



Estudio de caso: influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven
universitaria en el año 2022

Sara Estrada Londoño

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

mayo de 2022

Estudio de caso: influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven
universitaria en el año 2022

Sara Estrada Londoño

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Gladys Patricia Montoya Cano

Psicología

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

mayo de 2022

Dedicatoria

En toda esta larga trayectoria he aprendido infinidad de cosas que se quedaron por siempre en mí. Pero, una de las más importantes es lo fundamental que es tener quien (o quienes) te apoyen en cada paso importante de tu vida, hoy, lo es mi tesis, es por esto que agradezco principalmente a Dios, por iluminarme de conocimiento, por guiarme y por permitirme contar con personas tan admirables y maravillosas en esta formación profesional y personal.

Agradezco a mi familia, por no permitirme caer cuando mis emociones fueron una montaña rusa y cuando quise desistir, porque además de esto fueron mi apoyo, mi sustento y mi equipo en este camino tan enriquecedor en mi vida.

Agradezco a mi asesora Gladys, quien estuvo desde el primer momento dispuesta a compartirme sus conocimientos de la manera más noble y paciente que existe, sin su ayuda este trabajo no hubiese sido posible.

Por último, agradezco a mis amigos, compañeros de clase y todas las personas que de una u otra manera hicieron parte de este proceso, gracias a ellos, a sus muestras de afecto y compañía todo este camino fue mucho más ameno y enriquecedor para mí.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Planteamiento del problema	10
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Justificación	13
Marco teórico	15
Marco conceptual	15
<i>Trastorno dismórfico corporal</i>	15
<i>Autoconcepto</i>	19
<i>Trastorno de ansiedad</i>	24
Marco legal	27
Estado del arte	29
Diseño metodológico	32
Consideraciones éticas	36
Presentación del caso	37
Datos generales e historia personal	37
Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual	38
Evaluación del estado mental	39
Análisis de contenido	41
Capítulo uno: trastorno dismórfico corporal	49
Capítulo dos: autoconcepto	51
Capítulo tres: esquema cognitivo	52
Resultados	54
Conclusión	56
Referencias	57
Anexos	60
Anexo 1. Estructura entrevista aplicada	60
Anexo 2. Consentimiento informado	67

Anexo 3. Transcripción entrevista aplicada..... 68

Tabla de ilustraciones

<i>Ilustración 1. Dimensiones componenciales del autoconcepto.....</i>	<i>21</i>
<i>Ilustración 2. Cuadro trastorno de ansiedad según DSM - V.....</i>	<i>27</i>
<i>Ilustración 3. Cuadro categorías entrevista a profundidad.....</i>	<i>48</i>

Resumen

Se realizó un estudio de caso por medio de instrumentos de recolección de datos como observación, análisis de documentos y entrevista semiestructurada a una joven universitaria de enfermería con 21 años de edad diagnosticada con trastorno dismórfico corporal. El objetivo de esta investigación es comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria. El diseño metodológico planteado en esta investigación es cualitativo ideográfico con enfoque fenomenológico y paradigma constructivista, referente a un estudio de caso. Como resultado se logró identificar que el trastorno dismórfico corporal sí influye de manera significativa en el autoconcepto presentando una afección notoria, principalmente en la calidad de vida y en las actividades cotidianas. En conclusión, la influencia y la presión social afectan directamente en esta problemática, creando estándares de belleza difíciles de alcanzar, desencadenando en las personas esquemas cognitivos disfuncionales que se pueden generar con el fin de alcanzar ese estándar social.

Palabras claves: trastorno dismórfico corporal, autoconcepto, imagen corporal, entorno social, influencia, estándares.

Abstract

A case study was carried out through the instruments of observation, document analysis and semi-structured interview with a 21-year-old nursing university student diagnosed with body dysmorphic disorder. The objective of this research is to understand the influence of body dysmorphic disorder on the self-concept of a young university student. The methodological design proposed in this research is qualitative ideographic with a phenomenological approach and a constructivist paradigm, referring to a case study. As a result, it was possible to identify that body dysmorphic disorder does have a significant influence on self-concept, presenting a noticeable condition, mainly in their quality of life and in their daily activities. In conclusion, social influence and pressure directly affect this problem, creating beauty standards that are extremely difficult and illogical to achieve, triggering dysfunctional cognitive schemes in people due to the addictions that can be generated in order to reach that social standard.

Keywords: body dysmorphic disorder, self-concept, body image, social environment, influence, standards.

Introducción

Mediante el presente estudio se busca comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria, la indagación de este tema tiene una gran relevancia y un aporte significativo debido a que son unos conceptos que poco se estudian y poco se tienen en cuenta, problemática que hace que dichas afectaciones generen enfermedades silenciosas en las personas que lo padecen.

De acuerdo con Sandoval, García & Pérez (2009) el trastorno dismórfico corporal puede definirse como “la preocupación excesiva y desproporcionada por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física” (p. 244). Asimismo, Amezcua & Pichardo (2000) nos mencionan que “el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser, de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás” (p. 207). Ahora bien, desde la línea que se llevó a cabo en esta investigación, es necesario reconocer la importancia del trastorno dismórfico corporal y como este, paulatinamente, puede influir en la vida cotidiana de las personas que lo padecen, siendo un determinante clave en las decisiones, emociones, estilo de vida y creencias del sujeto. Es por esto, que desde la temática planteada se propone indagar aquellos factores determinantes en relación al sujeto. El objetivo de esta investigación es comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria. Presentado en un estudio de tipo cualitativo ideográfico con un enfoque fenomenológico basado en un paradigma constructivista, usando como base de recolección de datos la entrevista a profundidad, la observación y el análisis de documentos por medio de la población tratada que, en este caso se hace mención a una joven universitaria para el desarrollo del estudio de caso.

Planteamiento del problema

El propósito de este estudio investigativo de tipo cualitativo ideográfico (estudio de caso), es comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria que padece de dicho trastorno. Por otra parte, como instrumento de recolección de datos se utilizarán la observación, el análisis de documentos y la entrevista a profundidad, cabe resaltar que el trastorno dismórfico corporal puede definirse según Sandoval, García & Pérez (2009) como “la preocupación excesiva y desproporcionada por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física” (p. 244).

Los motivos que llevaron a investigar el trastorno dismórfico corporal por medio de un estudio de caso, se centran en tratar de comprender la influencia del TDC (trastorno dismórfico corporal) en el autoconcepto de las personas que lo padecen y cómo estos sujetos se ven afectados en su nivel de funcionalidad.

Por otra parte, es relevante tener en cuenta que el trastorno dismórfico corporal ha sido estigmatizado ya que en algunos casos se ha relacionado con otros trastornos como la esquizofrenia. Es por esto, que uno de los factores que encaminaron a realizar esta investigación es tomar una postura crítica acerca del impacto de este trastorno y de esta manera generar conocimientos que permitan abordar casos similares con éxito.

Al querer investigar el TDC por medio de un estudio de caso, se pudo inferir que es muy probable su realización, esto debido a que algunos factores como lo son las condiciones éticas, sociales y políticas, nos permiten la realización del mismo.

Principalmente, la investigación es viable, porque en la investigación se guardará confidencialidad de la identidad de la unidad de análisis, en ningún momento se irrumpirá la ética que caracteriza la comunidad científica. Por otra parte, las condiciones económicas no afectan en gran medida a la investigación, ya que el gasto de dinero es mínimo. Y también, la voluntad permite realizar la investigación por medio de la unidad de análisis al mostrar una actitud segura y consciente del proceso de realización en la investigación, siendo este un factor clave para el desarrollo de la misma.

Por último, el aporte a la disciplina que pretende brindar esta investigación es conocer el concepto tratado por medio de las experiencias sociales individuales, permitiendo el acercamiento a la realidad social y demostrando una perspectiva más amplia y real de los acontecimientos que suceden en una comunidad. También, posibilita una aproximación a las vivencias de los sujetos en su contexto natural y cotidiano, haciendo un aporte más significativo y real.

Es por esto que la presente investigación plantea la siguiente pregunta: ¿cómo influye el trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria?

Objetivos

Objetivo general

Comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria.

Objetivos específicos

- Identificar los indicadores del trastorno dismórfico corporal en el caso estudiado.
- Analizar las convergencias y divergencias mediante la triangulación de teorías.
- Describir el contexto en el que se encuentra la unidad de análisis.

Justificación

El trastorno dismórfico corporal, es una categoría psicopatológica de gran importancia a nivel social debido a todo lo que implica para las personas que lo padecen. Es por esto, que, esta propuesta investigativa, está ligada a la necesidad de profundizar en el impacto que causa el TDC en el comportamiento de las personas afectadas por dicho trastorno. Desde el abordaje de esta investigación que es el estudio de caso, se busca comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto, permitiendo un amplio estudio con un proceso investigativo desde la psicología como disciplina científica.

Por consiguiente, y luego de hacer una revisión bibliográfica, esta investigación sería viable en el sentido de que la temática posee un alto impacto social, debido a la aplicabilidad que se le puede dar para continuar con el estudio del trastorno dismórfico corporal y cómo éste influye en el día a día de las personas que presentan dicho caso. En consecuencia, el TDC puede afectar diferentes ámbitos de la vida del paciente, como lo son el ámbito social, cognitivo, personal, laboral, entre otros.

Cabe resaltar, que el trastorno dismórfico corporal presenta muchas variantes, ya que éste viene ligado a otros cuadros clínicos que puede presentar el sujeto, como lo son el TOC (trastorno obsesivo compulsivo), trastornos somatomorfos, esquizofrenia, depresión, etc.

Según Barraca (2000) “La evitación social y laboral por causa del trastorno pueden resultar muy acusadas; asimismo, son normales los síntomas de depresión, baja autoestima, obsesiones y compulsiones, aislamiento y trastornos de personalidad” (Neziroglu y Yaryura

- Tobías, 1997; Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson y Walburn, 1996; como se citó en Barraca, 2000).

El trastorno dismórfico corporal, es un concepto que se ha desarrollado a lo largo del tiempo en diferentes contextos como las cirugías estéticas, las relaciones interpersonales, la autoestima, el autoconcepto, entre otros. Es por esto que, su abordaje desde el campo investigativo tiene gran valor en la medida en que permite comprender e indagar las diferentes maneras en las que el TDC se puede presentar en la vida de las personas.

Marco teórico

Marco conceptual

Trastorno dismórfico corporal

El trastorno dismórfico corporal fue descrito por primera vez por el médico e investigador psíquico italiano Henry Morselli. Según Arab (2010):

Este concepto fue acuñado desde la medicina griega clásica en que se establecía una íntima conexión entre “la belleza y la bondad”. En 1891, Enrique Morselli la define como “monomanía abortada” (síntoma obsesivo que predomina por sobre otros) y “temor a la fealdad”. El miedo que también se encuentra en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) fue asociado con posterioridad a una psicosis de la fealdad e hipocondría de la belleza, y por eso ha sido inscrito en los trastornos somatomorfos como paranoia hipocondríaca o locura de introspección.

Kraepelin, en 1961, lo insertó dentro del espectro fóbico, por la ansiedad y miedo que genera. Sin embargo, también ha sido catalogado como pródromo (síntomas iniciales) de esquizofrenia, en donde a veces el diagnóstico diferencial resulta prácticamente imposible; incluso existen reportes de casos clínicos de pacientes diagnosticados y tratados como tal, no obstante, una vez que reciben antidepresivos (clomipramina) muestran una mejoría significativa.

En 1977 se acuñó el término dismorfofobia, que no es adecuado, porque lo categoriza como una fobia, pero en realidad representa un

elemento fóbico en algunos pacientes. Tras dicho periodo, se hace referencia a la psicosis hipocondríaca monosintomática; y ya en el año 1994 se establece el concepto de trastorno dismórfico corporal (DSM).

El trastorno dismórfico corporal ha sido objeto de diferentes investigaciones, ya que como lo mencionaba Arab (2010), este trastorno ha sido encasillado dentro de diferentes variantes analíticas, como lo son los trastornos somatomorfos, el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia y las fobias. Por lo general, las personas que padecen de dicho trastorno, suelen tener ideas irreales de lo que son físicamente, creando escenarios fantasiosos donde se ven como personas deformes y pasa de ser un problema de autoestima o de “sentirse feo” a convertirse en algo de mayor magnitud.

Según Sandoval, García & Pérez (2009):

El trastorno dismórfico corporal consiste en la preocupación excesiva y desmesurada por un defecto mínimo o imaginario en la apariencia física de un paciente, lo que le provoca un deterioro en su calidad de vida que le insta a demandar distintos tratamientos médicos o quirúrgicos. Sospechado y tratado oportunamente, puede presentar una evolución más favorable, ya que, por el contrario, puede determinar acciones iatrogénicas (daño ocasionado por el profesional de la salud al paciente) y originar consecuencias médico-legales (p. 244).

Por otra parte, según Jiménez, Vicent & Garrigues (2019):

La preocupación por la imagen corporal es muy común en el adolescente, de hecho, hay estudios que demuestran que entre las circunstancias y situaciones que causan preocupación a los adolescentes, tener un físico poco atractivo es lo más frecuente, por delante de otras

circunstancias propias de la adolescencia como la preocupación por amistades, el rechazo por parte del grupo, la separación del hogar familiar, la falta de intimidad, etc. La preocupación dismórfica implica una hiper preocupación por ciertos aspectos de la apariencia física, se observa hasta en un 25% de los adolescentes, tratándose de un rasgo con una heredabilidad del 44% de la varianza de la presentación de este tipo de preocupaciones se explica por factores genéticos. La adolescencia implica el tránsito de la identidad infantil a la identidad adulta; y la identidad se asienta en el cuerpo, un cuerpo que cambia de forma mucho más rápida en esta etapa de la vida de lo que se tarda en perder la identidad infantil a nivel cognitivo y emocional, emergiendo nuevos aspectos físicos que provocan sentimientos de vergüenza ante la posibilidad de decepciones frente a la apariencia que el adolescente espera. Se trata pues de una etapa de muy alta sensibilidad al propio aspecto y por tanto de especial vulnerabilidad para la psicopatología relacionada con las preocupaciones por la imagen y la apariencia, muy mediatizadas por el sentimiento de vergüenza (p. 5).

Como se mencionó anteriormente, a pesar de que el trastorno dismórfico corporal tiende a evidenciarse en la etapa adolescente, es necesario tener en cuenta que este también se presenta en la etapa adulta directa o indirectamente, ya sea con el propio TDC o con diferentes variantes como lo son el trastorno dismórfico muscular, la vigorexia, los trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Por esto, es indispensable tener en cuenta la importancia de la aparición de dichos trastornos en cualquier momento de la vida, ya que independientemente de la etapa en la que se encuentre la persona puede padecer dicho trastorno o alguno de sus derivados.

Según Arab (2010) el tratamiento apropiado para el TDC es “la psicoterapia resulta más efectiva que la farmacoterapia cuando se compara por separado, pero la farmacoterapia mejora su efectividad cuando se presentan casos con síntomas depresivos-ansiosos y con el espectro de TOC”. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que el tratamiento aportado por el especialista debe ser multimodal, ya que al enfocarse en un solo tipo de tratamiento para un trastorno de esta magnitud está presente la posibilidad de que no pueda ser eficaz para el paciente. Es por esto, que se recomienda realizar un tratamiento combinado, principalmente, por fármacos y terapia enfocada en el enfoque cognitivo conductual.

El trastorno dismórfico corporal presenta muchas variantes a la hora de padecerlo, ya que como se ha podido evidenciar en los enunciados anteriores este viene ligado a otros problemas que pueda padecer el paciente, como lo puede ser el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos somatomorfos, esquizofrenia, depresión, etc. Es por esto, que se busca que el tratamiento brindado sea eficaz para que el paciente pueda obtener bienestar.

En este sentido Barraca (2000) aporta:

Los pacientes con TDC (anteriormente denominado dismorfofóbico) pasan mucho tiempo examinando sus “defectos” y tratan de ocultarlos con maquillaje, ropas, sombreros o peinados especiales (Rosen, Reiter y Orosan, 1995, como se citó en Barraca, 2000). Habitualmente, solicitan de sus familiares o personas de confianza palabras tranquilizadoras (Warwick, 1995, como se citó en Barraca, 2000), pero estos comportamientos sólo parecen tener un efecto de alivio a muy corto plazo. La evitación social y laboral por causa del trastorno pueden resultar muy acusadas; asimismo, son normales síntomas de depresión, baja autoestima, obsesiones y compulsiones, aislamiento y trastornos de personalidad (Neziroglu y

Yaryura - Tobías, 1997; Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson y Walburn, 1996, como se citó en Barraca, 2000). Si bien existe todavía poca información al respecto, parece que la incidencia por sexos es más o menos equivalente, su inicio se localiza, salvando raras excepciones, en la etapa adolescente y el curso suele ser continuo con pocos intervalos sin síntomas, aunque cabe la posibilidad de que su intensidad varía a lo largo del tiempo (APA, 1994, como se citó en Barraca, 2000) (p. 84).

Con este último apartado, podemos analizar que el trastorno dismórfico corporal no solo influye en la vida de la persona que lo padece sino también en las personas que forman su círculo social y entorno, como lo son sus familiares, amigos y pareja. Generalmente, estas personas tratan de brindarle un espacio de apoyo y bienestar al afectado, sin embargo, este efecto, como se mencionaba en el párrafo anterior, es momentáneo y desaparece en cuestión de horas o días. Volviendo nuevamente al problema de aflicción y generando más inseguridad e incertidumbre en el paciente. Por esto, aunque haya personas de apoyo, es necesario recurrir a ayuda profesional para conseguir resultados oportunos y duraderos.

Autoconcepto

Se puede definir el autoconcepto como la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo, donde el sujeto se hace juicios de valor, autocríticas y está en constante autoevaluación, en concordancia con Pienda, Núñez, Pumariega & García (1997) quién afirma:

El autoconcepto más positivo se logra cuando el individuo se describe muy positivamente (autoimagen alta) y, además, ello tiene un gran

valor para éste (alta importancia). Por el contrario, el autoconcepto más negativo se consigue al coincidir una mala autoimagen y un alto valor para el sujeto. Sin entrar más a fondo en esta cuestión, es importante destacar la relevancia que esto tiene de cara a la comprensión de la imagen que cada persona tiene de sí misma y, también, respecto de su evaluación. (p. 274).

En este apartado, se explica qué tipo de dimensiones y percepciones puede tener el sujeto sobre sí mismo, creando en él, una autoimagen alta o baja según su criterio propio.

Por otra parte, Amezcua & Pichardo (2000) citan varios autores que aportan al tema:

Para Harter (1990), el autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo; de forma similar, Kalish (1983) considera que el autoconcepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan. No cabe duda de que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto que es la autoimagen, puesto que el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás, como afirman González y Tourón (1992). Componente afectivo y evaluable que es la autoestima; así, cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas según diferentes autores (Burns, 1979; Gecas, 1982; Wells y Marwell, 1976; Wylie, 1974, 1979 como se citó en Amezcua & Pichardo 2000) (p. 207).

Además, se indagó un modelo que nos permite identificar que desde el autoconcepto se abordan otras temáticas orientadas a mejorar la calidad de vida.

González, Núñez, Pumariiega y García (1997) nos ofrecen el siguiente esquema:

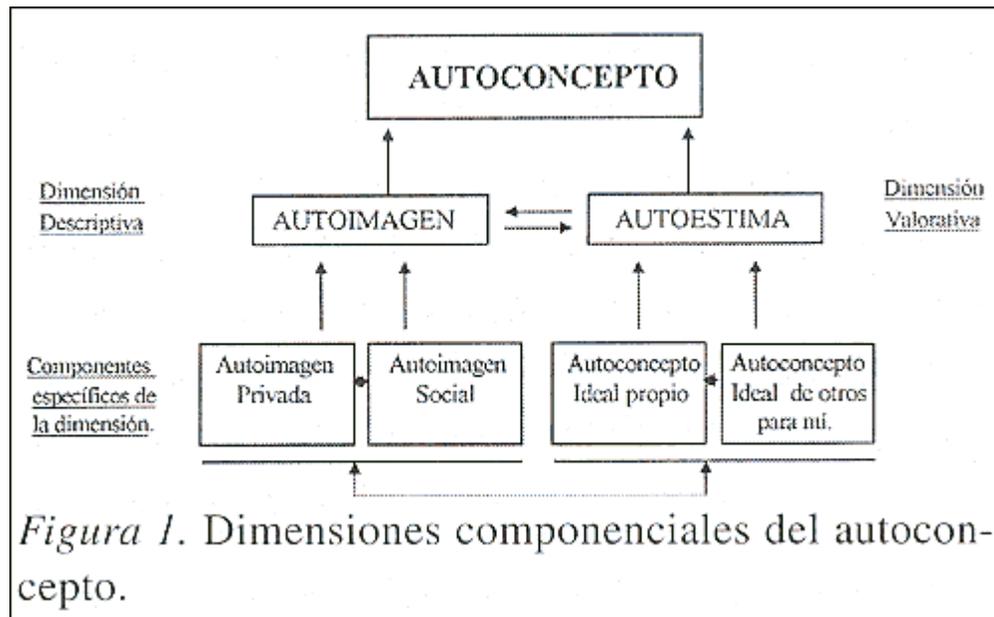


Ilustración 1. Dimensiones componenciales del autoconcepto.

Según González, Núñez, Pumariiega y García (1997) el modelo presentado anteriormente define:

Un esquema sobre la dimensión conceptual del autoconcepto únicamente con el fin de realzar los aspectos más relevantes del mismo. En ella se aprecia una doble vertiente: la descriptiva o autoimagen (cómo percibo que soy) y la valorativa o autoestima (cómo valoro mi autoimagen). A su vez, la autoimagen que cada uno construimos se encuentra formada tanto por feedback respecto a nosotros como individuos como por información derivada de los roles que desempeñamos en nuestra interacción social. Desde nuestra perspectiva, por su parte, la autoestima estaría vinculada al autoconcepto ideal, no sólo respecto de lo que me gustaría ser (por tener un gran valor e importancia para mí), sino también de lo que a los

demás les gustaría que yo fuese (por el valor que ello tiene para aquéllos). Los contenidos que incluyen tanto el autoconcepto ideal propio como el deseado por los otros significativos pueden ser tanto de naturaleza social como privada; de hecho, frecuentemente coexisten ambos tipos de contenidos. Cuando existe una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal, tiene lugar una alta probabilidad de que ello genere en el individuo tanta ansiedad que puede llevarle a crear un autoconcepto realmente negativo (aun cuando la autoimagen inicial no fuese negativa) y a un preocupante estado depresivo. Este estado concreto puede verse agravado si el autoconcepto ideal del sujeto coincide con el de los otros significativos (es decir, el individuo desearía ser de un determinado modo porque, por ejemplo, sus padres o sus amigos así lo desean también). Todo esto es realmente insostenible para la persona cuando, además de lo dicho, aparece ésta como la única culpable de que exista tal discrepancia. Por tanto, aun siendo importante la imagen que la persona tiene de sí misma en la formación de un determinado nivel de su autoconcepto, también lo es el valor de dicha autoimagen, pues ello modula dicho nivel, así como los efectos de la posible discrepancia entre lo que quiero ser, lo que soy y lo que los demás quieren que sea (p.274).

Por último, Esnaola, Goñi & Madariaga (2008) proponen la idea de cuatro autoconceptos los cuales son físico, personal, social y académico medidos a partir de diferentes instrumentos “la amplia aceptación la comunidad científica del modelo jerárquico y multidimensional propició la elaboración de instrumentos de medida y el

progresivo abandono de otros numerosos cuestionarios inspirados en concepciones teóricas menos precisas o convincentes” (p.71).

Según Esnaola, Goñi & Madariaga (2008):

Autoconcepto físico.

Con respecto al autoconcepto físico, si bien su naturaleza multidimensional no ofrece dudas, cuál sea el número e identidad de las dimensiones que lo componen sigue siendo un tema abierto a discusión, a la vez que un asunto decisivo en la construcción de cuestionarios, cuyas escalas han de redactarse obviamente en función de las dimensiones que pretendan medirse (p. 71).

Autoconcepto personal.

El término autoconcepto personal utilizado para denominar uno de los cuatro grandes dominios del autoconcepto ha sido elegido con preferencia a otras denominaciones (como las de autoconcepto emocional o autoconcepto moral...) por resultar más comprensivo que otras y por entender que incluye a todas ellas (p.73).

Autoconcepto social.

Los cuestionarios más antiguos empleados para medir el autoconcepto social responden a una concepción unidimensional del autoconcepto según la cual las personas construyen una visión global de sí mismas. Entre ellos destacan el Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) de Fitts (1965), que pretende medir las percepciones de las personas sobre sus habilidades sociales; el Coopersmith SelfEsteem Inventory (Coopersmith,

1967, 1981), en el que se mide el self en diferentes áreas y entre ellas la social; y el Texas Social Behavior Inventory (TSBI), creado por Helmreich, Stapp y Ervin (1974), cuyos ítems también hacen referencia a la aceptación social percibida cuando las personas se comparan con los demás en general y no sólo con los pares (p.74).

Autoconcepto académico.

La importancia concedida al autoconcepto académico en la investigación educativa es enorme respondiendo a la presunción de que no se puede entender la conducta escolar sin considerar las percepciones que el sujeto tiene de sí mismo y, en particular, de su propia competencia académica (Goñi y Fernández, 2008 como se citó en Esnaola, Goñi & Madariaga 2008) (p.76).

Trastorno de ansiedad

En las diferentes referencias que podemos encontrar en cuanto a medicina psicosomática y psiquiátrica se expresa que la representación resumida de los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad está categorizada de la siguiente manera según el DSM – V.

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico
Trastorno de ansiedad por separación:	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho.	El miedo, la ansiedad o la evitación debe estar presente un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo:	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problema en otras situaciones.	Duración mínima de un mes (no aplicable al primer mes al que se va a la escuela).
Fobia específica:	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariablemente respecto a un objeto o situación específica.	Especificación en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre, heridas, inyecciones, situacional, otras. Presente mínimo por 6 meses.
Trastorno de ansiedad social:	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en la que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros.	Únicamente relacionada con la ejecución. Presente mínimo por 6 meses.
Trastorno de angustia:	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ella va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente.	No aplica.

Agorafobia:	Miedo o ansiedad acusados que aparecen siempre respecto a dos o más situaciones (transportes públicos, lugares abiertos, multitud, estar solo fuera de casa). La persona teme o evita estas situaciones.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes por un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad generalizada:	Ansiedad y preocupación excesiva, persistente y difíciles de controlar sobre los diversos acontecimientos o actividades que se asocian a síntomas de sobre activación física.	La ansiedad o la preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicación:	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante poco tiempo después de la intoxicación.	No se dan exclusivamente durante delirium.
Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica:	El cuadro clínico se presenta fundamentalmente por la presencia de angustia o ansiedad como consecuencia pato fisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante delirium.
Otros trastornos de ansiedad no especificados:	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada de que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días.

Trastorno de ansiedad no especificado:	No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (ejemplo, urgencias).	No aplica.
--	--	------------

Ilustración 2. Cuadro trastorno de ansiedad según DSM - V.

Marco legal

La constitución política de Colombia con el decreto 1616 de 2013 expide la ley de Salud Mental que dictamina lo siguiente:

La salud mental es de interés y prioridad nacional para la Republica de Colombia, convirtiéndose en un derecho fundamental y un bien de interés público para el esencial bienestar general y mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.

El artículo 4 menciona sobre la garantía de la salud mental. Donde, es necesario reconocer que el estado a través del sistema general de seguridad social garantizará la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.

Por otra parte, el artículo 34 refiere que la salud mental positiva, donde el ministerio de la protección social, priorizará la salud mental positiva por medio de la actividad física, el medio ambiente, la seguridad nutricional, entre otras. Esto, como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

Y, por último, el artículo 39 está articulado por la investigación e innovación en la salud mental, en donde se propone la idea de realizar investigaciones que permitan aportar a la rama por medio de prácticas verídicas y exitosas.

Además, encontramos la ley por iatrogenia o mala praxis médica, la cual es necesario articularla en este apartado ya que cuando se presenta el trastorno dismórfico corporal es necesario tener varios aspectos medico legales en cuenta antes de la realización de algún procedimiento, es por esto que como nos menciona Arrieta (1999):

La figura de mala praxis, se torna relevante y merecedora de un análisis puntual en la medida en que es causante de consecuencias dañosas e indemnizables. Es por ello que me referiré a continuación a los criterios jurisdiccionales que han venido a dar contenido a este concepto y a los otros derivados de éste: responsabilidad por daño moral, daño material y perjuicio. Todos ellos conceptos jurídicos indeterminados. (sección de discusión párrafo uno).

Estado del arte

En primer lugar, se indagó un estudio de caso realizado a una adolescente de 15 años que padecía del trastorno dismórfico corporal basado en un tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual, la investigación fue realizada desde la ciudad de Alicante ubicada en España en el año del 2016 por Patricia Peña Casquero, según dicho estudio científico, el TDC suele tener una prevalencia del 1 o 2 % y habitualmente es infradiagnosticado. En consecuencia, se genera una gran influencia en el ámbito académico, personal y familiar, creando en la paciente valorada conductas de aseguración y aprobación en diferentes situaciones de su vida diaria. Como se mencionó anteriormente, el tratamiento aplicado a la menor consistió en la terapia cognitivo conductual basada en la reestructuración cognitiva en un lapso de cinco meses con un total de catorce sesiones. Al finalizar el tratamiento se evidenció un avance significativo en la adolescente ya que habían disminuido sus conductas de constante aseguración y aprobación produciendo un aumento de autoestima.

Por otra parte, también se encontró una revisión sistemática del trastorno dismórfico corporal (propio de la adolescencia) presentado por Salavert Jiménez, Trillo Garrigues, et al. En el año 2019 en la ciudad de Barcelona ubicada en España. Donde principalmente se expone la idea de que el TDC es un trastorno propio de la adolescencia y que es poco conocido, por ende, no se tiene en cuenta en la mayoría de los casos con niños y adolescentes, creando una demora en el diagnóstico y en consecuencia un empeoramiento de su pronóstico. La revisión sistemática mencionada anteriormente se hizo desde la búsqueda y el análisis de diferentes bases de datos electrónicos, arrojando un resultado que evidencia que el trastorno dismórfico corporal es más común de lo que parece ser; dos terceras partes de los casos inician en la adolescencia, pero, cuando se inicia desde una

edad más temprana hay mayor riesgo suicida y una mayor probabilidad de comorbilidad a lo largo de su desarrollo. Según dicha investigación, hay dos factores determinantes para que el TDC evolucione de manera desmedida: la vergüenza y el miedo, ya que el niño o adolescente que padece de este trastorno no explica sus razones debido al temor al rechazo dejando que éste avance desmesuradamente y no se tenga un diagnóstico sino hasta la vida adulta, en consecuencia, se generan problemas para su vida cotidiana como lo son el aislamiento social y el deterioro funcional.

En la búsqueda de esta investigación, también se pudo analizar una evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal presentado por José Santos Morocho desde la universidad de Cuenca en el año 2019. En esta investigación de tipo observacional descriptivo se pudo evidenciar que diferentes técnicas como el entrenamiento en relajación y la exposición de imágenes modificaron las preocupaciones y las percepciones que el paciente tenía de sí mismo, de esta manera, disminuyeron los niveles de ansiedad y la vergüenza que sentía debido al autoconcepto negativo. Por último, se halló una reducción significativa del comportamiento repetitivo que tenía de mirarse en el espejo y presentó avances significativos en su nivel de adaptabilidad a la vida cotidiana.

Además, se encontró una nueva revisión del trastorno dismórfico corporal del adolescente realizado en España en el año 2020 por García Escribano y Pérez Moreno, donde se explica que el TDC está caracterizado por la preocupación de defectos físicos corporales no existentes o apenas perceptibles que generan un malestar psicológico y un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece. Existen diferencias significativas a la hora de clasificar dicho trastorno, ya que para la CIE – 10 éste se

encuentra entre los trastornos somatomorfos y el DSM – V lo clasifica como un tipo de trastorno obsesivo compulsivo. En dicho estudio se presenta un caso de una paciente de 16 años cuya sintomatología planteaba un posible TDC, la menor fue tratada como tal y se pudo notar una evolución favorable profundizando en un diagnóstico diferencial que resultó conciso para los resultados de la investigación.

Por último, se realiza una reflexión sobre el trastorno dismórfico corporal presentado por Stuart Crichton en Hannover, Alemania en el año 2020. Donde se hace un primer recorrido del TDC, sus inicios desde el autor Enrico Morselli y su inicial nombre que fue descrito como “dismorfofobia”, en el artículo se analiza el trastorno dismórfico corporal de una manera más crítica, arrojando un resultado significativo donde posiblemente 1 de cada 50 personas padece dicho trastorno, como se mencionaba en uno de los primeros artículos expuestos, algunas personas pueden ser reacias a revelar sus síntomas, debido al temor al rechazo. El TDC es más común especialmente en el área dermatológica, las cirugías estéticas y la salud mental, donde, en muchos casos las personas que lo padecen dedican mucho tiempo en tratar de ocultar los defectos percibidos y en algunas ocasiones llegan a pellizcarse repetitivamente la piel. También, una gran cantidad de pacientes con trastorno dismórfico corporal tendrán obsesiones durante largos momentos del día, limitando sus actividades diarias, y, por ende, afectando su funcionamiento. Otro factor influyente en el desarrollo de dicho trastorno son los desequilibrios químicos en el cerebro donde los niveles de serotonina son significativamente bajos.

Diseño metodológico

El diseño metodológico planteado en esta investigación es cualitativo ideográfico con enfoque fenomenológico y paradigma constructivista, referente a un estudio de caso.

La investigación cualitativa según Sampieri (2014) “se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (p. 358).

Por otra parte, la investigación cualitativa ideográfica según Benjumea (2015):

El conocimiento que generan los estudios cualitativos es ideográfico pues busca generalizaciones sobre el caso y no sobre poblaciones. Por tanto, no generalizar a otros grupos sus hallazgos no es una limitación como se afirma en algunos informes de investigación y artículos. La investigación cualitativa tiene sus propias limitaciones, muchas de ellas derivan del muestreo que no de la muestra (p. 888).

Además, el enfoque fenomenológico presentado es definido por Sampieri (2014) como “la teoría fundamentada obteniendo las perspectivas de los participantes. En lugar de generar un modelo a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno” (p. 493).

Según Stojanovic (2002):

El paradigma constructivista es la realidad que está en la mente de cada quien, por eso no existe una realidad objetiva única. El que aprende construye el conocimiento a partir de sus experiencias, estructuras mentales

y creencias. Ese modo personal de crear una realidad es lo que según el constructivismo determina que no haya un mundo más real que otro (sección de discusión párrafo ocho).

También, el estudio de caso según Yacuzzi (s.f) “permite indagar detalladamente, con mayor profundidad que los estudios estadísticos. Su ámbito de aplicación está bien definido: estudia temas contemporáneos sobre los cuales el investigador no tiene control y responde a preguntas de tipo cómo y por qué”.

La población seleccionada para esta investigación es una joven universitaria que padece trastorno dismórfico corporal y cumple con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Joven que padezca trastorno dismórfico corporal.
- No padecer discapacidad cognitiva.
- Ser mayor de edad

Criterios de exclusión:

- Joven diagnosticada con otro tipo de trastorno que no coincida con el trastorno dismórfico corporal.
- Ser menor de edad.

Además, se presentan los siguientes instrumentos de la unidad de análisis para la recolección de información y la realización de una investigación más eficaz:

La entrevista a profundidad según Sampieri (2014) es definida como “herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (por ejemplo, la investigación de formas de depresión o la violencia en el hogar)” (p. 403).

Los análisis de documentos según Sampieri (2014):

Asimismo, al analizar los datos, podemos advertir que necesitamos un número mayor de participantes u otras personas que al principio no estaban contempladas, lo cual modifica la muestra concebida originalmente. O bien, descubrimos que debemos analizar otra clase de datos no considerados al inicio del estudio (por ejemplo, habíamos planeado efectuar únicamente entrevistas y nos encontramos con documentos valiosos de los individuos que nos pueden ayudar a comprenderlos mejor, como sería el caso de sus “diarios personales”) (p. 8). En el caso trabajado, los documentos estudiados principalmente, (además de los diversos análisis de documentos), fue, la historia clínica del sujeto de estudio, ya que este nos permitió tener una mirada más amplia y profunda de lo que sucedida con la joven.

También, la observación Según Sampieri (2014):

En la investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para observar, que es diferente de ver (lo cual hacemos cotidianamente). Es una cuestión de grado. Y la “observación investigativa” no se limita al sentido de la vista, sino a todos los sentidos. Por ejemplo, si estamos en una iglesia (como la de San Juan Chamula descrita en el capítulo 12), prestar atención a

lo que nos dice el “olor a pino, incienso y humo”, lo mismo cuando “suena la campana” o se escuchan las plegarias. (p. 399).

Por último, se presenta la unidad de análisis, en la cual encontramos un estudio de caso perteneciente a la investigación cualitativa como se había mencionado anteriormente.

Consideraciones éticas

En la ley 1090 del 2006 “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico, bioético y otras disposiciones”, en la cual el congreso de Colombia decreta 92 artículos, entre ellos:

El artículo 23 que nos menciona que el profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Por otra parte, el artículo 50 que dictamina que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principio éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Y, el artículo 55 que nos habla de los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio y obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos.

Todos los artículos implementados en la ley 1090 de 2006 son de gran importancia, pero, es necesario recalcar los mencionados ya que estos se adaptan al campo de investigación presentado y se encargan de poner el bienestar de la población estudiada como foco principal.

Presentación del caso

Datos generales e historia personal

Joven de 21 años de edad, nacida y residente en el municipio de Bello, Antioquia. Es la menor de dos hermanos, vive con su madre. Actualmente, es estudiante de enfermería en una institución privada de educación superior.

En cuanto a su historia personal, proviene de una familia disfuncional, su madre es quien hasta la actualidad se ha hecho cargo de ella, ya que su padre abandonó el hogar y desde ese entonces el contacto con él es esporádico y fugaz. Además, tiempo atrás su hermano se encontraba prófugo de la justicia, actualmente se encuentra cumpliendo sentencia domiciliaria y desde ese entonces el contacto con su hermano mayor también es escaso.

Por otra parte, la paciente creció en un ambiente caracterizado por la constante aprobación externa, siempre buscaba relacionarse socialmente con el fin de recibir comentarios positivos hacia su apariencia física por parte de terceros. Además, las circunstancias sociales que presentaba el entorno de la paciente, la forzaron a tomar una posición de autonomía e independencia, ya que, al vivir solo con su madre, debió hacerse cargo de las diferentes actividades del hogar y de sus necesidades personales, esto se presenta como consecuencia a la ausencia de su madre en relación con las actividades laborales.

Durante su etapa de desarrollo, careció de diferentes pilares claves para su formación personal y social, la paciente presentaba falta de acompañamiento en todos los aspectos de su vida, como el escolar, debido a esto presentaba un bajo rendimiento académico.

También, carecía de afecto, protección, respeto, aceptación y todo lo que conlleva una buena red de apoyo, la ausencia de estos factores fundamentales en el desarrollo de la paciente creó en ella diversas ideas irracionales, principalmente, en su autoconcepto y en su estado físico. Estas ideas irracionales crearon pensamientos negativos como no ser suficiente para nadie y no sentirse querida debido a su apariencia física, dichos pensamientos afectaron principalmente su funcionamiento cognitivo, su relación social, su autoimagen y demás variantes importantes para su funcionalidad física, social y mental.

Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual

Se refiere principalmente al disgusto de su apariencia física, menciona que desde su infancia siempre fue víctima de Bullying y acoso por parte de sus compañeros debido a su sobrepeso, nunca estuvo conforme con su cuerpo debido a que siempre buscaba algún defecto en este, por más mínimo e imperceptible que fuera. También, la paciente hace énfasis en su dificultad para controlar sus emociones ya que en repetidas ocasiones suele sentirse frustrada, triste e inconforme con lo que ve en el espejo.

Aproximadamente en el año 2015, cuando iniciaba su etapa adolescente, entra en un episodio de crisis, donde solía hacerse contantes reproches en cuanto a su físico, empieza a tener ideas suicidas e intenta quitarse la vida debido a la presión social que sentía en ese momento. Luego de este acontecimiento se inicia un proceso acompañado de psiquiatra y psicólogo, donde la paciente empieza la ingesta de antidepresivos con el fin de regular sus emociones y pensamientos que merodeaban en su cabeza constantemente. En ese momento

de su vida, es diagnosticada con trastorno dismórfico corporal acompañado de trastorno de ansiedad generalizada.

Este proceso se llevó a cabo por aproximadamente cuatro años, pero, abandona el tratamiento ya que manifiesta sentirse mucho mejor, sin embargo, la paciente evidencia que al finalizar su proceso vuelven a retornar sus ideas y pensamientos irracionales, es por esto, que se inicia nuevamente su proceso, en el momento que decide iniciar nuevamente este, ya presentaba síntomas emocionales y fisiológicos como irritabilidad, tensión y ahogamiento, acompañado de síntomas cognitivos como “Estoy muy gorda”, “No puedo hacer las cosas bien” y demás ideas acompañadas de constantes insultos hacia ella misma.

Algunos de los estresores influyentes en la apariencia física y el autoconcepto de son las redes sociales y las opiniones provenientes principalmente de su familia, ya que, como ella lo menciona, se deja influir de una manera considerable y afecta completamente su funcionalidad en cuanto a las situaciones sociales.

Evaluación del estado mental

Presenta fluidez en cuanto a su lenguaje verbal y no verbal; se encuentra orientada en tiempo, persona y espacio; apariencia normal; discurso claro y expresivo, aunque se evidencian inconsistencias al hacer referencia a su trastorno como pasado teniendo en cuenta que aún lo presenta. Contenido de pensamientos e ideas irracionales en cuanto a su autoimagen, autoconcepto y funcionalidad personal, académica y social. Es consciente de las situaciones que la afligen, y se expresa de manera tranquila en cuanto a ello. No presenta problema en hablar de temas específicos como es la relación con su cuerpo. En

cuanto a su lenguaje no verbal mantiene contacto visual, se expresa con sus manos, mantiene una postura firme y cómoda. Transmite una posición serena y adecuada.

Análisis de contenido

En el análisis de contenido realizado como aporte a la investigación realizada, se presentaron dos momentos diferentes, el protagonista fue un cuadro categorial con el fin de expresar las ideas y pensamientos principales de la joven universitaria, luego de esto, se hace un análisis de las diferentes categorías y subcategorías por medio de tres capítulos diferentes.

Categoría	Subcategoría	Ítem
TDC	Ansiedad	“En mis prácticas profesionales cuando no logro terminar un trabajo como hacer un cardéx de medicamentos entro en un conflicto conmigo misma y me genera mucha ansiedad y mucha carga que no lo pueda desarrollar como yo quisiera hacerlo”
		“Siento que el estrés de no poder completar algunas tareas me genera ansiedad”

		<p>“...esos momentos en los que yo quiero hacer alguna actividad a mi manera, como yo creo que está bien y no lo logro, luego me doy cuenta que como lo hice está bien, solo que no es la manera que yo lo quiero hacer”</p>
	Comportamiento compulsivo	<p>“Algo muy básico como arreglarme el cabello, tengo que pensar muchas veces en el día que me lo tengo que arreglar para hacerlo, si no, no lo hago”</p>
	Pensamiento no deseado	<p>“He tenido una idea de suicidio”</p>
		<p>“Siento que las personas me ven rara, yo también me veo rara, de hecho, he</p>

		<p>dejado mucho de usar vestidos porque me da pena”</p>
		<p>“En la pandemia estuve parada con el estudio sin poder realizar las practicas mucho tiempo, eso me hacía pensar que no iba a lograrlo y que estaba mucho más atrás que mis compañeros, que nunca iba a poder terminar o que si empezaba nuevamente ya no iba a ser capaz porque las cosas se me iban a olvidar”</p>
	<p>Depresión</p>	<p>“Me siento desmotivada, solo quiero dormir, no siento ganas de pararme ni siquiera a bañarme, no creo que tenga como un episodio</p>

		<p>de ira, pero no sentirme comprendida me causa malgenio”</p>
	<p>Descontento general</p>	<p>“Sí tuve un episodio de recaída y en esos momentos tuve problemas emocionales, depresivos, de ansiedad”</p>
		<p>“Me disgusta el tamaño, siento que soy muy grande y no me gusta verme tan grande, tengo brazos gruesos, los pies grandes y no me gusta eso”</p>
		<p>“Para mí un físico ideal es como el cuerpo que tenía cuando tenía quince años, cintura pequeña, tren superior delgado y tren inferior grueso, piernas</p>

		gruesas, caderas, nalgas, cintura pequeña”
	Comparaciones constantes con otros	“Para mí las redes sociales han sido el causante primordial de que muchas niñas suframos del problema de la apariencia, esa inconformidad con el cuerpo porque antes de que se promocionara todo este mundo de las tallas grandes era muy común ver niñas super delgadas y con unos cuerpos que para nosotros ante los ojos de las personas era el cuerpo deseado”
		“Siempre tuve momentos de mi vida en los que pesé muchísimo más o estaba muy inconforme con mi cuerpo y veía niñas

		delgadas y decía por qué ellas sí y yo no”
	Evitación de situaciones sociales	“He tenido momentos en los que hombres me han invitado a salir y yo siento que el cuerpo que yo tengo o la apariencia física mía no es la correcta”
AUTOCONCEPTO	Autocrítica	<p>“...yo tengo días en que me levanto y digo: ay no, como estás de gorda. El problema es que no solo es un comentario de mi físico, si no que viene acompañado de otros insultos”</p> <p>“...siento que las personas que me ven más delgada, más bonita, pero mi cerebro me hace pensar que me veía mejor antes”</p>

ESQUEMA COGNITIVO	Autoimagen	<p>“Tengo días que me siento super linda, me gusta lo que veo en el espejo, me siento super motivada a continuar con el cambio porque igualmente yo vengo de un cambio”</p>
		<p>“Me gustaría tener el mismo cuerpo que tenía a los quince años, ser delgadita en la parte de arriba y un poquito gruesa en la parte de abajo”</p>
	Alto valor para el sujeto	<p>“Que una persona llegue y diga no es que vos estás tan gorda, es muy difícil”</p>
		<p>“La más importante es como una persona con un simple comentario puede lograr que cambie</p>

		<p>totalmente la forma en la me veo en el espejo, entonces me puedo sentir super linda con algo y me la compré con la mejor actitud, pero llega alguien a decir que se me ve muy feo, entonces me voy a ver diferente”</p>
		<p>“Era super importante para mí y tenía un peso muy grande la opinión de los demás ante mi físico”</p>

Ilustración 3. Cuadro categorías entrevista a profundidad

Desde el caso expuesto a lo largo de esta investigación sobre la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria, se realizó un análisis cualitativo mediante un cuadro de categorías (ver ilustración 3), se tuvo en cuenta la entrevista semiestructurada aplicada a la joven universitaria participe de este proyecto.

Para este análisis de contenido fue de gran importancia mencionar tres variantes fundamentales del marco teórico – conceptual, las cuales son el trastorno dismórfico corporal, el autoconcepto y el esquema cognitivo.

Principalmente, se tuvieron en cuenta las siguientes subcategorías con el fin de documentar con mayor precisión las diferentes situaciones que fueron encontradas en el estudio de caso desarrollado. Las subcategorías presentadas fueron las siguientes: ansiedad, comportamiento compulsivo, pensamiento no deseado, depresión, descontento general, comparaciones constantes con otros, evitación de situaciones sociales, autocrítica, autoimagen y alto valor para el sujeto.

Capítulo uno: trastorno dismórfico corporal

Para abordar esta categoría inicial fue fundamental dar cuenta de lo que mencionan algunos autores como Salaberría, Borda, Amor & Echeburúa (2000):

De hecho, siempre han existido personas más o menos «acomplejadas» por el acné, las gafas, los dientes deformes, las orejas salientes, la baja estatura, la calvicie, la nariz grande, etc. Todas estas preocupaciones son, hasta cierto punto, normales y en la adolescencia emergen con toda la fuerza. Pero existe un grupo de personas en las que estas preocupaciones sobre los «defectos» del cuerpo y sobre la apariencia física, lejos de disminuir con el tiempo, aumentan o se mantienen, produciendo un gran malestar e impidiendo llevar adelante una vida normal. Es entonces cuando se puede hablar propiamente de trastorno dismórfico corporal. De todos modos, la dismorfofobia, entendida como preocupación por la imagen corporal, puede ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos, como la esquizofrenia, la anorexia nerviosa, la obesidad, la bulimia, la fobia social, el trastorno

obsesivo-compulsivo, la depresión, etc. (Birtchnell, 1988; Neziroglu y Yaryura-Tobías, 1997 como se citó en Salaberría, Borda, Amor & Echeburúa 2000) (p. 28).

En este apartado, se da cuenta de las principales características que hacen parte del TDC, haciendo énfasis en la importancia que se le brinda a la apariencia física y como esta empieza a influir en la calidad de vida de la persona que lo padece. Es por esto, que se entra en un acuerdo con lo que plantean estos autores, ya que podemos observar un claro ejemplo en la problemática expuesta en el estudio de caso. Desde el momento en que la apariencia física empieza a afectar la funcionalidad, las relaciones sociales y la vida en general de la persona, deja de ser un complejo para pasar a una condición más delicada.

Además, García & Pérez (2020) dan cuenta de lo siguiente: “el trastorno dismórfico corporal es un trastorno caracterizado por la preocupación de defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un malestar psicológico o deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece”

En este apartado expuesto también se entra en concordancia con los autores, ya que como lo mencionan, la prevalencia de defectos inexistentes o apenas perceptibles son unos de los factores fundamentales a tener en cuenta en cuanto a la afectación y deterioro en el día a día del afectado por esta condición.

Las subcategorías que se tuvieron en cuenta en esta categoría son: ansiedad, comportamiento compulsivo, pensamiento no deseado, depresión, descontento general, comparaciones constantes con otros y evitación de situaciones sociales.

Cada una de ellas presenta un gran valor para el objeto de estudio, ya que como se puede evidenciar en el cuadro de categorías, se presentan ideas irracionales relacionadas con estas variables mencionadas.

Capítulo dos: autoconcepto

El autoconcepto puede definirse según González, Núñez, Pumariega y García (1997):

Cuando existe una gran discrepancia entre la autoimagen percibida y la ideal, tiene lugar una alta probabilidad de que ello genere en el individuo tanta ansiedad que puede llevarle a crear un autoconcepto realmente negativo (aun cuando la autoimagen inicial no fuese negativa) y a un preocupante estado depresivo. Este estado concreto puede verse agravado si el autoconcepto ideal del sujeto coincide con el de los otros significativos (es decir, el individuo desearía ser de un determinado modo porque, por ejemplo, sus padres o sus amigos así lo desean también) (p. 274).

En este capítulo, se hace referencia al autoconcepto, como esa percepción que va adquiriendo la persona por medio de los diferentes factores sociales y personales influyentes significativamente en la vida del sujeto. Cabe mencionar la importancia y el impacto que este concepto tiene en la relación propia de la persona, ya que como lo mencionan los autores, crear un autoconcepto negativo trae otra serie de consecuencias y secuelas negativas como lo son la ansiedad (como en el estudio de caso presentado), estados depresivos y otros significativos para que afectan principalmente la calidad de vida del individuo. En este concepto encontramos como subcategoría la autocrítica.

Capítulo tres: esquema cognitivo

En esta última categoría Piaget (s.f) nos relata los esquemas cognitivos de la siguiente manera:

El concepto de esquema aparece en la obra de Piaget en relación con el tipo de organización cognitiva que, necesariamente implica la asimilación: los objetos externos son siempre asimilados a algo, a un esquema mental, a una estructura mental organizada.

Para Piaget, el esquema representa lo que puede repetirse y generalizarse en una acción; es decir, el esquema es aquello que poseen en común las acciones, por ejemplo “empujar” a un objeto con una barra o con cualquier otro instrumento

Uno de los primeros esquemas es el del objeto permanente, que permite al niño responder a objetos que no están presentes sensorialmente.

Más tarde el niño consigue el esquema de una clase de objetos, lo que le permite agruparlos en clases y ver la relación que tienen los miembros de una clase con los de otras.

En muchos aspectos, el esquema de Piaget se parece a la idea tradicional de concepto, salvo que se refiere a operaciones mentales y estructuras cognitivas en vez de referirse a clasificaciones perceptuales. (sección de discusión párrafo uno).

En este esquema cognitivo expuesto por Piaget damos cuenta de otros aspectos fundamentales, en este caso, como principalmente desde la infancia se empieza a abordar

toda esta temática haciendo hincapié en cómo se aborda desde diferentes perspectivas a lo largo de la vida, es decir, el esquema cognitivo que nos presenta Piaget en este caso habla de esas acciones que se repiten y generalizan, cuando somos pequeños, lo podemos asociar con objetos y con el entorno que estamos explorando. Pero, es interesante ver la trascendencia que se le da a medida que vamos creciendo, pues en el caso expuesto vemos como se repiten y generalizan los pensamientos e ideas que tiene el sujeto estudiado, en este caso, los factores como la autoimagen y el alto valor para el sujeto.

Creando en este un esquema que empieza a influir de manera significativa a lo largo de su vida y en su funcionalidad.

Resultados

En el desarrollo de la investigación realizada se plantearon diferentes fases a trabajar teniendo en cuenta las principales categorías y subcategorías las cuales permitieron abordar la investigación mucho más a fondo y de una manera más explícita, como se ha mencionado anteriormente las categorías principales a trabajar fueron el trastorno dismórfico corporal y el autoconcepto, sin embargo, se profundizó por medio de algunas subcategorías como lo fueron: ansiedad, comportamiento compulsivo, pensamiento no deseado, depresión, descontento general, comparaciones constantes con otros, evitación de situaciones sociales, autocrítica, autoimagen y alto valor para el sujeto.

Además de esto, cabe mencionar que en la búsqueda se encontraron grandes y significativos aportes que influyeron de manera positiva el trabajo realizado, ya que permitieron ampliar la perspectiva del estudio de caso por medio de las diversas bases teóricas halladas en este proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe mencionar que en los capítulos trabajados en el análisis de contenido y en la entrevista aplicada se pudo evidenciar y rectificar que la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto se presenta de diversas maneras en el día a día del objeto de estudio, esto va en relación a como el sujeto se ve expuesto a su entorno social y de qué manera influye el mismo en las decisiones y acciones de la persona.

Principalmente, se hace énfasis en la necesidad de aprobación que necesita la joven universitaria, ya que constantemente se ha visto influenciada por las opiniones de su círculo

social y como las mismas han generado diversos pensamientos irracionales, afectando principalmente su calidad de vida y su funcionalidad.

Además, las comparaciones constantes con otras personas, fueron creando en ella diversos sesgos que no le permiten mejorar su autoimagen, ya que en esta búsqueda de la “perfección” va encontrando, a su vez, muchos más defectos por más imperceptibles que sean. De esta manera, se evidencia afectación en su funcionalidad debido a que al realizar tareas de la vida cotidiana siempre se encuentra este impedimento que no le permite desenvolverse como se desea.

Por último, el trastorno dismórfico corporal y el autoconcepto van muy ligados, esto debido a la capacidad que tiene una opinión propia o ajena, una percepción o una manifestación de generar un disgusto o complejo en la persona, como lo es el caso expuesto, donde principalmente se ve afectado el autoconcepto de una manera muy negativa hacia la joven estudiada, donde además de presentar un complejo físico, también empiezan a aparecer diferentes autosabotajes en cuanto a sus capacidades, su funcionalidad y sus habilidades, creando de esta manera, una resistencia por la realización óptima de las diferentes tareas que se presentan en el día a día.

Conclusión

En conclusión, el caso expuesto en este estudio de caso pretende constatar que el trastorno dismórfico corporal es una afección que impacta de manera radical en la vida de las personas que lo padecen, en este caso, la influencia que presentó el mismo en el autoconcepto es significativa en vista del deterioro que presentó la joven universitaria en cuanto a sus actividades cotidianas. Además, es necesario mencionar la importancia del tratamiento del mismo con el fin de mantener regulados los diferentes pensamientos e ideas que se van generando y con el fin de que los síntomas no empeoren al punto de afectar de una manera mucho más grave la calidad de vida de la muestra poblacional.

También, cabe mencionar como la influencia y la presión social afectan directamente en esta problemática, creando estándares de belleza sumamente difíciles e ilógicos de alcanzar, desencadenando en las personas esquemas cognitivos disfuncionales debido a las adicciones que se pueden generar con el fin de alcanzar ese estándar social.

Como se mencionó y evidenció en la temática trabajada, el trastorno dismórfico corporal puede presentar comorbilidad con otros trastornos, como en este caso, el trastorno de ansiedad generalizada, asociando estos dos trastornos en la influencia que se presenta en el autoconcepto de la joven y como la misma se ve impedida de la realización de muchas de sus actividades a causa de esto.

- Gonzales, J. Núñez, J. Pumariaga, C. García, S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. Volumen 9 (2), 271 – 289.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72709204.pdf>
- Jiménez, S. Vicent, C. & Garrigues, T. (2019). Trastorno dismórfico corporal: revisión sistemática de un trastorno en la adolescencia. Volumen 36 (1), 4 – 19.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745752>
- Medical News. (2020). Reflexionando sobre el trastorno dismórfico corporal. Revisa Hannover. <https://www.hannover-re.com/1624185/recent-medical-news-spanish-version-reflexionando-sobre-el-trastorno-dismorfico-2020.pdf>
- Peña, P. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes. Volumen 3 (1), 37 – 43.
https://www.redalyc.org/pdf/4771/Resumenes/Resumen_477152548004_1.pdf
- Pichardo, M. & Amezcua, J. (2001). Importancia del autoconcepto y el clima familiar en la adaptación personal. Revista Galego portuguesa. Volumen 7.
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6871/RGP_7-15.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salaberría, Borda, Amor & Echeburúa. (1999). Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica. Revista de psicopatología y psicología clínica. Volumen 5 (1), 27 – 43. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2000-5000/Documento.pdf>

- Salavert, J. Vicent, A. & Trillo, M. (2019). Trastorno dismórfico corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista psiquiatra juvenil*. Volumen 36 (1), 4 – 19.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/77/260>
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Volumen 6.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Sandoval, M. García, I. Pérez, M. (2009). Trastorno dismórfico corporal. Volumen 25 (3), 244 – 250. https://www.sochiderm.org/web/revista/25_3/5.pdf
- Santos, J. (2019). Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico en un caso de trastorno dismórfico corporal. *Revista científica digital de psicología*. Volumen 8 (1).
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/192>
- Stojanovic, L. (2002). El paradigma constructivista en el diseño de actividades y productos informáticos para ambientes de aprendizaje. *Revista de pedagogía*. Volumen 23 (66). http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922002000100004
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales y validación. <https://www.econstor.eu/handle/10419/84390>

Anexos

Anexo 1. Estructura entrevista aplicada

Entrevista a profundidad - Evaluación del estado mental

Fecha: 08 de marzo de 2022.

Código: MPR.

- Presentación del investigador: nombre, carrera, semestre, año.
- Objetivos del estudio: comprender la influencia del trastorno dismórfico corporal en el autoconcepto de una joven universitaria en el año 2022.
- Cómo aporta o aportará la información obtenida al estudio: la entrevista a profundidad se realiza con el fin de aportar de manera concisa a partir de los acontecimientos de vida de la entrevistada, con el fin de darle soporte a la investigación realizada por medio del estudio de caso.
- Términos de confidencialidad y permisos respectivos, por ejemplo, para grabar la entrevista (explicarle a la entrevistada la importancia de la confidencialidad y en qué consiste el consentimiento informado).
- Firma del consentimiento informado.

Antes de iniciar con las preguntas orientadoras se realizará la recolección de los datos sociodemográficos:

- Edad.
- Fecha de nacimiento.
- Lugar de nacimiento.
- Sexo (femenino, masculino, otro).
- Formación académica (primaria, secundaria, universitaria, otros).
- Ocupación / Cargo.
- Estrato.
- Lugar de residencia.
- Estado civil (soltera, casada, unión libre, viuda).
- Número de hijos.

Temas a trabajar Trastorno Dismórfico Corporal:

Ansiedad

¿Suele sentirse ansiosa? en caso de ser afirmativo, ¿en qué momentos?

¿Suele sentirse estresada? en caso de ser afirmativo, ¿cuáles son esos momentos estresantes?

¿Presenta preocupación en la realización de las actividades cotidianas? en caso de ser afirmativo, ¿cuáles?

¿Presenta miedo en la realización de las actividades cotidianas? en caso de ser afirmativo, ¿cuáles?

Cuando se siente bajo presión, ¿cuál de los siguientes síntomas presenta? agitación, tensión, sudoración, sensación de peligro, otro.

Comportamiento compulsivo

¿Cuándo culmina alguna actividad se cerciora en repetidas ocasiones que la terminó?

¿Tiene el mismo pensamiento y/o idea en varios momentos del día? Por ejemplo.

¿Debe revisar en repetidas ocasiones si las ventanas o puertas de su casa están cerradas?

¿Siente la necesidad de comer algo antes de acostarse todos los días?

¿Podría definirme qué es un comportamiento compulsivo?

Pensamiento no deseado

¿Considera que alguna vez ha tenido un pensamiento no deseado? Por ejemplo.

¿Cree que los pensamientos no deseados pueden afectar su funcionalidad en el día a día?

¿A veces tiene ideas persistentes una y otra vez?

¿Sabe usted qué es un pensamiento no deseado?

Depresión

¿Ha tenido sentimientos de tristeza por más de dos meses?

¿Cómo interfiere ese estado de ánimo en su comportamiento y grado de actividad?

¿Ha tenido sentimientos de ira por más de dos meses?

¿Cómo interfiere ese estado de ánimo en su comportamiento y grado de actividad?

¿Ha tenido sentimientos de frustración por más de dos meses?

¿Cómo interfiere ese estado de ánimo en su comportamiento y grado de actividad?

¿Qué actividades o recursos utiliza cuando esto le sucede?

Descontento general con la apariencia física

¿Qué le gusta y disgusta de su apariencia física?

¿Qué tienen esos rasgos que hacen que le guste o disguste?

¿Cómo sería su ideal físico?

¿Considera que la sociedad ha influido en un estereotipo de belleza?

Comparaciones constantes con otros

¿Alguna vez se ha comparado con otras personas? En caso de ser afirmativa la respuesta:

¿Cuáles son las características físicas principales de dichas personas?

¿Considera que esto ha influido en las inseguridades físicas?

Evitación de situaciones sociales

¿Ha rechazado alguna invitación porque no se siente a gusto con su físico?

¿Ha rechazado alguna invitación porque no se siente con buen estado de ánimo?

¿Cuáles son los factores influyentes para que usted evite algunos eventos sociales?

¿Hay algunas situaciones sociales en particular que rechaza frecuentemente? En caso de ser afirmativo, ¿cuáles?

Temas a trabajar autoconcepto (antes y después):

Autocrítica / Cuestionarse constantemente

¿En algún momento ha cuestionado sus fallos, desaciertos y debilidades? ¿de qué manera?

¿Cuáles son las autocríticas que suele realizar con mayor frecuencia?

¿Las hace en un momento determinado? En caso de ser afirmativo, ¿en qué situación específica?

¿Podría definirme qué es la autocrítica?

Autoimagen

¿Cómo percibe su cuerpo?

¿Cuál es el concepto que tiene de su imagen física?

¿Cómo imagina su cuerpo?

¿Cómo se siente usted con su cuerpo?

Describame cómo es su cuerpo, cómo es el cuerpo que desearía tener y cómo es el cuerpo que resulta más atractivo para el sexo opuesto.

Alto valor para el sujeto

¿Tiene en cuenta las opiniones que tienen los demás sobre usted?

¿Por qué considera importante los juicios de valor que hacen los demás sobre usted?

¿Qué repercusiones o consecuencias podemos encontrar con las opiniones ajenas?

¿Qué desea ser? ¿Qué manifiesta? ¿Qué desea manifestar a los demás?

- Agradecimiento por la participación del entrevistado.

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado

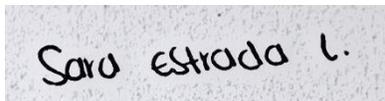
Corporación Universitaria Minuto de Dios - Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Fecha: 08 de marzo de 2022

Yo, Melissa Pardo Rúa con cédula de ciudadanía No. 1000755055, certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico (investigación) que la estudiante Sara Estrada Londoño me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica. De la misma manera, permito ser grabada por voz y el uso de la información responsable para la investigación de la estudiante.

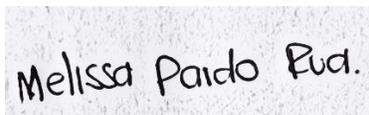
Estudiante de psicología:



Sara Estrada L.

Cédula de ciudadanía: 1000445862

Paciente:



Melissa Pardo Rúa.

Cédula de ciudadanía: 1000755055

Anexo 3. Transcripción entrevista aplicada

Datos sociodemográficos

- Edad: 21 años.
- Fecha de nacimiento: 15 – 04 – 2000.
- Lugar de nacimiento: Bello – Antioquia.
- Sexo (femenino, masculino, otro): Femenino.
- Formación académica (primaria, secundaria, universitaria, otros): Estudiante técnica de auxiliar en enfermería.
- Ocupación / Cargo: Universitaria.
- Estrato: 3.
- Lugar de residencia: Bello – Antioquia.
- Estado civil (soltera, casada, unión libre, viuda): Soltera.
- Número de hijos: 0.

Transcripción entrevista

Antes de iniciar la entrevista se explica y se realiza la respectiva devolución del consentimiento informado, se firma y se adjunta el respectivo formato. Luego, se llenan los datos sociodemográficos, una vez se culmina esta tarea, entramos en materia a lo que es la actividad correspondiente.

Entrevistadora: ¿en algunos momentos usted suele sentirse ansiosa?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿en qué momentos siente esa ansiedad?

Entrevistada: “me permito aclarar que tengo ansiedad diagnosticada y tuve tratamiento con medicamentos por trastorno de ansiedad, estos sentimientos llegan principalmente en los momentos que me siento muy agotada, que siento que no puedo hacer las cosas que quiero hacer, siento que el estrés de no poder completar algunas tareas me genera ansiedad, por ejemplo, en mis prácticas profesionales cuando no logro terminar un trabajo como hacer un cardéx de medicamentos entro en un conflicto conmigo misma y me genera mucha ansiedad y mucha carga que no lo pueda desarrollar como yo quisiera hacerlo”.

Entrevistadora: entiendo, ¿suele sentirse estresada? Y, ¿en qué momentos?

Entrevistada: “sí, sucede en esos momentos en los que yo quiero hacer alguna actividad a mi manera, como yo creo que está bien y no lo logro, luego me doy cuenta que como lo hice está bien, solo que no es la manera que yo lo quiero hacer, eso me genera estrés”.

Entrevistadora: ¿presenta preocupación en la realización de las actividades cotidianas?

Entrevistada: “no”.

Entrevistadora: ¿presenta miedo en la realización de las actividades cotidianas?

Entrevistada: “no”.

Entrevistadora: cuando se siente bajo presión, ¿Cuál de los siguientes síntomas presenta?
Agitación, tensión, sudoración, sensación de peligro, otros...

Entrevistada: “tensión y ahogamiento”.

Entrevistadora: ¿cuándo culmina alguna actividad se cerciora en varias ocasiones que la terminó?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿tiene el mismo pensamiento y/o idea en varios momentos del día? Por ejemplo...

Entrevistada: “sí, algo muy básico como arreglarme el cabello, tengo que pensar muchas veces en el día que me lo tengo que arreglar para hacerlo, si no, no lo hago”.

Entrevistadora: ¿debe revisar en repetidas ocasiones si las puertas y/o ventanas de su casa están cerradas?

Entrevistada: “no”.

Entrevistadora: ¿siente la necesidad de comerse algo antes de acostarse todos los días?

Entrevistada: “no”.

Entrevistadora: ¿podría definirme que es un comportamiento compulsivo?

Entrevistada: “sí, tengo una idea pequeña de lo que puede ser, siento que es como uno tener la necesidad de muchas veces realizar la misma tarea para estar mentalmente tranquilo de que sí lo hizo”.

Entrevistadora: ¿considera que alguna vez ha tenido un pensamiento no deseado? Por ejemplo...

Entrevistada: “sí, una idea de intento de suicidio”.

Entrevistadora: ¿cree que los pensamientos no deseados pueden afectar su funcionalidad en el día a día?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿a veces tiene ideas persistentes una y otra vez?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿sabe usted que es un pensamiento no deseado?

Entrevistada: “creo que es cuando el cerebro envía una información, pero uno la percibe, la tengo, pero no es lo que realmente quiero, en el caso mío con el intento de suicidio, yo sabía que era algo que no quería para mi vida, pero sin embargo era constante el pensamiento y la idea de interrumpir mi vida”.

Entrevistadora: ¿ha tenido sentimientos de tristeza por más de dos meses?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿cómo interfiere ese estado de ánimo en su comportamiento y grado de actividad?

Entrevistada: “me siento desmotivada, solo quiero dormir, no siento ganas de pararme ni siquiera a bañarme, no creo que tenga como un episodio de ira, pero no sentirme comprendida me causa malgenio”.

Entrevistadora: ¿ha tenido sentimientos de ira por más de dos meses?

Entrevistada: “no”.

Entrevistadora: ¿ha tenido sentimientos de frustración por más de dos meses?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿cómo interfiere ese estado de ánimo en su comportamiento y grado de actividad?

Entrevistada: “siento que mucho porque considero que soy una persona que todavía no ha podido superar el tema de sentirse frustrada por muchas situaciones, ejemplo, en la pandemia estuve parada con el estudio sin poder realizar las practicas mucho tiempo, eso me hacía pensar que no iba a lograrlo y que estaba mucho más atrás que mis compañeros, que nunca iba a poder terminar o que si empezaba nuevamente ya no iba a ser capaz porque las cosas se me iban a olvidar”.

Entrevistadora: ¿qué actividades o recursos utiliza a usted cuando estos acontecimientos le suceden?

Entrevistada: “trato de cambiar la mentalidad y pensar que primero no todos vamos al mismo nivel, que hay niveles y pues está también bien hacer lo que está a nuestro alcance, que las situaciones si no las podemos cambiar no es razón para sentirnos de esa manera, por

otro lado, yo creo mucho en Dios y para mí la oración y la cercanía a Dios han sido una de las principales cosas que me han ayudado a salir de esos episodios”.

Entrevistadora: ¿qué le gusta de su apariencia física?

Entrevistada: “me gusta mi cabello, mi cara, en este momento me gusta mi cuerpo, no en general pero sí parte de él”.

Entrevistadora: ¿qué le disgusta de su apariencia física?

Entrevistada: “me disgusta el tamaño, siento que soy muy grande y no me gusta verme tan grande, tengo brazos gruesos, los pies grandes y no me gusta eso”.

Entrevistadora: ¿cómo sería su ideal físico?

Entrevistada: “no tengo un físico ideal, para mí un físico ideal es como el cuerpo que tenía cuando tenía quince años, cintura pequeña, tren superior delgado y tren inferior grueso, piernas gruesas, caderas, nalgas, cintura pequeña, como ese tipo de cosas”.

Entrevistadora: ¿considera que la sociedad ha influido en un estereotipo de belleza?

Entrevistada: “sí, para mí las redes sociales han sido el causante primordial de que muchas niñas suframos del problema de la apariencia, esa inconformidad con el cuerpo porque antes de que se promocionara todo este mundo de las tallas grandes era muy común ver niñas super delgadas y con unos cuerpos que para nosotros ante los ojos de las personas era el cuerpo deseado, tampoco estoy de acuerdo que ahora se hayan puesto de moda las gordas porque tampoco es saludable, yo creo que el cuerpo ideal es un cuerpo saludable de la manera que sea, sea muy delgada o muy gorda porque también hay que entender la

anatomía del cuerpo y hay personas que tienen tendencia a ser delgadas así como hay otras que tienen tendencia a ser gruesas, pero eso no interfiere en que una persona sea o no saludable, para mí las redes sociales son un portal de muy baja autoestima para las niñas”.

Entrevistadora: ¿alguna vez se ha comparado con otras personas? Y, ¿Cuáles son las características físicas principales de dichas personas?

Entrevistada: “sí, el cuerpo, de pronto a mí me ha gustado ser delgada pero realmente no es un deseo que yo tenga, como que yo diga yo quiero ser delgada, pero siempre tuve momentos de mi vida en los que pesé muchísimo más o estaba muy inconforme con mi cuerpo y veía niñas delgadas y decía por qué ellas sí y yo no, o cuando una niña que yo conozco baja de peso y yo digo si yo quiero y también estoy haciendo lo mismo ella por qué sí y yo no, ese tipo de cosas”.

Entrevistadora: ¿considera que esto ha influido en las inseguridades físicas que presenta en estos momentos?

Entrevistada: “en este momento no, pero sí tuve un episodio de recaída y en esos momentos tuve problemas emocionales, depresivos, de ansiedad y pues con la autoestima sí, total, en ese momento sí”

Entrevistadora: ¿ha rechazado alguna invitación porque no se siente a gusto con su físico?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿ha rechazado alguna invitación porque no se siente con buen estado de ánimo?

Entrevistada: “sí”.

Entrevistadora: ¿cuáles son los factores influyentes para que usted evite algún evento social?

Entrevistada: “de pronto si hay ciertas personas que sé que han tenido malas actitudes conmigo en el pasado y la presencia de ellas me puede generar un mal momento o experiencia, también he tenido momentos en los que hombres me han invitado a salir y yo siento que el cuerpo que yo tengo o la apariencia física mía no es la correcta, el decir que él es muy lindo para mí, he tenido esos momentos y han sido momentos en los que me han hecho no querer salir de mi casa, pero para nada”.

Entrevistadora: ¿hay algunas situaciones sociales en particular que rechaza frecuentemente?

Entrevistada: “no, soy muy abierta a los planes y a salir con mis amigos, incluso me gusta casi todo lo que me invitan a hacer, es solo las personas, con algunas personas no me siento cómoda estando en el mismo sitio con ellas”.

Entrevistadora: ¿en algún momento ha cuestionado sus fallos, desaciertos y debilidades?

Entrevistada: “sí, yo suelo ser una persona que se da muy duro por así decirlo, no sé si haya un término específico para eso, pero sí, yo soy una persona que me doy super duro, de pronto siento que cometo un error y puede ser un error muy mínimo y yo me enfrasco y soy dándole vueltas, claro que antes me quedaba mucho tiempo y dejaba que eso me afectara de una manera impresionante, ahora trato como de controlarlo, se me dificulta, pero trato”.

Entrevistadora: ¿cuáles son las autocríticas que se suele realizar con mayor frecuencia?

Entrevistada: “yo antes decía que no iba a ser capaz, eso para mí era más que claro, yo creo que lo que más me criticaba tiempo atrás era de pronto que yo no iba a ser capaz y que yo no podía y era algo que no solo estaba en mi cabeza si no que desde muchos años atrás mi familia, amigos, etc. Me venían recalcando siempre, que yo no iba a poder que eso era demasiado para mí, si yo fallaba en algo yo decía que no iba a ser capaz de salir de esa y que no sabía hacerlo, ahora, ha cambiado un poquito porque yo tuve un periodo de un cambio físico y emocional muy grande y una de las cosas en las que yo más duro me doy en estos momentos es que yo me veo en el espejo y no siento el cambio, entonces yo me veo en el espejo y digo, ay no como estás de gorda, ay no estoy super gorda, yo tan gorda y cabe resaltar que antes estaba mucho más gorda y no era algo de lo que yo me criticara todos los días, de hecho es algo que me gustaba más antes que ahora, pero no era que me gustara más, era que estaba en un proceso de autoengaño creyendo que me gustaba más mi cuerpo antes que ahora, pero no sé, eso ha sido lo que yo más en estos momentos me crítico, que estoy muy gorda y no entiendo por qué”.

Entrevistadora: ¿ese tipo de situaciones y autocríticas se las hace en algún momento determinado? Por ejemplo...

Entrevistada: “sí, tiempo atrás, como decía hace un rato, cuando cometía un error o sentía burla de parte de alguien, si alguien tomaba de chiste que yo no iba a ser capaz o que a mí la enfermería no me iba a dar o que yo no podía con eso o que si a mí no me daba el colegio no me iba a dar la universidad, entonces esas situaciones con las que yo decía no voy a ser capaz, no voy a poder. Ahora lo que me hace pensar eso son los momentos en los que las personas me dicen ay como estás de delgada y yo no me veo, o sea, yo realmente me veo en el espejo y yo no me veo lo delgada que me dicen las personas que estoy, pero también es

muy raro porque tengo días en los que me levanto y que me veo super delgada y otros días que me veo super gorda, entonces no es el momento exacto, simplemente es como cuando alguien me hace caer en cuenta de la situación o simplemente yo tengo días en que me levanto y digo, ay no como estás de gorda, el problema es que no solo es un comentario de ay como estás de gorda, si no que viene acompañado de otros insultos ejemplo, que gonorra, malparida. Pero, normalmente yo no me lo creo, es como que no he podido superar el punto en el que yo me acepte tal como estoy, siento que me gusta cómo me veo en este momento entonces siento que es como muy confuso esa parte”.

Entrevistadora: ¿podría definirme que es la autocrítica?

Entrevistada: “es como cuando uno se daña a sí mismo y se lanza comentarios no tan positivos”.

Entrevistadora: ¿cómo percibe su cuerpo?

Entrevistada: “antes, una gordita alta, digamos que yo veo fotos ahora más pasadas y me veo como cuadrada, como una nevera, ahora, me sigo viendo gorda pero no como antes, ya siento que mi cuerpo tiene un poquito más de forma, como que tengo la cara más perfilada, por ejemplo, a mí siempre me han gustado mucho las personas que se le ven las clavículas entonces a mí ya me las percibo, sí, como eso, como una gorda no muy gorda”.

Entrevistadora: ¿cuál es el concepto que tiene de su imagen física?

Entrevistada: “antes yo percibía mi cuerpo como una gordita, me gustaban mucho los vestidos y sentía que me veía super bien con ellos, sentía que me veía como una niña normal, pero ahora, siento que las personas me ven rara, yo también me veo rara, de echo

he dejado mucho de usar vestidos porque me da pena, siento que estoy más delgada que antes pero no soy capaz de ponerme un vestido porque me da pena, pero las personas siento que me ven más delgada, más bonita, mi cerebro me hace pensar que me veía mejor antes”

Entrevistadora: ¿cómo se siente usted con su cuerpo?

Entrevistada: “es una pregunta muy difícil porque es de días, tengo días que me siento super linda, me gusta lo que veo en el espejo, me siento super motivada a continuar con el cambio porque igualmente yo vengo de un cambio, pero tengo que seguir trabajando en ello, pero hay otros días en los que no, aunque eso no me afecta emocionalmente, ya no tiene el poder de afectarme como antes, antes sí lloraba y me trataba super mal con la intención de hacerme daño y eso ha sido un cambio muy brutal”.

Entrevistadora: descríbame como es el cuerpo que desearía tener...

Entrevistada: “como dije anteriormente lo más importante es tener un cuerpo saludable que mis niveles en todos los sentidos estén super bien y ya hablando físicamente me gustaría tener el mismo cuerpo que tenía a los quince años, ser delgadita en la parte de arriba y un poquito gruesa en la parte de abajo, ese sería el cuerpo que desearía tener”.

Entrevistadora: ¿cómo es el cuerpo que resulta más atractivo para el sexo opuesto?

Entrevistada: “un cuerpo atlético, siento que ese es el prototipo para los hombres”.

Entrevistadora: ¿tiene en cuenta las opiniones que tienen los demás sobre usted?

Entrevistada: “dependiendo, antes sí era super importante para mí y tenía un peso muy grande la opinión de los demás ante mi físico, ahora no tanto, es como dependiendo, ya no

me la paso por la vida pidiendo opiniones y aprobación, ahora no, con mi mamá es la persona que yo toco esos temas y comentando los cambios que he visto, por ejemplo, esta blusa no me servía y mira ya como me queda de bonita, pero si otra persona llega a decirme que estoy muy gorda ya no tiene el poder de afectarme al punto del que yo diga que me voy a deprimir por eso”.

Entrevistadora: ¿por qué considera importante los juicios de valor que hacen los demás sobre usted?

Entrevistada: “importantes no se si los considere porque la importancia se da dependiendo de la persona que venga y la forma en la que diga, si llega una persona que es ajena a mi vida que quiere dar una opinión, pero yo la paso de largo, pero si es de mi mamá que yo sé que me la va a dar con el fin de construirme lo acepto de la mejor manera, aunque antes yo le daba importancia a todo, lo bueno y lo malo fuera de la persona que fuera”.

Entrevistadora: ¿qué repercusiones o consecuencias podemos encontrar con las opiniones ajenas?

Entrevistada: “muchas, la más importante es como una persona con un simple comentario puede lograr que cambie totalmente la forma en la me veo en el espejo, entonces me puedo sentir super linda con algo y me la compré con la mejor actitud, pero llega alguien a decir que se me ve muy feo, entonces me voy a ver diferente, ahí eso afecta para mí el ánimo y el cómo me veo, porque que una persona llegue y diga no es que vos estás tan gorda, es muy difícil”.

Entrevistadora: ¿qué deseas ser? ¿qué manifiestas? Y, ¿qué deseas manifestar a los demás?

Entrevistada: “deseo ser una inspiración tanto para mí misma como para las personas que me rodean, quiero ser una persona de mucha luz que ofrezca solo cosas bonitas, llegar al punto de mi vida en el que así no me gusta que opinen de mí no voy a opinar de los demás, manifiesto mucha paz interior y transmito esa paz, quiero estar en el punto en el que yo quiero estar emocionalmente, que no me afecte nada las situaciones de mi vida y que tenga la capacidad de que si me pasa algo malo, lo vivo y paso la hoja también deseo manifestar a los demás la misma tranquilidad a los demás para que todos se sientan bien”.

Entrevistadora: eso sería todo, gracias por la participación.

Entrevistada: gracias, igualmente.