impresiona totalmente convencido.
2. Moderado insight. Con renuencia admite que sus pensamientos o conductas parecen exageradas.
3. Pobre insight. Sostiene que sus pensamientos o conductas no son racionales.
4. Nulo insight, delirante. Definitivamente convencido de que las preocupaciones y conductas son razonables, no cambia aún con evidencias en contra.

12) Evitación.

¿Ha estado evitando hacer alguna cosa, ir a algún lugar o estar con alguien a causa de sus pensamientos o conductas relacionadas con su defecto corporal? (Si la respuesta es afirmativa, entonces pregunte: ¿Qué tanto evita? Califique el grado en el que el paciente trata deliberadamente de evitar cosas. No incluya evitación de espejos o rituales).

0. Sin evitación deliberada.

1. Leve, mínima evitación.
2. Moderada, alguna evitación claramente presente.
3. Grave, mucha evitación, evitación prominente.
4. Extrema, evitación muy extensa, el paciente evita casi todas las actividades.

Los reactivos 13 y 14 se refieren a la gravedad global de la enfermedad, el evaluador debe considerar la función global, no sólo la gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal.

13)Gravedad global.

Este es un juicio global de la severidad de la enfermedad del paciente, evaluado a partir de 0 (sin enfermedad) a 6 (lo más grave que ha visto). Considere el grado de sufrimiento experimentado por el paciente, los síntomas observados y el grado de deterioro en la función. Su juicio se requiere tanto para evaluar estos datos, como para considerar la confiabilidad de los mismos. Juzgue en base a la información obtenida durante la entrevista.

0. Sin enfermedad.
1. Enfermedad dudosa, transitoria; sin deterioro funcional.
2. Síntomas leves, poco deterioro funcional.
3. Síntomas moderados, funciona con esfuerzo.
4. Síntomas moderados-graves, funcionamiento limitado.
5. Síntomas graves, funcional solo con ayuda.
6. Síntomas muy graves, completamente disfuncional.

14)Mejoría global.

Califique la mejoría total presente en el momento actual, a partir de la evaluación inicial, independientemente de que a su juicio se deba a tratamiento farmacológico.

0. Mucho empeoramiento.
1. Moderado empeoramiento.
2. Mínimo empeoramiento.
3. Sin cambio.
4. Mínima mejoría.
5. Moderada mejoría
6. Mucha mejoría.

d. Comité de Ética e Investigación



INSTITUTO NACIONAL DE PSICUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
* 28 SET. 2018 *
DEPARTAMENTO ACADÉMICO
HORA 9:10
NOMBRE Angelica

Fecha y Número de Aprobación:

Septiembre 24, 2018

CEI/C/076/2018

Dra. Ericka Gabriela Orozco Saul
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Impacto de los medios de comunicación en pacientes con trastorno dismórfico corporal", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación y Consentimiento informado y tríptico

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

P.a.

Dra. Lilliana Mondragón Barrios
Presidente del Comité de Ética en Investigación
ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.

C.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.

Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente

Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

COMITE DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

APROBADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSICUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
27 SEP 2018
NOMBRE Casab
HORA 11:20