

ESTADO DEL ARTE:
CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL Y SUS AFECCIONES EN LA
PSICOLOGÍA CLÍNICA.

CLARA MILENA BARRERA ALZATE

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN

2020

ESTADO DEL ARTE: EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL Y SUS
AFECCIONES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

CLARA MILENA BARRERA ALZATE

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga.

Asesora

Kelly Yohana Vargas García

Master en Investigación en Ciencias Sociales y Humanas

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2020

Agradecimientos

A las personas que me brindaron su apoyo incondicional desde el principio, en especial a mi familia, Jorge Cuartas y a las personas que de alguna manera siempre estuvieron presentes durante el proceso.

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo examinar el abordaje teórico práctico del concepto de imagen corporal y sus afecciones en la psicología clínica, a través de un diseño cualitativo e interpretativo de tipo documental llamado estado del arte. La información se analizó a partir de las siguientes categorías de análisis: definición y trastornos asociados al concepto de imagen corporal, modelos teóricos explicativos en psicología clínica sobre la imagen corporal y técnicas e instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la imagen corporal. De lo anterior, se puede concluir que la imagen corporal es un concepto que afecta negativa o positivamente la vida de las personas, siendo una construcción que se sucede a lo largo del todo el ciclo vital y, cuyas afecciones y trastornos se presentan principalmente en mujeres y personas en la etapa de la adolescencia.

Palabras claves: imagen corporal, psicología clínica, evaluación y diagnóstico.

Summary

The present work aims to examine the practical theoretical approach to the concept of body image and its conditions in clinical psychology, through a qualitative and interpretative design of the documentary type called state of the art. The information was analyzed from the following categories of analysis: definition and disorders associated with the concept of body image, explanatory theoretical models in clinical psychology on body image and techniques and instruments for the assessment and diagnosis of body image. From the above, it can be concluded that body image is a concept that negatively or positively affects people's lives, being a construction that occurs throughout the entire life cycle and whose conditions and disorders occur mainly in women and people in their teens.

Keywords: body image, clinical psychology, evaluation and diagnosis.

CONTENIDO

Introducción	1
Planteamiento y justificación	2
Objetivos	4
Marco de referencia.....	4
Metodología	5
Enfoque metodológico.	5
Diseño metodológico	6
Estrategia metodológica.....	6
Fases metodológicas	7
Unidad de análisis	8
Categorías de análisis.....	8
Subcategorías emergentes	8
Técnicas de recolección de la información.....	9
Balance de fuentes documentales.....	10
Población y muestra documental	10
Resultados	14
El concepto de imagen corporal y los trastornos asociados	14
Principales acepciones de la Imagen corporal.....	16
Trastornos asociados a la imagen corporal.	36
Modelos teóricos explicativos que existen en la psicología clínica relacionados con los trastornos de imagen corporal.	72
La Imagen Corporal Desde lo Fisiológico.....	72
Ciclo vital y alteraciones de la imagen corporal.....	81
La imagen corporal desde la perspectiva social.....	84
Imagen corporal y género:.....	88
Imagen corporal y psicología psicodinámica	91
Imagen corporal y psicología cognitiva.	96
Técnicas e instrumentos para la evaluación y diagnóstico de las alteraciones de la imagen corporal	112
Factores de riesgo y protección.	134
Los manuales diagnósticos	147
Conclusiones.....	174

Referencias.....	179
------------------	-----

Lista de figuras

Figura 1. Unidad de análisis, categorías de análisis y subcategorías emergentes ...	8
Figura 2. Distribución de la muestra por centros de documentación.....	11
Figura 3. Publicaciones consultadas según el país	12
Figura 4. Distribución de la muestra por tipo de material.....	12
Figura 5. Distribución por año de publicación de los textos consultados.....	13
Figura 6. Proceso en que el cuerpo percibe sus diferentes partes.....	24
Figura 7. Fechas de aparición de los sistemas clasificatorios DSM Y CIE	59
Figura 8. Evolución de las categorías del DSM	60
Figura 9.El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal.....	100
Figura 10. Desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa	109
Figura 11. Siluetas corporales adultos Stunkard, Sorenson, Schlusinger (1983)	132
Figura 12. Siluetas corporales de adultos de Bell, Kirkpatrick y Rinn (1986)....	132
Figura 13. Siluetas Body Image Assessment hombres-mujeres (2000).....	133
Figura 14. Figuras de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell (2007)	133
Figura 15. The Body Image Aseessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD) ...	134
Figura 16. La lista de la imagen corporal (Körperbild-Liste, KB-L).....	165
Figura 17. Preguntas dimensiones de la lista de imagen corporal KB-L.....	167

Lista de tablas

Tabla 1. Formas en las que se ha nombrado la imagen corporal en la literatura...18	18
Tabla 2. Diferencias Entre Imagen y Esquema Corporal.....21	21
Tabla 3. Autores y sus posturas sobre imagen corporal y esquema corporal.22	22
Tabla 4. Formas en las que se ha nombrado la imagen corporal en la literatura...69	69
Tabla 5. Instrumentos de evaluación de la imagen corporal 120	120
Tabla 6. Métodos de evaluación de la imagen corporal.....127	127

Introducción

Una imagen es una “Figura, representación, semejanza y apariencia de algo (Real Academia Española, s.f., definición 1) mientras que el cuerpo es el “conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo” (Real Academia Española, s.f., definición 3) ambas palabras, se pueden entender de múltiples maneras si se estudian separadas, pero, en el presente trabajo se estudiaron conjuntamente como concepto de “imagen corporal” desde diferentes perspectivas, entre ellas el psicoanálisis, la neurología, la fisiología, la psicología, la sociología y la psiquiatría.

Es así que, la construcción de la imagen corporal es un proceso que se desarrolla a lo largo del ciclo vital y se puede dar en dos vías: la normal y la patológica, siendo esta de interés de la psicología clínica, justamente porque el nivel de afectación, en cada individuo, comporta diferencias y es menester encontrar métodos adecuados de evaluación, diagnóstico y posterior tratamiento.

Este trabajo se desarrolló a través del método de investigación cualitativo de tipo documental llamado estado del arte. El estudio del concepto de imagen corporal y sus trastornos en la psicología clínica se abordó por medio de unas categorías de análisis que permiten hilar de manera lógica la información en aras de responder la pregunta de investigación así: la primera unidad de análisis es sobre las distintas definiciones y trastornos que han sido asociados a él; la segunda, muestra los principales modelos explicativos que presenta la psicología clínica asociados a la imagen corporal; en la tercera se muestran los instrumentos y herramientas que se encontraron en la literatura académica para su evaluación y diagnóstico; finalmente, se dan las conclusiones generales de las categorías mencionadas. Es así que se ordena la información encontrada

para dar coherencia y ayudar a responder y comprender la pregunta del presente trabajo ¿cuál es el abordaje teórico práctico del concepto de imagen corporal y sus afecciones en la psicología clínica?

Planteamiento y justificación

Al realizar la primera exploración documental, se determinó que la imagen que cada persona tiene de su propio cuerpo puede darse a través de una valoración positiva o negativa, como lo han mostrado diferentes investigaciones de las cuales se hablará en los capítulos precedentes, esta valoración incide en diferentes ámbitos de la vida, en lo laboral, en lo afectivo, en lo académico e incluso con la familia, debido a la afectación que esta percepción produce a la hora de relacionarse con otras personas (Kirszman & Salgueiro, 2015, p.4).

La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y se sabe que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, entre otros, aumentan el riesgo de problemas psicosociales y rechazo en las personas que los padecen (Salaberria, K., Rodríguez, S., Cruz, S., 2007, p. 2).

Es importante resaltar, que el tema de esta investigación es de interés, no solo por su utilidad en el campo de la psicología a la hora de tratar alteraciones relacionadas con la imagen corporal, si también por su incidencia en aquellas personas que en muchas ocasiones han tenido que batallar con su propio cuerpo, ejemplo de esto, es la afectación que producen los comentarios de otras personas sobre la apariencia y la forma de cuidarse e incluso vestirse. El estudio de la imagen corporal, representa un camino arduo de

aceptación y descubrimiento que fortalece como persona y profesional, puesto que permite ampliar el entendimiento sobre el tema para ayudar a otros a mirarse al espejo, ver lo que realmente es, aceptarse, cuidarse y quererse más allá de lo que socialmente se espera que sea.

De este modo, esta investigación se propone ampliar la comprensión epistémica del concepto de imagen corporal, respondiendo a la pregunta ¿cuál es el abordaje teórico práctico del concepto de imagen corporal y sus afecciones en la psicología? a partir de la pregunta se explora y analizan los diferentes postulados explicativos y las investigaciones desarrolladas en el campo psicológico para mostrar sus diferencias, coincidencias, vacíos y avances; contribuyendo en primer lugar, a la prevención y tratamiento de trastornos y condiciones psicológicas asociadas al concepto de imagen corporal que, en el campo psicológico, tiene una incidencia en escenarios: educativos, deportivos y de la salud; asimismo, contribuir a interrogar la práctica clínica psicológica y el abordaje de este fenómeno, en lo que concierne al momento de la evaluación y el diagnóstico.

Objetivos

General

- Examinar el abordaje teórico práctico del concepto de imagen corporal y sus afecciones en la psicología clínica.

Específicos

- Comprender el concepto de imagen corporal y los trastornos asociados.
- Delimitar los modelos teóricos explicativos que existen en la psicología clínica relacionados con los trastornos de imagen corporal.
- Identificar los instrumentos o herramientas para la evaluación y diagnóstico de las alteraciones de la imagen corporal.

Marco de referencia

El presente proyecto se sustenta inicialmente en el concepto de imagen corporal aportado por Henri Wallon (citado en Bernard, 1994, p.4).

Según este autor la imagen corporal debe entenderse como un proceso que sólo puede darse inicialmente desde el ámbito fisiológico, ya que por su incipiente desarrollo neurológico el neonato no tiene la capacidad de distinguir su propio cuerpo del exterior y es solo por medio de la motricidad y la función postural en interacción dinámica con el entorno que consigue a través de sus risas, llanto, señalamientos y demás obtener una respuestas de quienes están a su cuidado, logrando diferenciarse, tomando conciencia y control de su propio cuerpo que a su vez es usado como herramienta básica y originaria

de comunicación, pues aún no se ha desarrollado el lenguaje verbal.

Otra perspectiva que se considera del concepto de imagen corporal y que complementa la anteriormente mencionada es la presentada por Slade (citado en Ayelo & Marijuán, 2016, p.31) quien afirma que la construcción que forma cada persona de su imagen corporal a lo largo de su vida, está compuesta de múltiples factores no solo biológicos, sino también psicológicos, perceptuales e histórico - contextuales.

Metodología

Enfoque metodológico.

Esta investigación se fundamenta en el paradigma interpretativo o comprensivo, pues este permite el acercamiento al fenómeno que en este caso sería el concepto de imagen corporal desde una perspectiva constructivista que no concibe la realidad como algo simple y fragmentable, sino múltiple y holista donde se acepta la relación dual entre el investigador u observador y lo conocido que interactúan, se influyen y son inseparables. Este tipo de investigación no pretende lograr generalizaciones universales como el modelo positivista, pues la aspiración es desarrollar un modelo ideográfico de conocimiento que pueda describir el objeto de indagación, además tampoco busca ni puede establecer las relaciones causa y efectos entre sucesos debido a la variabilidad de las condiciones y hechos sociales de los sucesos (Lincoln y Guba citados por Calderón, 2002, p. 476).

Diseño metodológico

El diseño metodológico que se emplea en esta investigación es el cualitativo, pues hace parte del marco interpretativo que posibilita un camino en la generación de conocimiento, ya que sus procesos y metodologías empíricas son de gran utilidad y sirven como guía para abordar el tema de interés. En este tipo de diseño en un comienzo no tiene claridad sobre las preguntas de investigación o hipótesis, teniendo en cuenta que surgen durante o después de la recolección y análisis de los datos, siendo una manera de indagar dinámica en dos sentidos: entre los hechos y su interpretación, en un proceso circular, es decir, su secuencia no siempre es la misma o lineal variando en cada estadio (Hernández, Fernández, & Babtista, 2014, p.126).

Estrategia metodológica

La estrategia a emplear es una modalidad de investigación documental llamada estado del arte, cuyo objetivo es recuperar sistemática y reflexivamente el conocimiento que se ha acumulado sobre un objeto o tema de estudio. Este tipo de investigación posibilita una evaluación o balance del conocimiento acumulado, y establece una proyección o parámetros de trabajo para posibilitar posteriores investigaciones. Es una investigación de la producción investigativa, teórica o metodológica, que existe sobre un tema determinado hasta el momento de la investigación, develando la dinámica y el entendimiento en la descripción, explicación o interpretación sobre el fenómeno al que hacen alusión los teóricos e investigadores (Galeano y Vélez citados por Galeano, 2014, p.16).

Fases metodológicas

La investigación que se realizó siguió los lineamientos o fases metodológicas durante el proceso mediante el cual se buscó responder la pregunta de investigación según Gómez, Galeano, & Jaramillo así:

1. La planeación: es condicionar las exigencias y requisitos administrativos para la realización de la investigación, se fundamenta el tema a investigar. Se iniciará con una primera indagación documental donde se elegirán algunas fuentes clave en consecuencia con el tema, lo cual brindará la posibilidad de pasar de un tema a un objeto de investigación, una vez obtenido se puede construir la pregunta guía, los objetivos, la justificación y las categorías de búsqueda para el universo, los criterios para la seleccionar la muestra y la elección de los centros documentales para revisar.
2. Diseño y gestión. Aquí se establecerá el universo, la muestra, las categorías de análisis y se realiza la lectura lineal.
3. Análisis, elaboración y formalización. Se analizará globalmente el contenido, se comparará entre un texto y otro las similitudes, diferencias, coyunturas, tendencias y todo tipo de información que sea útil para la investigación. Al final, el resultado es una estadística que se puede poner en el informe final, pero para trascender y que no sea un inventario, se incluye la descripción y un análisis crítico de lo encontrado allí. Entonces, después de esto, se realiza un informe final el cual debe llevar: memoria metodológica, balance documental, desarrollo temático por categorías y el inventario de documentos. Para terminar, si se desea, cuando la redacción del informe final haya sido completada, se socializa o formaliza ante la comunidad científica por medio de la publicación del trabajo

en ponencias o artículos de revista o cualquier otro medio (2015, p. 436).

Unidad de análisis

La imagen corporal y sus trastornos en la psicología clínica.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis son las siguientes:

- Definición y trastornos asociados al concepto de imagen corporal.
- Modelos teóricos explicativos que la psicología clínica aborda sobre la imagen corporal.
- Técnicas e instrumentos para la evaluación y diagnóstico de la imagen corporal.

Subcategorías emergentes

Figura 1. Unidad de análisis, categorías de análisis y subcategorías emergentes

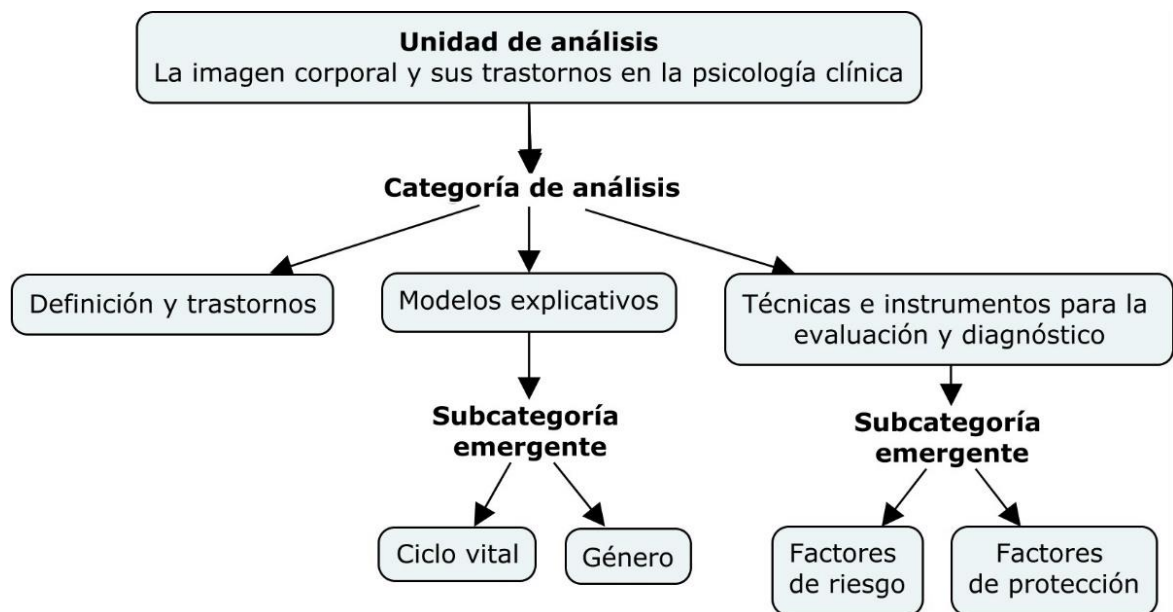


Figura de elaboración propia

Técnicas de recolección de la información

Este tipo de investigación documental permite a quien realiza la investigación ver el fenómeno que estudia desde fuera, sin que el mundo o el propio fenómeno se vean afectados, por ello en este tipo de trabajo poco hay que preocuparse por controlar los efectos del investigador. La investigación documental es fuente privilegiada de información numérica y no numérica permitiendo la triangulación de la información. Este tipo de investigación a diferencia de otras como la etnográfica o participativa, donde gran parte de la información se produce en la misma investigación, en los estudios documentales un porcentaje importante de la información se encuentra de manera escrita y previamente elaborada, es por esto que las técnicas para buscar más utilizadas son la revisión documental y de archivos (Galeano, 2014, p.36).

En la presente investigación se exploró el concepto de imagen corporal desde la psicología clínica, por medio de una matriz bibliográfica y de contenido realizada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, la cual permitió no solo clasificar la información por temas o categorías, sino que además se pudo filtrar, de éste modo se tuvo a la mano la información en común de cada tema en el texto específico para su análisis.

Balance de fuentes documentales

Población y muestra documental

Población documental: libros, artículos de investigación tanto físicos como digitales, trabajos de grado o tesis de doctorado.

Muestra documental: el abordaje documental se realizó mediante una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad de Antioquia tales como EBSCO, Dialnet, Scielo, Redalyc y a través del meta buscador académico de Google que arrojó 314.000 resultados. A través de estas bases de datos como herramienta de búsqueda se accedió a una gran cantidad de información digital actualizada sobre el concepto de imagen corporal; la asesora del presente trabajo proporcionó varios libros y textos digitales; también se accede a información documental que se encuentre físicamente en la biblioteca de la Universidad de Antioquia. Teniendo en cuenta la cantidad de información sobre el tema se hizo necesario delimitar la búsqueda mediante los siguientes criterios de selección:

- **Pertinencia:** que los textos tengan relación con la unidad de análisis.
- **Temporalidad:** que los textos se encuentren en un rango de tiempo entre los años 2000 al 2018. También se seleccionaron textos que no cumplen con este rango temporal, pero tienen información importante o de referencia sobre el tema.
- **Accesibilidad:** textos o documentos que sean de fácil acceso y que no requieran ningún permiso o cobro para ser consultados en internet. Esto debido a la solicitud de suscripción a páginas de consulta para acceder a material o la imposibilidad de acceder a unos cuantos documentos que requerían algún tipo de pago para su visualización o descarga.

- Idioma: se seleccionaron textos que presentaron información relevante y que pudieron ser fácilmente leídos o traducidos en español, inglés y portugués.

Figura 2. Distribución de la muestra por centros de documentación

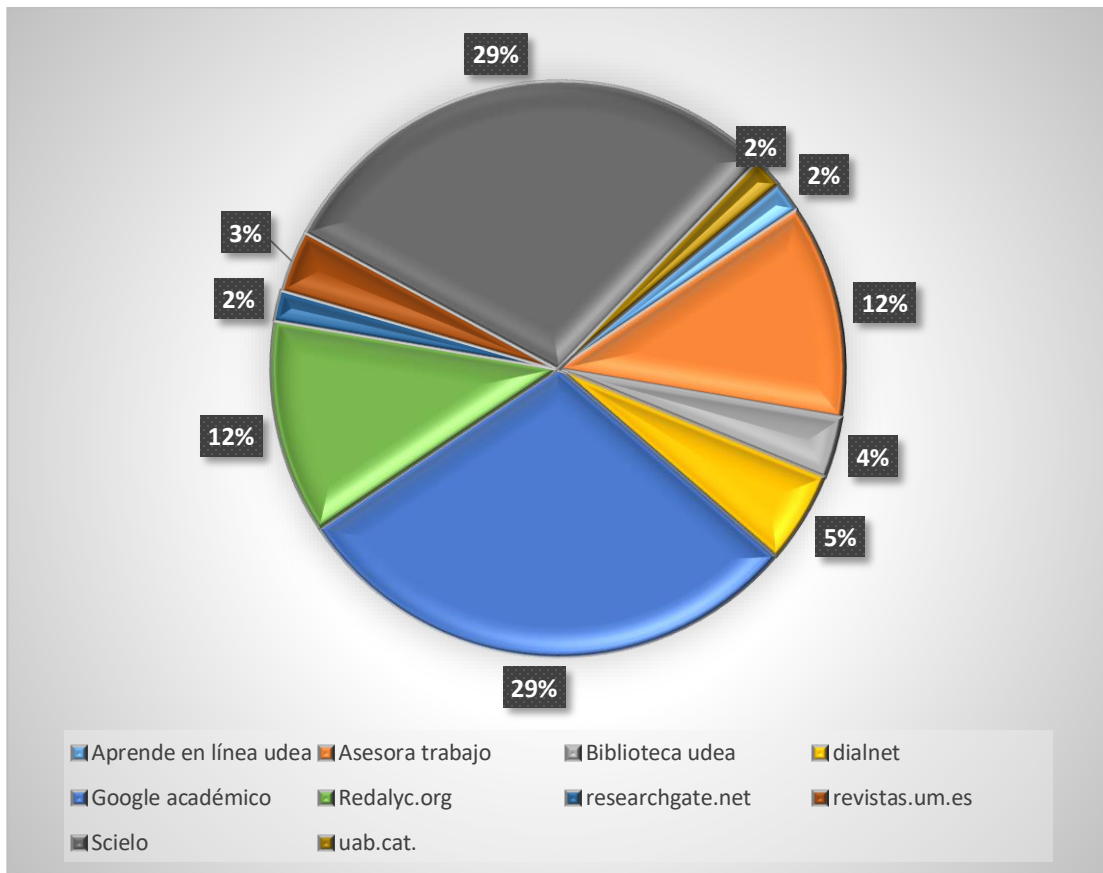


Figura de elaboración propia

Se encontraron 58 textos, de los cuales se obtuvieron la mayoría de bases de datos en los que se puede tener acceso a literatura académica. Las principales fuentes de información fueron Google académico con un 29% y Scielo con el mismo porcentaje. De lo anterior se desprende que las bases de datos proporcionan una cantidad considerable de información sobre el tópico y que además es información de calidad y sin ningún costo.

Figura 3. Publicaciones consultadas según el país

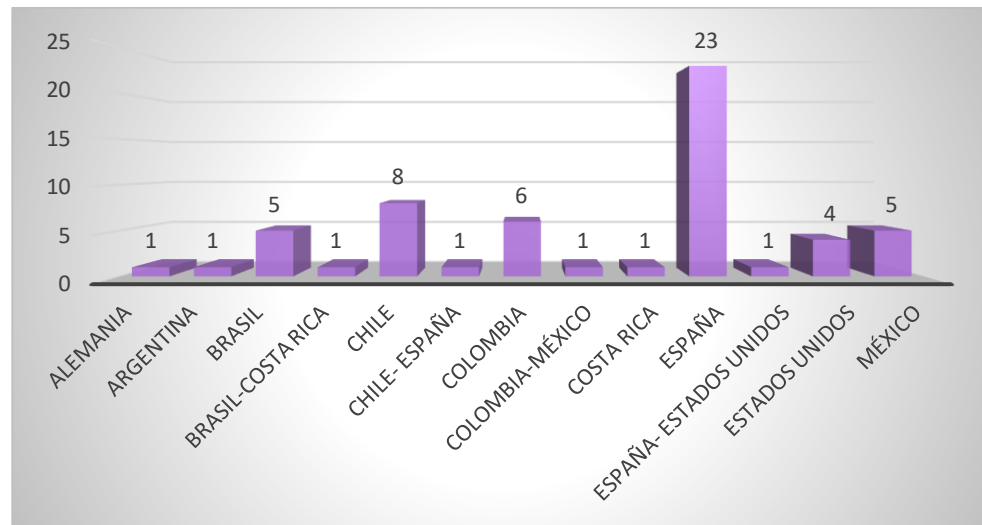


Figura de elaboración propia

Según la información que se recopiló, se puede observar que existe una producción considerable de información sobre la imagen corporal en España, sin embargo, también es un tema de interés en Brasil, Chile, Colombia y México. Cabe preguntarse por qué se presentan más investigaciones sobre el tema en España que en el resto de los países de la muestra, sobre todo, si se tiene en consideración que fue una muestra tomada aleatoriamente, que se seleccionó por la pertinencia y calidad de la información y no por el país de origen.

Figura 4. Distribución de la muestra por tipo de material

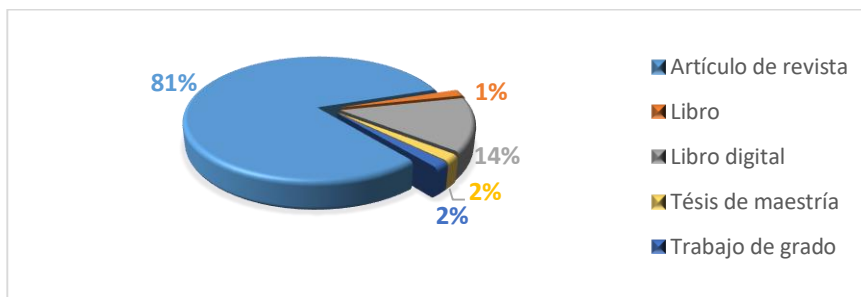


Figura de elaboración propia

De acuerdo a lo observado en la figura cuatro, la mayoría de los textos en el presente trabajo son artículos de revista y libros digitales, lo que muestra que gracias a la tecnología y las bases de datos que se encuentran en internet se pudo realizar la presente investigación con mayor facilidad que si no existieran estas bases de datos.

Figura 5. Distribución por año de publicación de los textos consultados

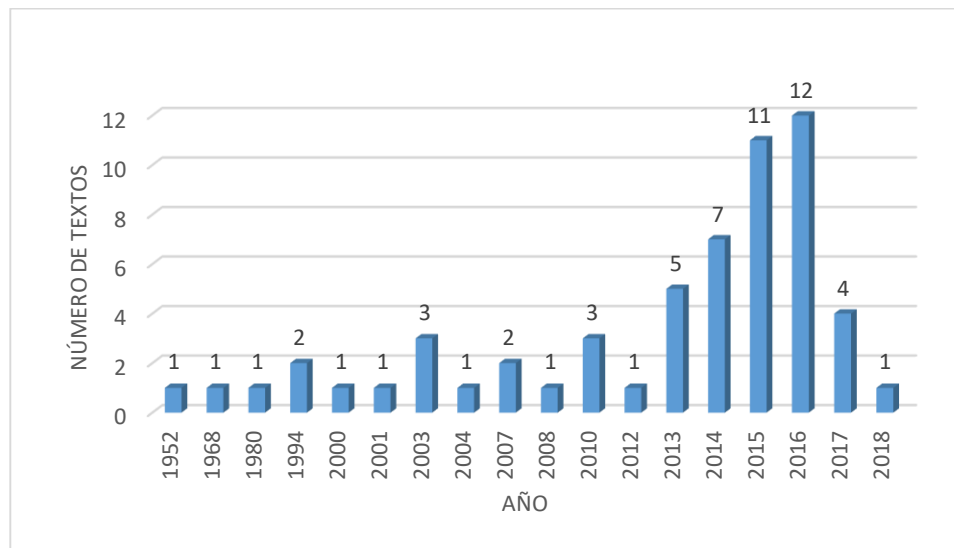


Figura de elaboración propia

Este criterio de selección de la muestra fue flexibilizado, ya que, algunos textos relevantes para el estudio del tópico se encontraron fuera del rango de temporalidad, tal es el caso del texto del año 2001, que es un punto de referencia para muchas investigaciones posteriores, sin embargo, la sumatoria del promedio de los años 2010 al 2018 es del 76% (44 textos del material consultado), lo que indica no solo que hay una considerable proporción de material actual, sino también que es un tema que aún se encuentra vigente.

Resultados

El concepto de imagen corporal y los trastornos asociados

El cuerpo en psicología es más que un conjunto de órganos, es una entidad compleja que se va configurando de diferentes maneras. Este capítulo se propone mostrar la definición del concepto de imagen corporal y los trastornos asociados, puesto que su conceptualización está ligada a la psicopatología. De este modo, en un primer momento se presenta un breve esbozo histórico del concepto y posteriormente sus principales definiciones y patologías asociadas.

Una de las primeras referencias del concepto aparece asociada a las patologías del cuerpo desde una perspectiva morfológica, así en 1886 Morselli (citado por Raich, 2001, p. 29) acuña el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma), entendido en la actualidad como: “temor angustioso e incontrolable ante ciertos actos, ideas, objetos o situaciones, que se sabe absurdo y se aproxima a la obsesión” (Real academia Española, s.f., definición 2). Esta primera definición no es ampliada por el autor, es decir, se enuncia el concepto aunque no se desarrolla a profundidad, lo cual da lugar a las siguientes interpretaciones: miedo a perder la forma, miedo a que las formas sean desproporcionales o deformes, miedo a que la forma no sea humana, etc.

Casi dos décadas después, en 1903 Janet (citado por Raich, 2001, p.29) se refiere a;

“Obsesión por la vergüenza del propio cuerpo, lo que implicaba el miedo a verse ridículo o feo. Expresando el sentimiento de profunda vergüenza por ser como se es, con

el añadido de sentimiento de injusticia, puesto que uno no es como quiere, sino como le han hecho” (2001. p.29).

Aunque la autora tampoco aclara qué se entiende en aquella época por obsesión y vergüenza, hoy se definen como: obsesión, “Idea fija o recurrente que condiciona una determinada actitud” (Real Academia Española, s.f., definición 2); mientras que la vergüenza es definida como: turbación del ánimo causada por timidez o encogimiento y que frecuentemente supone un freno para actuar o expresarse (Real Academia Española, s.f., definición 1).

Al cabo de tres años, en 1905, Bonnier (citado por Baile, 2015, p.2) emplea el término “aschemata”, cuando se presentaba daño cerebral que producía la sensación de desaparición del cuerpo, en el texto citado también refiere a Pick que en 1922 usaba el término de autotopagnosia para hacer hincapie en los problemas de orientación corporal; de este modo, las primeras comprensiones de la imagen corporal son pensadas desde lo patológico y la percepción anormal del cuerpo. Ambos autores indican que, cada persona desarrolla una imagen espacial del cuerpo, siendo una representación interna a partir de la información sensorial.

Con este mismo enfoque, los neurólogos Británicos Henry Head y Holmes en 1911 y 1912 (Citados por Pérez & Marijuán , 2016, p.17), realizaban trabajos en paciente con lesiones cerebrales, lo que llamaron modelo postural o esquema corporal, refiriéndose a la entidad neuronal que permite la habilidad de moverse funcionalmente por el espacio, sin necesitar observación o atención consciente del movimiento que se realiza (este término presenta una confusión que se aclarará en el subapartado de las patologías de la imagen corporal). Estos autores estudiaban la imagen corporal desde la

neurología, partiendo del estudio de los daños cerebrales y la afectación de éstos en la percepción de algunas partes del cuerpo muy específicas, de acuerdo al tipo de lesión. Aunque no lo mencionan en el texto, hoy se sabe que, por ejemplo, en el caso de tener una lesión unilateral parietal izquierda o derecha, se produce una agnosia digital que dificulta la identificación de los dedos de manera verbal y no verbal (Casanova, 2007). Debido a este tipo de hallazgos surge por primera vez el concepto de esquema corporal, que si bien es empleado erróneamente para hablar de la imagen corporal, solo hace parte de ella al referirse al ámbito biológico, siendo insuficiente, ya que se va complementando y complejizando a medida que aparecen otras acepciones y psicopatologías como se mostrará.

Principales acepciones de la Imagen corporal

Si bien se han mencionado algunas patologías asociadas a la definición de imagen corporal, en este apartado se retoman algunos términos y proponen otros con su respectiva evolución y cambios en el tiempo.

La imagen corporal ha sido un concepto con numerosas modificaciones y, en consecuencia, nuevas formas de investigarlo, lo que conlleva al amplio repertorio conceptual y evaluativo que se conoce hasta el día de hoy. Investigar clínica y científicamente el concepto requiere una comprensión profunda del tema (Gomes, Neves, Fernandes, & Betanho, 2010), aunque según O'Shaughnessy (citado por Ayelo & Marijuán, 2016), afirma que el concepto de imagen corporal se presenta “para la mayoría como algo sin forma o vago o malformado en la mente de las personas. ...a causa de la ambigüedad en el uso de imagen corporal” (p. 9). Por consiguiente y de acuerdo con

Thompson, Heinberg, Altabe y TantleffDunn (citados por Meneses & Moncada, 2008, p.14), “la elección y utilización de un término u otro va a residir en la orientación científica del investigador o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible”.

En concordancia con lo mencionado por O’Shaughnessy, en la siguiente página se encuentran una tabla (tablas 1) con los términos que se encuentran en la literatura sobre la imagen corporal, del mismo modo, la ampliación de las definiciones más relevantes en las que, como se podrá ver, se refieren a lo fisiológico, lo perceptivo y lo cultural; en tanto que, otros las reúnen , incluso, algunos plantean la existencia no de una imagen corporal sino de varias.

Entre las acepciones que presentan similitud por su significado y manera de estudio se tiene: (ver tabla 1): el esquema (Raich, 2001), autopercepción (Baile J. , 2003), autotopagnosia (Baile J. , 2003), cuerpo percibido (Fernández, González, Contreras, & Cuevas, 2015), figura corporal (Baile J. , 2003), límites del cuerpo (Argüello & Romero, 2012), imagen postural (Kolb referenciado por Ayelo & Marijuán, 2016) y representación mental diagramática (Raich, 2004) que hacen referencia a la conformación fisiológica del cuerpo dando paso al homúnculo senso-perceptivo que se estudiaba por medio de los daños cerebrales y las parálisis que producían en partes específicas del cuerpo como una mano, un pie o el rostro; mientras que el autoconcepto (Pastor & Bonilla, 2000), la autoconciencia (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007), la auto imagen (Delgado, y otros, 2017), la autopercepción (Kirszman & Salgueiro, 2015), son acepciones del desarrollo cognitivo que se tiene en relación al cuerpo; similarmente otros conceptos se refieren a la imagen corporal como: narrativa del self corporal (Kirszman &

Salgueiro, 2015), Self corporal (Kirszman & Salgueiro, 2015), Yo corporal (Ayelo & Marijuán, 2016) y sistema del yo (Moncada, 2010) son maneras de nombrarlo desde la psicología dinámica o desde el psicoanálisis, que si bien son diferentes tienen algo en común y es que la configuración del cuerpo se da a través del discurso y las maneras de nombrarlo. Cada manera de nombrar y pensar el cuerpo supone modos diferentes de estudiarlo y evaluarlo haciendo relevante poner atención en este punto.

Tabla 1. Formas en las que se ha nombrado la imagen corporal en la literatura.

FORMAS DE NOMBRAR LA IMAGEN CORPORAL
(Auto) imágenes
Aschemata (esquema en inglés)
Autoconcepto
Autoconcepto físico
Autoconciencia
Autoimagen
Autopercepción
Autotopagnosia (imagen espacial, sensorial)
Catexis corporal
Concepto corporal
Conciencia corporal
Cuerpo metafórico
Cuerpo percibido
Esquema corporal
Evaluación perceptual
Figura corporal
Imagen actual
Imagen corporal actual
Imagen corporal deseada
Imagen corporal ideal

Nota: la presente tabla es elaborada por la autora del presente texto.

Continuación formas en las que se ha nombrado la imagen corporal en la literatura.

FORMAS DE NOMBRAR LA IMAGEN CORPORAL
Imagen corporal percibida
Imagen corporal proyectada
Imagen corporal social
Imagen deseada
Imagen personal
Imagen postural
La auto imagen
Límites del cuerpo
Modelo postural
Narrativa del self corporal
Physical self-percepción profile (perfil de autopercepción física)
Representación mental diagramática
Satisfacción corporal
Self corporal
Si mismo corporal
Sistema del yo
Somatopsique
Yo corporal
Nota: la presente tabla es elaborada por la autora del presente texto.

Como se mostrará a lo largo del presente trabajo, el estudio y comprensión de la imagen corporal se va elaborando principalmente desde lo patológico, presentando un gran número de definiciones y maneras de nombrarla, tal como se puede ver, a modo de resumen, en la tabla 1. Lo anterior ha significado confusiones al tratar de diferencias el concepto de esquema corporal del de imagen corporal; por consiguiente, en el presente capítulo, se muestra el surgimiento y la transformación de los términos.

Inicialmente, desde la neurología según Raich (citada por Raich. , 2001) la imagen corporal es comprendida y equiparada al concepto de esquema corporal, el cual constituye una representación mental diagramática (Real Academia Española, s.f., definición 1) “significa Representación abstracta o gráfica, generalmente esquemática, de algo”) de la conciencia corporal que tiene de cada persona. Siendo las alteraciones el resultado de una lesión o perturbación en el funcionamiento del cerebro, unos ejemplos de ello serían el miembro fantasma y la anosognosia, estos trastornos se presentan en personas a las que se les ha amputado una parte de su cuerpo y que afirman sentir dolor o molestias en ésta parte (Casanova, 2007); la imagen corporal, es una representación abstracta de como cada persona percibe su cuerpo en el espacio , en tiempo real, derivándose de los estímulos sensoriales, incluyendo los movimientos de los músculos, los propioceptivos (propiocepción, es la percepción inconsciente de los movimientos y de la posición del cuerpo, independientemente de la visión según Real Academia Española, s.f., definición 1), cutáneos, vestibulares, táctiles, visuales y auditivos (Vogeley, Kurthen, Falkai, & Maier, 1999).

De esta manera, el esquema corporal se asocia a los traumas que permiten develar parte del funcionamiento del cuerpo en relación a la imagen corporal, es la primera definición que se tienen y poco a poco se va modificando y especializando para luego saberse como parte de la imagen corporal, pero es un acercamiento netamente neurobiológico que se va depurando para luego pasar a complementar lo que después será la definición de imagen corporal, por ello a continuación se presenta la tabla realizada por Ayelo & Marijuán (2016, p. 18) en las que se muestran las diferencias entre la imagen corporal y el esquema corporal.

Tabla 2. Diferencias Entre Imagen y Esquema Corporal.

IMAGEN	ESQUEMA
Percepciones, actitudes, creencias relacionadas con el cuerpo.	Habilidades sensoriales y motoras
Nivel consciente	Nivel inconsciente
Mi cuerpo = Mi propiedad	Mi cuerpo = Soy yo
Se distingue del entorno	Interactúa con el entorno

Por: Ayelo, S., & Marijuán, M. (2016). *El cuerpo como espejo del self*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. P.27.

En esta tabla se puede vislumbrar que la imagen corporal es una construcción que se hace de manera consciente por medio de la experiencia en la interacción social, mientras que el esquema corporal responde también a la experiencia, pero en el uso del cuerpo y la interacción con otras personas de manera inconsciente. Ambos conceptos son de gran importancia y necesarios en la configuración de lo que llamamos cuerpo, sin embargo, son términos complejos en los que no se logra una unanimidad que permita su clasificación y comprensión por un largo periodo de tiempo como se puede apreciar a continuación (tabla 3).

Tabla 3. Autores y sus posturas sobre imagen corporal y esquema corporal.

HEAD (1920,1926)	SCHILDER (1950)	MERLEAU-PONTY (1993)	FISHER (1972)	KOLB (1959)
EC: postural del cuerpo que modifica activamente “las impresiones producidas por inputs sensoriales entrantes de tal modo que la sensación de posición final, o de lugar, alcanza la conciencia en relación con algo que ha ocurrido antes” (Head, 1926, p.435)	Está de acuerdo con Head, equipara el modelo postural con la sensación de posición consciente final. Equipara el EC con la imagen o representación de “nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”. A esta representación la llama Imagen Corporal (IC) o Esquema Corporal	EC: funcionamiento dinámico y experiencial del cuerpo vivido en su entorno. Incluye una conciencia marginal del cuerpo y opera como un sistema de motor dinámico equivalente que pertenece al reino del hábito más que a una elección consciente. (Merleau-Ponty, 1993, pp. 141-142).	“La IC puede ser considerada un sinónimo de <i>concepto corporal</i> y <i>esquema corporal</i> . El término concierne a cómo el individuo percibe su propio cuerpo. Ello no implica que el concepto del individuo de su cuerpo esté representado por una imagen consciente. IC representa el modo en el que una persona ha aprendido a organizar e integrar sus experiencias corporales”. (Fisher, 1972, p.113).	EC: una “imagen postural”, una “imagen perceptual” o “un modelo básico del cuerpo que funciona fuera de la conciencia central”. (Kolb, 1959, p.89). Esta imagen o modelo, es activo. Modifica los impulsos sensoriales entrantes. El EC es solo un aspecto de la IC. “Imagen conceptual” o “concepto corporal”: lo concerniente a “pensamientos, sentimientos y memorias que evolucionan a medida que el individuo (yo) ve su propio cuerpo” (p.89).
MYERS (1967)	GIBSON (1966)	STRAUS (1970)		TIEMERSMA (1982)
Distingue entre EC y concepto corporal, pero no hace distinción entre EC e IC.	Equipara la IC con posturas físicas en cuanto relacionadas con posibles posiciones corporales en el espacio objetivo.	Compara el EC con el mapa fisiológico de las partes del cuerpo localizadas en el lóbulo parieto-occipital del giro postcentral. Lo define como “la representación o modelo interno de su cuerpo que uno forma en su mente...Es una especie de diagrama interno que representa el propio cuerpo como un todo, así como sus partes individuales de acuerdo a su posición, forma, tamaño, estructura y diferenciación funcional e interrelación espacial” (Straus, 1970, pp. 901-902).		Distinción consistente entre IC y EC, para después utilizar los términos de forma intercambiable. IC: “conocimiento de la estructura topológica esencial del cuerpo vivido en el mundo” (Tiemersma, 1982, p. 249).
EC: <i>esquema corporal</i> . IC: <i>imagen corporal</i> .				

Por: Ayelo, S., & Marijuán, M. (2016). *El cuerpo como espejo del self*. España: Universidad Autónoma de Barcelona. P.23.

En la tabla anterior se observa que tanto para Head como para Shilder y Straus, el esquema corporal es el modelo fisiológico de las sensaciones que se adquieren a través de la experiencia, sin embargo es Shilder en 1950 quien por primera vez equipara imagen y esquema refiriéndose a uno u otro concepto arbitrariamente, tal cual lo hicieron Myers 1967, Fisher en 1972, y Tiemersma en 1982, como si esquema corporal pudiera englobar todo lo referente a la imagen corporal, pero no es así como se pudo ver en la tabla 2 y 3.

En comparación a lo expresado en el anterior párrafo, el esquema corporal Merleau-Ponty es distinto a Head y Shilder, pues el esquema corporal es producto de la repetición y no de una elección que la persona logre o tenga conscientemente, del mismo modo pensaban Fisher, ya que la personas aprende a integrar y organizar sus experiencias con el cuerpo sin tener conocimiento de que lo ésta haciendo.

Es de señalar que en 1959 Kolb por primera vez hace una distinción clara entre imagen y esquema corporal, pues afirma que el esquema es una imagen perceptual que funciona como un modelo del cuerpo modificado por las experiencias sensoriales que tenga la persona sin ser consciente de ella, además que la imagen corporal es lo concerniente a los pensamientos y sentimientos de la personas hacia su propio cuerpo.

Tanto el concepto de imagen y esquema corporal, como se ve en la tabla 3 han sido usados indistintamente por los autores, y aunque Kolb hizo una clara distinción entre ambos conceptos en 1959 el empleo de estos siguió siendo indiferenciado por hasta 1982, trayendo parte de esa confusión hasta nuestros tiempos, por ello es importante contrastar lo que nos muestra la tabla 2 y la tabla 3 lo que posibilita mayor claridad y

entendimiento, no solo en las próximas definiciones, sino también en las patologías que se asocian a la imagen corporal.

Así pues, la comprensión de la imagen corporal está apoyada en investigaciones que indican que el cerebro está conformado por módulos que procesan la información selectivamente, incluyendo partes o segmentos del cuerpo (Cohen & Tong, 2001), de modo que, el esquema corporal es entendido como un sistema funcional de representaciones encargadas del control motor, que son de carácter automático y en los que no se ve implicada la percepción consciente del cuerpo (Botero & Londoño, 2015). Este sistema funcional según Helmuth (referenciado por Moncada, 2010) ha sido gráficamente ilustrado por el homúnculo motor, un mapa deformado del cuerpo con el que la corteza motora primaria interpreta el cuerpo como se puede apreciar en la figura 6.

Figura 6. Proceso en que el cuerpo percibe sus diferentes partes

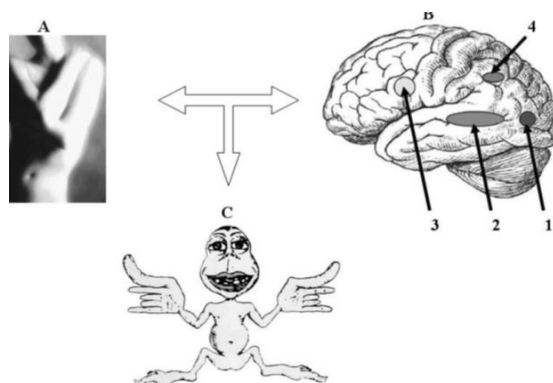


Figura 6. El reconocimiento de la imagen corporal (A) es un proceso complejo que requiere la integración visual, táctil, y de otros estímulos perceptuales en el cerebro (B). Las áreas de mayor sensibilidad percibida en las áreas corticales son exageradas en el dibujo completo del homúnculo humano (C). Las áreas corticales en el cerebro involucradas en el reconocimiento propio se numeran así: 1) ACE; 2) Sulcus temporal superior; 3) Área de Broca; y 4) Corteza parietal posterior. Fuentes: A) Umaña (2005); B) Jeannerod (2004); y C) Kandel y Mack (2003).

Casanova, J. P. (2007). Neurología de la conducta y neuropsicología. Barcelona: Panamericana. P. 60.

Es preciso destacar, que la imagen corporal según la neurología presenta dos grandes inconvenientes: el primero de ellos, es que no se podría emplear el concepto de esquema corporal como sinónimo de imagen corporal, tal como lo hacen algunos autores (Schilder, 1950 & Fisher, 1972), para mayor detalle ver la información de la tabla 2 y tabla 3, ya que el componente físico-neuronal es importante, pero no el único que lo constituye, si bien aporta a comprender la integridad o deterioro del funcionamiento psíquico y por ende la conformación de la imagen corporal, no explica la experiencia y vivencia de la imagen corporal en su totalidad (Raich, 2001) ;en segundo lugar, no podría explicar todos los trastornos asociados a la imagen corporal, un ejemplo de ello es la anorexia, que según Brunch (1962) es una desconexión entre la forma real del cuerpo y como lo concibe la persona, sin embargo, no se presenta en la mayoría de los casos un daño cerebral identificable, por lo que no se puede saber con certeza si es un daño cortical o producto de las ideas de delgadez imperantes en la sociedad.

Adviértase que, como se expresó en el párrafo anterior, la neurología explica parte de la configuración de la imagen corporal, pero resulta insuficiente, debido a ello surgen otras definiciones que se apartan de lo meramente biológico al integrar elementos más psicológicos-cognitivos, como la realizada por Schilder, (citado por Baile, 2015; Raich, 2004) quien define la imagen corporal como la representación mental del cuerpo que las personas construyen en su mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos. Son el recuerdo de experiencias que el cuerpo registra en forma de imágenes de distintos tipos (Schilder citado por Ayelo & Marijuán , 2016)); a su vez, Feldenkrais, científico israelí de origen ucraniano, también hizo referencia a la imagen corporal denominándola como autoimagen de la siguiente forma: “cada uno de

nosotros habla, se mueve, piensa y siente de forma distinta, de acuerdo, en cada caso, con la imagen de sí mismo que ha construido con los años” (Feldenkrais, 2014, p.15).

Hay que resaltar que la imagen corporal comienza a desarrollarse desde la niñez, pero es en la adolescencia donde resulta más relevante para el desarrollo psicosocial del individuo (Rivarola, 2003); para Shavelson y Bolus, 1992 (citados por Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007), la imagen corporal se entiende como el conjunto de referencias y percepciones que la personas tiene, e incluye juicios acerca de sus comportamientos, apariencia externa o habilidades, de manera análoga, Rosen en 1995 (citado por Losada, Leonardelli, & Magliola, 2015) describe la imagen corporal como el modo en que las personas sienten, perciben y actúan en relación a su propio cuerpo.

Luego de hacer claridad entre los conceptos de imagen y esquema corporal, se introduce otro postulado que pretende entender la conformación de la imagen corporal más holísticamente. Para el año 1950, Paul Schilder propone otra definición de imagen corporal que incluye aspectos de neurología, psicoanálisis y sociología, así: “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Ayelo & Marijuán, 2016. p.21).

Schilder (citado por Ayelo & Marijuán) estaba interesado en la relación cuerpo y mente, proponiéndose explorar la relación entre las disfunciones orgánicas y psicológicas en el sistema nervioso central, afirmando que la imagen del cuerpo se configura por medio de tres dimensiones, y que esas tres dimensiones dinámicas interactúan entre sí, ellas son:

bases fisiológicas, el cuerpo como un ente material, del cual aprendemos a través del dolor y la estimulación, la segunda es la estructura libidinal, que según el psicoanálisis hace referencia al propio cuerpo como objeto de deseo, es decir, aquel en el que se depositan los anhelos, necesidades y carencias, y que incluye por lo tanto los niveles consciente e inconsciente de la experiencia, finalmente la sociología de la imagen corporal, la cual resalta el impacto de la cultura y sus ideas sobre la realidad del cuerpo, asumiendo que se tienen ideas distintas sobre el cuerpo y sus relaciones con la psique en distintas sociedades (Ayelo & Marijuán , 2016, p. 18).

Lo que hace Schilder es introducir un elemento a la dualidad cuerpo y mente, pues se hace necesario otro elemento que medie entre ambos para lograr la conformación del cuerpo, teniendo en cuenta que por si solos son insuficientes, por lo que introduce la cultura y sus impacto mediador entre lo fisiológico y la realidad sentida del cuerpo como el mismo lo llama.

Del mismo modo, cabe decir que el autoconcepto no es sinónimo de la imagen corporal, es la imagen corporal la que se incluye como parte del autoconcepto según Mock (citado por Sebastián et al., 2007), es definido como una “opinión que una persona tiene sobre sí misma, asociado a un juicio de valor” (Real Academia Española, s.f., definición 1), y que no solo se refiere a la imagen corporal, si no que también puede incluir la valoración sobre habilidades, capacidades, personalidad y todas aquellas ideas, hipótesis y creencias que tenemos de nosotros mismos. Por ello es una imprecisión por parte de los autores emplearla, en tal caso, sería más apropiado llamarlo autoconcepto físico, autoimagen, conciencia corporal, entre otros.

Ahora bien, desde una perspectiva sociológica, algunos autores como Gismeno (citado por Vaquero, Macias, & Macazaga) señalan que:

La imagen corporal se encuentra socialmente determinada, debido a las influencias sociales que afectan la autopercepción del cuerpo desde que se nace, pues a pesar de situarse en un ámbito subjetivo, es nuestro aspecto más expuesto a la evaluación pública y privada (2014, p. 165).

Se agrega además, que es un constructo que varía a lo largo de la vida en función de las experiencias e influencias sociales que determinan la forma en que pensamos y sentimos el cuerpo y no solo eso sino el mundo que nos rodea (Baile, 2003, p.4).

En consecuencia, la imagen que cada uno tiene de sí, nos sitúa en el plano físico, pero esta simultáneamente ligada a las vivencias, incorporando valoraciones y evaluaciones vinculadas a la interacción con el contexto. De modo que nuestras actitudes y sentimientos hacia nuestro propio cuerpo son derivados de la interacción con otras personas, afectando comportamientos con nosotros mismos y con otros (Gismero, 2002, p. 180).

Similarmente al párrafo anterior, la autora Dosamantes (citada por Ayelo & Marijuán, 2016), considera la imagen corporal como un depósito para las idealizaciones del imaginario colectivo, poniendo de relieve el papel de la cultura en cuanto a la construcción de la imagen corporal.

Se agrega a lo anterior, que esta se genera partiendo de las señales de aprobación y desaprobación de la sociedad que provocan una reacción emocional,

que luego es enlazada con el concepto que la persona tienen de sí misma como con el de la imagen y aceptación de su cuerpo (McGrath & Mukerji, 2000).

Por lo tanto y recogiendo las opiniones de los autores anteriores, la configuración del cuerpo representa la personalidad y el orden social, siendo un instrumento simbólico que comunica sobre el contexto social, sus normas y límites, mostrando a través del cuerpo la presión que soporta de una cultura mediatizada (Behar y Arancibia, 2015; Douglas, 1988).

En pocas palabras, se entiende que el cuerpo es una experiencia que va más allá de las fronteras de la anatomía, configurando una categoría cultural a través de la cual se puede identificar una visión particular del mundo, siendo el cuerpo una construcción humana que la sociedad moldea continuamente (Caravaca & Itayra, 2016) y depende de los ideales de belleza y normalidad que se imponen en cada cultura en los distintos momentos históricos (Sánchez & Alessandrini, 2007).

Es de destacar que, la imagen corporal se construye histórica y culturalmente, tal es el caso de algunas sociedades occidentalizadas (el autor no discrimina cuáles, ni en qué periodo), para las que la estética corporal resalta la esbeltez en las mujeres y la musculatura en los varones, reproduciendo idealizaciones que son difundidas por poderosas industrias del cine, la moda y los medios de comunicación (Jiménez, Zagalaz, Molero, Pulido, & Ruiz, 2013).

No cabe duda de que la imagen corporal ha suscitado polémicas discusiones en el ámbito académico, además, si se tiene en cuenta la dificultad de definirla de manera exclusiva, bien sea desde la neurología, las percepciones o el enfoque cultural.

En consecuencia, algunos autores afirman que la imagen corporal es compleja e integra varios componentes, un ejemplo de ello lo encontramos en Jiménez (1999) quien considera que la autoconciencia (éste término es usado por el autor como sinónimo de imagen corporal) es dicotómica: por una parte es privada, centrando la atención en los aspectos internos como sentimientos y pensamiento; y simultáneamente es pública, poniendo su atención en los aspectos físicos, como la apariencia externa y la impresión en los demás.

A pesar de que los términos (privada y pública) no son muy exactos, ya existe una ampliación de categorías entendidas desde lo perceptivo-subjetivos y otra que esta influenciada por el contexto cultural que permite entenderlos. Hablar de una imagen corporal pública y una privada suscita varios interrogantes que al ser abordados con mayor profundidad y rigurosidad académica son un gran aporte para comprender la conformación de la imagen corporal, algunos de estos interrogantes son: ¿se puede evaluar adecuadamente si esto es cierto? y más teniendo en cuenta que existe una escala para la medición de la autoconciencia pública de Fenigstein (citado por Núñez, Benítez, Valdés, Senín, & Rodríguez, 2015) pero como evaluar si son válidas, si coinciden o no esta conciencia pública y privada, además si existen separadamente ¿por qué mostrar la privada si no coincide con la pública?; ¿por qué unas personas se centran más en la imagen pública que otras? Y por qué sucede principalmente en el estadio del desarrollo de la adolescencia; al tener dos imágenes corporales una de ellas sería en contraposición con la otra, entendiendo que una sería la que se muestra y que no necesariamente este en concordancia con lo que se piensa y siente sobre el propio cuerpo, existiendo una imagen que mostrar y la que se consideraría como real para la persona, mostrando mucha

seguridad y satisfacción con el propio cuerpo ante otras personas sin que esto sea cierto; ¿cuál sería la función psicológica de que existan dos formas distintas de imagen corporal? Siendo un mecanismo para aquellas personas que ante la imposición de cánones de belleza tan inalcanzables que se creen dos imágenes alternas que no coinciden, de ser así a mayor diferencia de la imagen pública y de la privada ¿sería más acertada la evaluación y comprensión no solo la configuración del cuerpo, sino de los trastornos que se asocian a la imagen corporal? No hay una respuesta exacta en la literatura sobre la dualidad de imágenes corporales que plantea Fenigstein, sin embargo, los aportes de otros autores permiten acercarse a la comprensión de este fenómeno como se verá más adelante.

Analógamente, Rosen (citado por Raich , 2001) se refiere a “la imagen corporal como la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales”(p.24).

Rosen del mismo modo que Jiménez, hace referencia a aspectos perceptivos y subjetivos, que podrían ser entendidos como autoconciencia privada y pública, sin embargo, aunque no es muy extenso y específico en sus definiciones agrega el aspecto conductual.

Por otro lado, Thompson (citado por Raich , 2001, p.24) si bien utiliza las dos primeras categorías de Rosen, pero es más exhaustivo al incluir una tercera categoría, en tanto que, concibe la imagen corporal como un constructo de tres componentes: el perceptual, encargado de percibir el tamaño de partes corporales o del cuerpo completo. Su alteración causa una sobreestimación o subestimación

de partes corporales o el cuerpo entero; el subjetivo o cognitivo-afectivo, en el que se presentan las actitudes, sentimientos, cogniciones o valoraciones que provoca el cuerpo en cualquier aspecto de la apariencia física, como ansiedad, preocupación o satisfacción con el peso o el tamaño de una parte del cuerpo; y el componente conductual, éste hace hincapié en los comportamientos asociados a los sentimientos y percepciones que se tienen del cuerpo, tal es el caso de las personas exhibicionistas o los que por el contrario evitan mostrar o exponer su cuerpo.

Es menester subrayar que la apariencia física¹⁰ y la imagen corporal son diferentes, si se considera la apariencia física de una personas (es decir como la ven los demás) puede ser alejada de los canones¹¹ de belleza, es decir, en un lugar donde prima la delgadez, ésta personas puede verse obesa, desear serlo y sentirse a gusto con su imagen corporal, contrariamente una persona considerada bella por su entorno social puede no sentirse a gusto con su imagen, esto quiere decir que la apariencia física es la primera fuente de información a la hora de interactuar, es la realidad física observable, que puede afectar, crear problemas psicosociales en las personas feas, desfiguradas, con deformaciones congénitas o traumatismos (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

¹⁰ La palabra apariencia remite en su etimología al latín “apparentia”, término que se integra con la preposición “ad”, en el sentido de “hacia”, el verbo “parece” que se traduce como “aparecer” más el sufijo “nt” que designa que hay un agente activo de la acción y el de la cualidad de los que aparece o se muestra. La apariencia de algo o de alguien, es lo que percibimos a través de los sentidos, su aspecto externo. Información recuperada de <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/apariencia>

¹¹ Canon se define como: “Modelo de características perfectas, en especial el ideal clásico griego de proporciones para el cuerpo humano” (Wordreference, s.f., definición 2).

Por ende, la apariencia física puede afectar la manera de relacionarse de las personas según las ideas que se tengas de belleza en cada cultura, pero de acuerdo a la imagen corporal que las personas haya construido de sí hará que importe más o menos la apariencia física. Tanto la apariencia física, como la imagen corporal están ligadas e influenciadas por la mirada de otras personas, por las ideas del entorno en que se encuentra, esta estrecha relación será ampliada en el segundo apartado del presente texto.

De forma paralela a Thompson en el año 1990, Cash y Pruzinsky (Citados por (Argüello & Romero, 2012; Baile, 2003; Raich, 2001; Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007) dicen que la imagen corporal tiene tres componentes que implican; perceptivamente, valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo (el autor no hace referencia a cuales); cognitivamente, la atención focalizada en el cuerpo, además de autoafirmaciones, creencias y experiencias derivadas de él. Al leer con atención se puede ver que los dos primeros componentes de Cash y Pruzinsky son muy afines a los de Thompson, diferenciándose en el tercero que para este último es conductual, mientras que para Cash y Pruzinsky es un componente emocional, que involucra las experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción, y demás correlatos emocionales en relación a la apariencia externa. Este aspecto puede incluirse en el componente subjetivo de Thomson, pero quedaría por fuera el componente conductual, por lo que se considera que la definición de Thomson es más completa y precisa a la hora de definir la imagen corporal.

Finalmente para sintetizar Raich (2001) en su libro llamado imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo, afirma que es más importante la

manera como las personas se ven por dentro que como es en realidad el cuerpo, también contempla que la imagen corporal tiene múltiples facetas o aspectos que se entrelazan para dar una idea de conjunto de lo que es la experiencia corporal.

Dichos aspectos los concibe así:

El aspecto perceptivo hace referencia a la manera en cómo nos vemos en nuestra mente, la fotografía interna que generamos de nuestro cuerpo. El aspecto subjetivo incluye tanto los pensamientos (positivos y negativos), las expectativas que generamos, como los sentimientos (tristeza, rabia, alegría, satisfacción, etc.). El aspecto comportamental es la manera cómo actuamos debido a los pensamientos y sentimientos que generamos en relación a nuestro cuerpo (Raich, 2001, p. 26).

Conviene enfatizar, que investigar la definición multidimensional de la imagen corporal supone varios inconvenientes, entre ellos, el acceso a las fuentes documentales primarias para validar la información, ya que estas no se encuentran disponibles de formato digital y su obtención en formato físico es demorado y costoso; muchas de las fuentes hacen alusión al texto de Raich del 2001, pero sin citarlo, lo cual significa un esfuerzo extra para dar información veraz, finalmente, hay autores que dan información que no es exacta o se contradictradicen con otros, un ejemplo de ello es el texto que hace referencia a lo dicho por Pruzinsky y Cash (citado por Baile J, 2003), en que se enuncia que existen varias imagenes corporales, pero esto no es así según muchos de los otros autores que lo referencian como aparece en el párrafo anterior. También, se hace necesario señalar que si bien hay muchas investigaciones recientes, la mayoría hacen

referencia a definiciones que no han cambiado en mucho tiempo, lo que lleva a pensar que en realidad lo que pretenden muchas de ellas es comprobar lo que ya se ha dicho.

En suma, la imagen corporal es definida por los autores hasta este punto desde un enfoque neurológico, cognitivo-afectivo, cultural o comportamental, describiendo sus componentes o características, sin embargo, en varias investigaciones se estudia la imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal, mediante diferentes escalas como los trece dibujos del contorno de la figura (13-CS) y del Standard Figural Stimuli (SFS) asignando la figura real teniendo en cuenta los datos obtenidos en cuanto al peso, el índice de masa corporal, la talla y el sexo (Rueda et al. , 2012).

La definición anterior tiene similitud con la imagen corporal pública que se había mencionado anteriormente, siendo la imagen que se muestra o se encuentra accesible a los sentidos de otras personas, pero se considera de poca utilidad para el presente trabajo, ya que, es un término que no se ha investigado más detalladamente y se puede remplazar por el primero, lo que crea confusiones y no aportan un valor académico para el estudio y la comprensión de la configuración de la imagen corporal.

Lo expresado en estos dos últimos párrafos, lleva a pensar que hay muchas acepciones que se podrían incluir en otras, ya que lo que investigan es muy similar o lo mismo, pero con otro nombre, lo que genera confusiones y retrocesos en el avance del estudio de la imagen corporal, dificultando la investigación al consultar varios trabajos que se refieren a lo mismo pero empleando diferentes términos.

En conclusión, para definir el concepto de imagen corporal se acude principalmente a lo patológico, en un primer momento desde la neurología, la psicología

cognitiva y por último desde la sociología; se tiene así que autores como Thomson van más allá al definirla como un constructo que incluye tres componentes el perceptual, el subjetivo o cognitivo-afectivo y el conductual.

De este modo, al ser un concepto complejo, se construye con múltiples variables que, aunque inciden en su configuración, no puede señalarse que una tenga mayor importancia que la otra, a pesar del hincapie que se otorga a la cultura, la cual convierte el cuerpo en un depósito de idealizaciones del imaginario colectivo del que muchas veces no se es conciente, y afecta a una gran cantidad de personas.

Trastornos asociados a la imagen corporal.

La imagen corporal ha sido nombrada y definida de múltiples maneras, también sus afecciones, por ello, en este apartado se mencionan los principales trastornos que se encuentran en la literatura desde diferentes enfoques que han estudiado la imagen corporal, ellos son el fisiológico, el social, el psicodinámico y el cognitivo.

De acuerdo a lo mencionado en el párrafo anterior, se trae a colación un término de contraste como lo es la salud, la cual según la Organización mundial de la salud (OMS, 1948), es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; a su vez que define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible"(no se ha encontrado la fuente primaria) (Grupo de investigación MISKC, 2016).

De modo que, para que una enfermedad sea considerada como tal, debe cumplir con al menos dos de los siguientes criterios: que tenga un agente etiológico (causa) reconocible, que tenga un grupo identificable de signos y síntomas, que presente alteraciones anatómicas consistentes (Comín, 2012).

Bajo estas circunstancias en éste punto, se hace necesario aclarar algunos términos, puesto que la definición de salud, como la de enfermedad, son problemáticas ya que para la salud no se podría saber exactamente cuando una persona alcanza un nivel completo de bienestar y con la enfermedad, se hace énfasis en que es una alteración del estado fisiológico, lo que excluiría muchas de las psicopatologías del presente trabajo.

Antes de continuar con el tema de este apartado, se evidencio que en algunos textos se habla de trastorno en lugar de enfermedad o síndrome, y se refieren sin distinción a la hora de presentar criterios diagnósticos entre síntomas y signos, por tal motivo, es menester presentar sus significados, similitudes y diferencias.

Uno de los conceptos recurrentes en la literatura es el término síndrome, que deriva de la palabra griega syndrome, que significa simultaneidad y se define como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, que pueden pertenecer a varios problemas de salud y variar o desaparecer con el tiempo (Jablonski, 1995). A su vez, el síntoma se define como una manifestación reveladora de una enfermedad, señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder También se define como la consecuencia de un fenómeno manifestándose en el cuerpo, que puede ser señal de alerta de que una persona tenga comprometida su salud (Real Academia Española, s.f., definición 1 y 2)..

Un síntoma puede pertenecer a muchas alteraciones biológicas diferentes, por ejemplo un paciente puede decir que le duele la cabeza (síntoma) sin que esto sea señal de una enfermedad (Torres, s.f.). En el lenguaje técnico, es una sensación subjetiva de cambio en el bienestar personal, por ejemplo: un dolor o una experiencia emocional intensa, que al ser subjetivo, no se puede examinar o medir de manera exacta, por lo que la práctica clínica considera principalmente los síntomas que limitan la vida personal e interpersonal.

A diferencia del síntoma, el signo clínico es cualquier elemento anormal que pueda ser detectado sensorialmente (relacionado con los sentidos) como el olfato, la palpación y la observación, que también se puede realizar con exámenes o exploración física por un observador externo que bien puede ser un profesional de la salud o no y que por ser de carácter objetivo se puede medir (Felicevich, 2019), es importante resaltar que en el lenguaje clínico es habitual usar el término síntoma y signo como sinónimos, sin embargo, hay diferencias como se acaba de plantear. En definitiva, el término que con mayor frecuencia se encontró en la literatura para referirse a las alteraciones de la imagen corporal, es el de trastorno, entendido como: “una perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento” (Real academia de la lengua Española, 2019, definición 2 trastorno mental).

Continuando con la ampliación y desarrollo de estos términos, según el DSM-IV el trastorno mental se comprende como :

...el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista

del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo. Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades"... "En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido) (1995, p.17).

Cómo se pudo leer en la definición que presenta el DSM-IV, no hay una palabra que englobe exactamente todas las posibilidades en lo que concierne a los criterios diagnósticos o síntomas que presenta la persona, por lo que se admite que al no haber una definición más adecuada se continua hasta esa edición con la palabra trastorno para hacer alusión a las patologías de la mente.

Es así que, los trastornos son el fruto de la interacción dinámica con el contexto en el que se vive, las formas de intercambio social, de comunicación, entre otros, por tanto, el trastorno no se reduce a un área concreta del cerebro que funciona de forma anormal, sino que puede estar en las acciones que componen un ciclo: actuamos de un modo porque percibimos las cosas de una forma particular (Torres, s.f.), un ejemplo de ello son los trastornos alimenticios, que se producen en ocasiones como resultado de las ideas de la cultura dominante en la que se da un culto insistente por la delgadez, lo que genera conflictos, principalmente en adolescentes, quienes se ven confrontados con la identificación y la autonomía, es decir, el aceptar o no las ideas sobre el cuerpo de la sociedad (Pastor & Bonilla, 2000).

Luego de abordar y clarificar los términos que presentan confusiones, se pasa a retomar las psicopatologías relacionadas con el concepto de la imagen corporal. Como se había mencionada al comienzo de este apartado, en sus inicios autores como Bonnier en 1905 y Pick en 1922 estudiaban la imagen corporal desde la neurología centrandose en lesiones cerebrales y su afectación en la forma de percibir las partes del cuerpo (Baile, 2003).

Luego en los años 60, con los trabajos del psiquiatra Hilde Brunch, se llama la atención a la comunidad médica sobre los síntomas de la anorexia nerviosa, cómo una "alteración de las proporciones delirantes" (Bruch, 1962, p.188), donde se presentaba una perturbación de la imagen corporal, caracterizandose la patología por la alterada percepción o la interpretación cognitiva de los estímulos corporales, conllevando a la negación de la gravedad del estado de desnutrición, el no reconocimiento de la delgadez,

el miedo de comer y negarse a subir de peso. Es así que, los estudios realizados por Bruch, en los años sesenta y setenta se centraron en las personas con trastornos alimenticios, es decir otra patología que afecta la imagen corporal, pero ahora desde un enfoque fuera de lo neurológico, pues estudia la percepción alterada del cuerpo de quienes padecían anorexia nerviosa y crea métodos para su evaluación (Gomes, Neves, Fernandes, & Betanho, 2010), métodos que serán estudiados en el capítulo tres.

Gracias a los aportes realizados por Bruch, desde los setentas y hasta la década de los años 80, los estudios de evaluación pasaron de centrarse menos en los aspectos perceptivos y de la imagen corporal, para centrarse en la evaluación de aspectos actitudinales y subjetivos en los años 90, enriqueciendo la intervención clínica que va incluyendo nuevas formas de entender y estudiar una patología, además teniendo en cuenta que una correcta percepción del cuerpo ya no suponía estar satisfecho con el mismo (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

A medida que surgen hallazgos sobre las patologías de la imagen corporal, se hace cada vez más necesario para la psicología crear métodos que faciliten la práctica clínica y la investigación de las enfermedades mentales, por ello se crean manuales que posibiliten una clasificación y delimitación de las distintas patologías que enumeren signos y síntomas que puedan ser consultados por cualquier profesional de la salud, es así que surgen los textos especializados de diagnóstico, de los cuales se van a retomar tres de los más conocidos que hacen referencia a psicopatologías relacionadas con el concepto de imagen corporal como se verá a continuación.

Trastornos de la imagen corporal en los manuales diagnósticos. Según lo anteriormente expuesto, los manuales diagnósticos son el resultado de trabajos de gran envergadura. Son empleados por los profesionales de la salud como un referente de consulta y actualidad para el entendimiento, diagnóstico y evaluación de los trastornos psicopatológicos, es por esto que se les ha dado su lugar en este apartado, pues, a través de ellos, se puede ver cómo han cambiado de nombre y clasificación los trastornos de la imagen corporal.

Es de resaltar que la enfermedad descrita a continuación no es igual a lo que se conoce hoy como un trastorno de la imagen corporal, pero se trae a colación porque mostraba indicios de la misma. En 1952 La APA (DSM-I, 1952)¹² describe los trastornos psiconeuróticos, que se caracterizaban por la ansiedad sentida y expresada que no se controlaba de manera consciente sino automática produciendo síntomas corporales muy específicos sin una explicación fisiológica a través de diversos mecanismos de defensa psicológica, como la depresión, que es una “afección en la que se pierde el interés por cuestiones que anteriormente lo suscitaban, percibiéndose adicionalmente al futuro como una montaña de problemas insolubles, o una reiteración rutinaria de sufrimiento inconducente (Cosacov, 2007, p.87); conversión, “en psicopatología se habla de signos de conversión al desplazamiento del malestar psíquico hacia el cuerpo, en forma de parálisis de miembros, cegueras, desmayos” (Cosacov, 2007, p.76); o desplazamiento, éste término “proviene del psicoanálisis, y originariamente

¹² Los textos que hacen alusión al DSM-I, el DSM-II y el DSM- III han sido traducidos por la autora del presente texto.

estuvo asociado al estudio del sueño: podemos ver un escena horrible sin experimentar angustia, o a la inversa: angustiarnos por detalles insignificantes que no debieran aterrar. Según el psicoanálisis en tales casos lo que permanece es la representación mientras que lo que se desplaza es el afecto” (Cosacov, 2007, p.90).

Así pues, los trastornos psiconeuróticos se diferencian de la psicosis en tanto que, los pacientes con trastornos psiconeuróticos no exhiben distorsiones o falsificaciones de la realidad externa como delirios, alucinaciones e ilusiones y no presentan una desorganización grave de la personalidad (DSM-I, 1952).

Además el estrés y ansiedad de los trastornos psiconeuroticos provoca síntomas a modo de señal de peligro desde la personalidad y es percibido por la conciencia (debido a emociones reprimidas sobrealimentadas, además impulsos agresivos como hostilidad y resentimiento) con o sin estimulación externa (perdidas amorosas, de prestigio o amenaza de lesión) dando como respuesta reacciones diversas tales como las que se enunciaran en el siguiente párrafo (DSM-I, 1952).

En primer lugar, se encuentra la reacción disociativa, en la que se presenta una desorganización grave de la personalidad, resultando en una carrera sin objetivo o congelamiento, donde se libera el impulso reprimido que genera la ansiedad mediante expresiones sintomáticas, como despersonalización (entiendase como la “Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior ej., sintiéndose como si uno

estuviera soñando”) (Psicoactiva, s.f.), personalidad disociada, estupor, fuga, amnesia, sonambulismo, etc. Lo anteriormente mencionado en los trastornos psiconeuróticos y en la reacción disociativa sobre la desorganización grave de la personalidad es una incongruencia del manual donde se dice, en la parte descriptiva, que no presenta una grave desorganización de la personalidad y en la otra si (DSM-I, 1952) es así que en un determinado periodo es considerado algo como patológico, mientras que en otro momento en el siguiente manual puede no serlo y viceversa .

En segundo lugar, la reacción de conversión, que no se experimenta conscientemente ya que la ansiedad que se experimenta se convierte en síntomas que afectan funcionamiento órganos o partes del cuerpo. Los síntomas sirven para reducir la ansiedad consciente y normalmente son símbolo del conflicto subyacente. Tales reacciones o síntomas son asociados a ganancias secundarias (“beneficio adquirido como resultado de la manifestación del síntoma de conversión que obtiene el paciente y que evita llevar a cabo una actividad nociva para el individuo, a la vez que recibe el apoyo social que de otra forma no conseguiría” (Navarra, s.f.)). Las manifestaciones sintomáticas que se presentan son anestesia (anosmia, ceguera, sordera), parálisis (paresia, afonía, monoplejía o hemiplejía), discinesia (tics, temblor, postura, catalepsia) (DSM-I, 1952).

Como se pudo apreciar, los trastornos asociados a la neurosis presentan algunas características que son muy afines a lo que hoy día se conoce como “trastorno dismórfico corporal” si se tiene en cuenta que hay una alteración corporal que no tiene un origen netamente fisiológico, en esta, las personas

pierden el control a la hora de percibir o controlar partes de su cuerpo y la afectación tiene un matiz emocional haciendo que los síntomas sean meramente psicológicos, de manera similar, el trastorno dismórfico corporal se caracteriza por una “Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas” (American Psychiatric Association, 2014, p. 200).

Por otro lado, es importante precisar que en éste texto hay otras subdivisiones de trastornos psiconeuróticos (reacción ansiosa, reacción fóbica, reacción obsesiva compulsiva y reacción depresiva) que no se tienen en cuenta porque no se ajustan al tema de investigación.

En el año de 1968 se publica la segunda versión del manual diagnóstico de la asociación americana de psiquiatría (DSM-II, 1968) en el cual se hacen algunos cambios. En éste manual ya no se clasifican como trastornos psiconeuróticos, sino como neurosis, dentro de la cual se encuentra la neurosis histérica y esta se subdivide en neurosis histérica tipo conversión, afectando los sentidos y el sistema nerviosos voluntario, causando ceguera, sordera, falta de olfato, anestias, hormigueo, endurecimiento en las manos piernas y brazos, parálisis y acinesias (Ausencia, pérdida o cesación de movimiento (Real academia de la lengua Española, 2019, definición 1) y discinesias (1. falta de coordinación muscular en los movimientos. 2. Movimiento involuntario de alguna parte del cuerpo. (Real academia de la lengua Española, 2019, definiciones 1 y 2). A menudo los pacientes son indiferentes sobre sus síntomas, lo que puede proporcionar ganancias secundarias al obtener simpatía o aliviar al paciente de responsabilidades; así, la subdivisión de neurosis histérica, tipo disociativo, puede producir alteraciones del

estado de conciencia o su identidad, produciendo síntomas como amnesia, sonambulismo, fuga y personalidad múltiple.

Antes de continuar, es necesario decir que los primeros manuales se nutrían de términos que son empleados comunmente en el psicoanálisis a la hora de referirse a éste tipo de trastornos, siendo los psicoanalistas quienes estudiaban estos fenómenos, haciendo alusión a la neurosis y la histeria sin ser definidas puntualmente, por ello se citan a continuación:

La neurosis es un trastorno grave del psiquismo con desórdenes en el comportamiento. Sin embargo, al revés de lo que sucede en la psicosis, la neurosis no es una enfermedad constitucional: el sujeto es consciente de su estado y desea vivamente curarse. La neurosis se manifiesta en actitudes y afectos aberrantes. Así, la «neurosis de fracaso» o «de destino» impulsa al sujeto a adoptar puntos de vista, o a tomar decisiones contrarias a sus intereses. La «neurosis obsesiva» le impulsa a ejecutar rituales complicados para conjurar sus temores del polvo, de los microbios, de los objetos puntiagudos, etc. En la fobia o «neurosis de angustia», el enfermo no puede soportar hallarse en un lugar cerrado o atravesar espacios abiertos. Según Freud, todos estos síntomas proceden de complejos sexuales que se remontan a la primera infancia. Adler explica la neurosis de fracaso como una deformación del sentido de la vida. Para Jung, se trata en general de trastornos en el desarrollo de la personalidad. Para curar la neurosis se emplea la cura psicoterapéutica, y en particular el psicoanálisis. Junto a estos grandes trastornos del psiquismo, se observan también otros menores que caracterizan lo que suele llamarse las «personalidades neuróticas». Por ejemplo,

en la hipocondría, el sujeto se preocupa exageradamente de su salud; en la impotencia o en la frigidez, es incapaz de experimentar los placeres normales de la sexualidad; en la depresión, abdica ante las dificultades de la vida (Ferrero, 1986, p. 256).

Según esta definición, las personas tienen síntomas y presentan signos que dan cuenta de la no correspondencia entre lo que las personas tienen en mente sobre sí mismas y sus cuerpos, algo similar sucede en las alteraciones de la imagen corporal, pero continuemos con más información detallada sobre la neurosis.

En las subdivisiones que aparecen en la neurosis, también se encuentra la neurosis hipocondriaca, en la que se presenta preocupación por el cuerpo y miedo a las presuntas enfermedades de varios órganos. Aunque los temores no son delirantes, persisten a, pesar de no existir pérdidas o distorsiones reales de la función.

Otra forma de neurosis que describe este manual es la neurastenia (neurastenia), caracterizada por quejas de debilidad crónica, fatiga fácil y agotamiento, difiere de neurosis histérica por las constantes quejas del paciente que generan angustia, además no se evidencia ganancia secundaria.

Este manual se refiere a la histeria, como una clase de neurosis en la que se presentan cuadros clínicos muy diversos. Las dos formas en las que suelen dividirse son: histeria de conversión, en la que el conflicto psíquico se simboliza en diversos síntomas corporales de corta o larga duración, crisis emocionales con teatralidad, anestesisas, parálisis histéricas, sensación de bolo faríngeo, entre otros; y la histeria de angustia, en la cual la angustia se encuentra fijada de forma

más o menos estable en objetos externos produciendo distintos tipos de fobias (Laplanche & Pontalis, 2004).

Para sintetizar, hasta el momento en los manuales diagnósticos DSM I y DSM II se reseñaban trastornos que afectaban la percepción y funcionalidad del cuerpo, que no se podían explicar por algún daño neurológico o afectación fisiológica, se explicaban por la presencia de ganancias secundarias y, en otros, por ser una forma consciente o inconsciente de manejar la ansiedad. De este modo se presentan síntomas cuya función es liberar la ansiedad de algún conflicto subyacente por medio de mecanismos de defensa psicológica. Estos manuales eran más descriptivos y explicativos, pues presentaban los trastornos con sus síntomas y una breve explicación, pero no se indicaba por cuanto tiempo se debían presentar los síntomas y eran pocos los criterios de exclusión, teniendo en consideración principalmente que no se explicara por una enfermedad fisiológica y que no estuviera afectada la percepción de la realidad como en la psicosis. De aquí en adelante se generan otras formas de clasificar, nombrar y describir los síntomas y trastornos que se presentan en relación a la imagen corporal, a modo de ejemplo aparecen los trastornos hipocondriacos, los trastornos de imagen corporal y los trastornos alimentarios como se verá en los siguientes párrafos.

Dando un orden cronológico a la aparición de la imagen corporal en los manuales diagnósticos y sin dejar de lado que ya existía anterior al DSM, un manual diagnóstico creado en España por la Organización Mundial de Salud (OMS) llamado Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), el cual clasifica las enfermedades mentales y del organismo desde el año 1900, pero es en su edición número nueve del año 1975 que incluye en la clasificación 300.7

Hipocondría y dentro de ésta el trastorno corporal dismórfico, luego en su edición décima del año 1992¹³ lo cataloga como un tipo de trastorno hipocondriaco de la sección de trastornos de somatización, definiéndolo como un trastornos en el que “el rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas somáticas o preocupación por su aspecto físico” (CIE 10, 2000, p.151).

El manual anteriormente mencionada, al igual que el DSM son los más usados en la literatura como se podrá ver a lo largo del presente trabajo, por ello es necesario tenerlos en cuenta a la hora de estudiar la imagen corporal, pues a pesar de que los dos comparten el elemento estadístico, los dos son empleados como herramienta en el campo clínico para la medicina y la psicología, ambos presentan distintas clasificaciones a la hora de diagnosticar psicopatologías.

En comparación el CIE se refiere a los trastornos de la imagen corporal desde la hipocondría y dentro de esta los trastornos de somatización, indicando que es una preocupación persistente que en ocasiones produce síntomas somáticos. Ambos manuales tienen puntos de vista muy distintos, ya que el DSM es realizado por psiquiatras y psicólogos, quienes lo han definido desde términos del psicoanálisis como psiconeurosis que es lo que se había visto hasta el DSM-II, además el CIE tienen en cuenta la anorexia en el estudio de las alteraciones de la imagen corporal, mientras que los DSM no.

¹³ No se tienen en cuenta las versiones anteriores al CIE-9 por la dificultad de acceder a ellas, además el trastorno dismórfico corporal en la literatura es mencionado a partir de ésta versión.

En la versión número tres de estos manuales (DSM-III, 1980), se clasifican las psicopatologías en relación a la imagen corporal en categorías propias los trastornos de ansiedad (ataques de pánico, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático); los trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno de conversión, trastorno de dolor psicógeno, hipocondria (o neurosis hipocondriaca); se propone otra categoría distinta en el capítulo 3 llamada trastornos generalmente evidentes en la primera infancia, niñez, o adolescencia, allí se encuentran los trastornos de la alimentación que incluyen la anorexia, la bulimia, la pica y rumiación. Esto muestra que la mayoría de estos trastornos en las que no hay una explicación médica eran atribuidos a la neurosis, pero pasaron a ser clasificados de manera distinta, más especificada y no son solo atribuidas a la neurosis. En esta clasificación la ansiedad no es la característica principal, por lo que ya no se encuentra en la primera clasificación, pero si en las que se describirán a continuación:

En los trastornos somatomorfos (antes trastornos psiconeuróticos), se presentan síntomas físicos que sugieren trastornos psicológicos, por lo que se les denomina, somatomorfos, en éstos no hay hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos conocidos que expliquen los síntomas o puedan ser evaluados y comprendidos a través de procedimientos de laboratorio existentes, por lo que se presume que están relacionados con factores psicológicos o conflictos psíquicos. A diferencia de los trastornos facticios o el maltrato, los síntomas no están bajo el

control de la voluntad, es decir, el individuo no controla la producción de los síntomas.

El primer trastorno que se presenta dentro de la categoría de los somatomorfos es el de somatización, presentando múltiples síntomas que comienzan a edades tempranas y que eran previamente conocidos como histeria o síndrome de Briquet, éste se caracteriza por las constantes quejas somáticas que las personas sienten por varios años y que las llevan a buscar atención médica sin que se encuentre ningún trastorno físico. Las quejas implican algunos sistemas de órganos o tipos de síntomas: de conversión o pseudoneurológicos como parálisis o ceguera; y gastrointestinales como dolor abdominal entre otros.

Otro trastorno somatomorfo es el de conversión (o neurosis histérica, tipo conversión), este se caracteriza por un cuadro clínico en el que hay una pérdida o alteración del funcionamiento físico, que al igual que el anterior, no se pueden explicar medicamente, son involuntarios y sugieren una expresión de un conflicto psicológico. Pero sus síntomas son más obvios y clásicos, que sugieren enfermedad neurológica, como parálisis, afonía, convulsiones, trastornos de coordinación, visión de túnel, anosmia, anestesia, parestesia y raramente los síntomas pueden implicar el sistema autónomo o endocrino. Los síntomas se asocian a un evento traumático, por ejemplo después de una discusión, el conflicto interno sobre la expresión de la ira puede expresarse como afonía.

En esta categoría también está la hipocondría (o neurosis hipocondriaca), cuya alteración predominante en la interpretación poco realista de signos o sensaciones físicas como anormales, conduciendo a la preocupación constante de tener una enfermedad

grave a pesar de haber una evaluación física exhaustiva que no respalde ningún trastorno que pueda dar cuenta de los signos y sensaciones que experimenta el individuo. Esta alteración no se debe a ningún otro trastorno mental como esquizofrenia, trastorno afectivo o trastorno de somatización y centra su atención en las funciones corporales, como latidos del corazón, sudoración o anomalías menores como una llaga pequeña o una tos ocasional. Las personas pueden usar las quejas físicas para ejercer control sobre sus relaciones con familiares y amigos.

En este manual (DSM-III, 1980) se agrega por primera vez un capítulo que está enfocado en los trastornos desde el ciclo vital, más específicamente en la primera infancia, niñez, o adolescencia, allí se presentan trastornos sin límite de edad arbitrario que van desde la infancia, niñez, adolescencia e incluso en algunos casos adolescentes mayores, como es el caso del trastorno de identidad. Los diagnósticos de esta sección no pueden estar descritos en otra parte del manual, por ejemplo, si un niño o adolescente cumple con los criterios de depresión mayor o esquizofrenia, los diagnósticos deben administrarse independientemente de la edad del individuo. En el apartado cuarto de este capítulo se encuentran los trastornos de la alimentación que se enuncian a continuación.

Entiéndase por trastornos de la alimentación a una subclase de trastorno (entre los trastornos de la infancia, niñez o adolescencia) caracterizada por la alteración grave del comportamiento alimentario; incluyendo anorexia nerviosa, bulimia, pica, rumiación y trastorno alimentario atípico (en el DSM-IV los trastornos de la conducta alimentaria solo incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado). La bulimia generalmente es una enfermedad crónica,

mientras que los otros trastornos comúnmente se limitan a un episodio (este dato no aparece en el DSM IV), la anorexia y la rumia de la infancia, pueden tener un curso incesante que llegue hasta la muerte. En el caso de la obesidad simple se incluye en la clasificación internacional de las enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, pues no se ha establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos o comportamentales. No obstante, hay evidencia de que los factores psicológicos son importantes en la etiología o curso de un caso en particular de obesidad, esto se puede indicar señalando los factores psicológicos que afectan la condición física.

La anorexia nerviosa, cuyas características principales son el miedo intenso a volverse obeso, alteración de la imagen corporal, pérdida de peso significativa, negarse a mantener un peso corporal normal mínimo y amenorrea (Ausencia de flujo menstrual (Real academia de la lengua Española, 2019)). La perturbación no puede ser explicada por un trastorno físico, además el término anorexia deriva del griego “An” que significa “sin” y “orexis”, “apetito”. Por lo que es inapropiado en la mayoría de los casos, ya que la pérdida del apetito es rara hasta etapas avanzadas.

Es así que, las personas dicen que se sienten gordas, aún cuando tienen un peso normal o incluso bajo, continuamente están preocupados por la proporción o tamaño del cuerpo, se miran al espejo constantemente y en ocasiones presentan atracones (grandes ingestas de comida) seguidos de vómito autoinducido. La pérdida de peso se logra principalmente en la reducción de ingesta de alimentos, uso de laxantes o diuréticos, vómitos autoinducidos y ejercicio extremo. Este trastorno no clasifica como trastorno depresivo; ni esquizofrenico, ya que, pocas veces se presenta y en caso tal se dan ambos diagnósticos; la bulimia, en caso de

presentarse se diagnostica simultaneamente; y ciertos trastornos físicos donde se pierde peso, pero no existe un miedo intenso a la obesidad o alteraciones de la imagen corporal (DSM-IV, 1995).

Es necesario agregar los subtipos que se añaden a este trastorno en el DSM- IV, para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa, permitiendo mejorar la comprensión y evaluación de la misma. El primer subtipo es la anorexia de tipo restrictivo. Este describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se logra por medio de dietas, ayunos o realizando ejercicio físico intenso, sin tener que recurrir estos individuos a atracones o purgas.

La segundo subtipo es la anorexia de tipo compulsivo/purgativo. Este se emplea cuando el individuo recorre regularmente a atracones, purgas o ambos. Regularmente los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas excesivamente. En algunos casos no se presentan atracones, pero se suele recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida

La bulimia es un trastorno caracterizado por episódicos de atracones, acompañados de la conciencia de que el patrón de alimentación es anormal, miedo a no poder dejar de comer voluntariamente, estado de ánimo deprimido y pensamientos autocríticos después de comer. Los episodios bulímicos no se deben a la anorexia nerviosa ni ningún otro trastorno físico. Los atracones pueden ser planeados, generalmente son alimentos con alto contenido calórico, se engulle bastante rápido y sin mucha masticación. Las personas que padecen este trastorno habitualmente buscan ser discretos al comer o se ocultan para hacerlo y luego presentan una sensación de pérdida

de control o incapacidad de dejar de comer. Esta distorsión en la conducta alimenticia constantemente terminan en dolor abdominal, sueño, interrupción social o vómitos inducidos. Las personas con bulimia presentan una gran preocupación por su peso e intentan repetidamente controlarlo haciendo dieta, con vómitos o el uso de catárticos o diuréticos. Frecuentemente fluctúan de peso debido a las atracones y ayunos, además sienten que su vida está dominada por conflictos sobre comer.

Dentro de los trastornos de alimentación también se encuentran la pica y la rumiación, pero no son tenidos en consideración en ésta investigación, ya que, estos se relacionan con un trastorno netamente alimenticio que no interfiere o surge por trastornos de la imagen corporal.

A pesar de que en los textos académicos se definió el trastorno dismórfico corporal por Rosen y colaboradores (citados por Raich, 2001) como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física, éste ya aparecía como entidad con su propia nosología (Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades, Real academia de la lengua Española, 2019), como alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba dismorfofobia (Baile, 2003). Igualmente, aparece en el DSM III R y en el DSM IV (DSM-III, 1980; DSM-IV, 1995) incluido en los trastornos somatoformes, y solo fue hasta el DSM IV que se realizó una subdivisión específica del trastorno dismórfico corporal.

En esta investigación la mayoría de los autores referencian la definición de trastorno dismórfico corporal del DSM IV (citado por Argüello & Romero, 2012; Baile J. , 2003; Raich R. , 2001; Pichot, López-Ibor Aliño, y Valdés Miyar, 1995; Raich R. ,

2004, Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007), como una preocupación excesiva por algún defecto físico, sea este real o imaginario (criterio A); que dicha preocupación causa un malestar significativo y deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio B); y que su origen es particular, en tanto que, no se explique mejor por la presencia de otros trastornos mentales (criterio C), a modo de ejemplo la insatisfacción por el tamaño y la silueta corporales presente en la anorexia nerviosa.

Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como lo son la delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, palidez, asimetría o desproporción facial y vello en exceso. También se manifiesta por medio de preocupaciones por la forma o el tamaño de la nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, sin embargo, se pueden preocupar por cualquier otra parte del cuerpo como pechos, genitales, abdomen, nalgas, brazos, piernas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo y pueden centrarse en varias partes del cuerpo a la vez. A pesar de que las quejas son generalmente muy específicas (labios torcidos o nariz prominente) algunas veces son muy vagas (una cara caída o tener los ojos poco abiertos) y el malestar que les ocasiona las preocupaciones, hace que a las personas con trastorno dismórfico eviten describir detalladamente sus defectos y se limitan a hablar de su fealdad.

Otra de las principales características del trastorno dismórfico corporal, es que la mayoría de los sujetos experimentan un intenso malestar con su supuesto defecto y suelen describir sus preocupaciones como muy dolorosas, torturantes o devastadoras, puesto que les es difícil controlar y dominar sus preocupaciones por lo que en muchos casos ello les

impide realizar acciones efectivas que les permitan superar este trastorno, lo cual resulta en implicaciones negativas en diferentes áreas de su vida cotidiana como se ha mencionado anteriormente.

Un elemento de vital importancia que ha de tenerse en cuenta en el análisis de este tipo de casos, es la valoración de la cultura sobre el aspecto físico que puede influir o amplificar las preocupaciones del individuo acerca de un defecto físico imaginario.

También es necesario mencionar una modificación que se realiza en el manual diagnóstico DSM-V al referirse a éste trastorno. Nuevamente se ha cambiado la forma de clasificarlo, pues ahora se encuentra entre los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, allí se encuentra el trastorno dismórfico corporal y se agrega la especificación de trastorno dismórfico corporal con dismorfia muscular (DSM-5™, 2014).

Según martinez (2009) la vigorexia es un trastorno mental, no estrictamente alimentario, pero comparte la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal, pues se presenta como una adicción a la musculatura que aparece normalmente en hombres que se empeñan por conseguir un cuerpo cada vez más musculoso mediante el ejercicio físicos en exceso.

Es así que, quienes padecen esta obsesión por verse musculosos se miran constantemente en espejos y se ven muy delgadas. Por ello pasan horas y horas en el gimnasio para aumentar masa muscular, adicionalmente ingieren esteroides y anabolizantes lo que genera severos problemas de salud (p.5). Por otro lado, esta obsesión por la musculatura impide que las personas se vean como realmente son, sintiéndose débiles y carentes de atractivo físico, la vigorexia

también se ha denominado anorexia inversa, complejo de Adonis y dismorfia muscular (García & Toledo, 2005).

Es de aclarar, que en algunos textos se habla de los trastornos de conducta alimentaria y trastorno dismórfico corporal de modo indiferenciado, por ello se van a enunciar algunas similitudes y diferencias. En ambos trastornos se presentan evidentes similitudes: insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, preocupación por imperfecciones en la apariencia percibida, conductas repetitivas de chequeo, edad de comienzo y evolución. Entre las diferencias se incluye la focalización en el peso y la forma corporal en los trastornos de la conducta alimenticia versus algunas regiones más específicas en los trastornos dismórficos corporales; igualmente, difieren en la distribución por sexo: teniendo mayor prevalencia de trastorno dismórfico corporal en hombres y trastornos de conducta alimenticia en mujeres. La funcionalidad y la calidad de vida han demostrado ser notablemente pobres en ambos trastornos (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza, 2016). Al respecto, Kolléi & compañeros (s.f) afirman que los individuos con TDC manipulan más su apariencia y portan mayor grado de afectos negativos que los controles sanos, causando un mayor deterioro social que el trastorno de conducta alimentaria, presentando estrategias de afrontamiento desadaptativas con la preocupación constante y pensamientos intrusivos y no deseados.

A modo de resumen y para tener una mejor comprensión del tema, se presenta una figura donde se muestran las fechas de aparición del CIE y del DSM cada uno en su línea temporal.

Figura 7. Fechas de aparición de los sistemas clasificatorios DSM Y CIE

AÑOS	DSM DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (APA) USA	ICD INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (WHO) EUROPE
1900		ICD-1*
1910		ICD-2*
1920		ICD-3*
1929		ICD-4*
1938		ICD-5*
1948		ICD-6
1952	DSM-I	
1955		ICD-7
1966		
1967		ICD-8
1968	DSM-II	
1975		ICD-9
1978		ICD-9-CM
1980	DSM-III	
1987	DSM-III-R	
1992		ICD-10
1994	DSM-IV	
1996		ICD-10 (niños)
1998	DSM-IV-R	
2000	DSM-IV-TR	

* IDC con solo enfermedades con base orgánica

Recuperado de Raíces y evolución del DSM. (Barrio, 2009, p.3).

En la siguiente figura se puede observar a modo de resumen lo expresado en los párrafos anteriores los cambios que ha tenido el DSM hasta su versión IV traducida en sus distintas clasificaciones, entre ellas los cambios que se han presentado en lo que hoy se conoce como trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios que es el tema de interés de la presente investigación.

Figura 8. Evolución de las categorías del DSM

DSM-I 1952	DSM-II 1968	DSM-III 1980	DSM-III-R 1987	DSM-IV 1994	DSM-IV-TR 2000
		Paranoid Disorders Other Psychotic Disorders (8 diagnoses)	Other Psychotic Disorders (5)		
		Affective disorders (9 diagnoses)	Mood Disorders (9)	Mood Disorders (16)	Mood Disorders (16)
C-3-Psychoneurotic Disorders.(27)	IV-Neuroses (11 diagnoses)	Anxiety Disorders (10 diagnoses)	Anxiety Disorders (9)	Anxiety Disorders (12)	Anxiety Disorders (12)
C-2-Psychophysiologic Autonomic and visceral Disorders (10 diagnoses)	VI-Psychophy- sio- logical Disorders (10 diagnoses)	Somatoform Disorders (5 diagnoses)	Somatoform Disorders (7)	Somatoform Disorders (10)	Somatoform Disorders (10)
		Factitious disorders (3 diagnoses)	Factitious disorders (3)	Factitious disorders (2)	Factitious disorders (2)
		Dissociative Disorders (5 diagnoses)	Dissociative Disorders (5)	Dissociative Disorders (5)	Dissociative Disorders (5)
		Psychosexual Disorders (22 diagnoses)	Sexual Disorders (20)	Sexual and Gender identity Disorders (31)	Sexual and Gender identity Disorders (31)
	VII-Special symptoms (10 diagnoses)			Eating Disorders (3)	Eating Disorders(3)
			Sleep Disorders (12)	Sleep Disorders (17)	Sleep Disorders(17)
		Disorders of Impulse- Control not elsewhere classified (6 diagnoses)	Impulse-Control Disorders (6)	Impulse-Control Disorders not elsewhere classified (6)	Impulse-Control Disorders(6)

Revista de Historia de la Psicología, 2009, vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre)

Nota. Recuperado de Raíces y evolución del DSM. (Barrio, 2009, p.8).

Al analizar la figura 7 y la figura 8 se deduce lo siguiente: existen desde hace por lo menos 120 años manuales diagnósticos que buscan la integración de conocimientos que faciliten la práctica clínica y la investigación de las enfermedades, pero en la literatura consultada, el primer manual en el que se hace referencia a los trastornos asociados a la imagen corporal es de 1952 con el DSM 1, en el que se asocia a los

desórdenes psiconeuroticos¹⁴, haciendo alusión a un término del psicoanálisis¹⁵, que también al igual que la medicina y la psiquiatría aporta a la práctica clínica y la investigación, como el término introducido por Sigmund Freud en 1896 (TheFreeDictionary, s.f.), definiendo la psiconeurosis como “conjunto de perturbaciones síquicas y somáticas que son determinadas por factores psicológicos” (Gran diccionario de la lengua española, 2016), tratándose de una psicopatología en la que el paciente presenta dificultades para controlar y percibir partes del cuerpo padeciendo de parálisis, ceguera y otros síntomas ante la dificultad de afrontar situaciones difíciles de la vida, de modo similar ocurrió con el segundo manual DSM, que emplea términos psicoanalíticos¹⁶ como neurosis, neurosis histérica; neurosis histérica tipo conversión; neurosis histérica, tipo disociativo; neurosis de despersonalización (síndrome de despersonalización); neurosis hipocondriaca (éstos términos son ampliados en el apartado II del presente trabajo) y además se menciona la hipocondría, pero en relación con la neurosis.

Los primeros cinco manuales que realizó la Organización mundial de la salud eran sobre enfermedades con base orgánica, mientras que la Asociación Americana de Psiquiatría con el manual DSM se enfoca en las enfermedades o trastornos mentales, acudiendo al conocimiento que se tiene de ellas en su momento histórico, por ello en sus dos primeras ediciones se encuentran términos psicoanalíticos.

¹⁴ “Neurosis: Afección psicológica sin causa orgánica demostrable hasta el momento, y distinta de la psicosis por cuanto se mantiene el sentido de realidad así como la conciencia de enfermedad (la persona reconoce que padece un trastorno) (Cosacov, 2007, P. 233).

¹⁵ “El psicoanálisis, se define como “Doctrina y método creados por Sigmund Freud, médico austriaco, para investigar y tratar los trastornos mentales mediante el análisis de los conflictos inconscientes” (Real academia Española, s.f., definición 1).”

Al mirar la línea de tiempo de los diferentes cambios que se han presentado en los DSM, se observa que los desórdenes psiconeuróticos de la primera edición, pasan a llamarse neurosis y en la tercera edición pasan a ser desórdenes de ansiedad dejando de emplear éstos términos psicoanalíticos y continúan así hasta la versión IV que fue traducida en el año 2000 (y también aparece como trastorno de ansiedad en la versión V); mientras que los trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales del DSM I cambian de nombre a trastornos psicofísicos y ya en la tercera versión son trastornos somatomorfos que han sido los que han continuado con el mismo nombre hasta la versión IV traducida, es en ésta clasificación que se encuentra el trastorno dismórfico corporal con el código F45.2 que a diferencia de CIE 10 está en la misma clasificación de trastornos somatomorfos, pero separadamente de la hipocondría. Si bien no está en la tabla, en la versión V del DSM también continúa con el nombre de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Otro dato que resulta importante, es que los trastornos alimenticios aparecen separados en el DSM-IV, pues éstos en la versión III incluían la anorexia en los estudio de las alteraciones de la imagen corporal, aunque en Europa Sigmund Freud ya estudiaban desde el psicoanálisis, en el manuscrito G. de 1985 (citado por Ocampo, 2015) uno de los trastornos que se consideró trastornos de la imagen corporal, el trastorno de la conducta alimentaria de la anorexia, allí le da a la anorexia una dimensión depresiva, tanática¹⁷ y en relación con los síntomas histéricos. También desde el psicoanálisis Melanie Klein en 1925 hace referencia a la anorexia otorgándole un carácter sexual

¹⁷ Hace referencia a Tánato o Tánatos o Thánatos, que en griego es la personificación de la muerte. En psicoanálisis, Tánatos es la pulsión de muerte, que se opone a Eros, la pulsión de vida. La pulsión de muerte, identificada por Sigmund Freud, señala un deseo de abandonar la lucha de la vida y volver a la quietud y la tumba (Pierre, 2008).

(Ocampo, 2015). Ambos hacían referencia a éste trastorno, pero desde otro enfoque muy distinto a los de trastornos de imagen corporal y tampoco generaban manuales diagnósticos o tratados similares en los que se puedan consultar y estandarizar síntomas o características especiales de los trastornos.

Hasta este punto, como se ha podido leer en los cambios de los manuales diagnósticos y sus definiciones, el concepto de imagen corporal ha tenido un enfoque de estudio principalmente patológico, pues en la mayoría de los casos, es definido desde los trastornos que se han asociado a él.

Los manuales tienen un carácter más descriptivo que explicativo, han cambiado considerablemente a lo largo del tiempo, de tal manera que la patología que anteriormente era denominada dismorfofobia pasó a llamarse trastorno de la imagen corporal, así mismo, pasó de ser definido en términos psicoanalíticos (trastornos somatomorfos y/o histeria) y de percepción (esquema corporal) para ser precisado en términos médicos como la hipocondría.

Por otro lado, y de acuerdo a los lineamientos anteriores, se han realizado cambios de las patologías relacionadas con la imagen corporal en distintos manuales quitando y agregando psicopatologías como es el caso de la anorexia en el DSM, también se encuentra que hay una variación en el tiempo, así pues, la clasificación cambia dependiendo del manual, así en el DSM desde la edición III a la V se encuentra entre la clasificación de trastornos somatomorfos, mientras que en el CIE 9 y 10 se encuentra entre la clasificación de los trastornos neuróticos .

Por todas estas razones y para una mejor comprensión del concepto de imagen corporal, es necesario ver los cambios que ha tenido en los manuales de consulta, ya que estos

representan el cúmulo de información y avances en el entendimiento del tema o de las psicopatologías asociadas desde la comunidad científica y académica.

En este punto se presenta un manual con un enfoque diferente a los anteriores mencionados, el manual diagnóstico psicodinámico operacionalizado creado en el año 2008, que surge como una alternativa a los manuales diagnósticos médico-psiquiátricos existentes. El manual, a diferencia de los anteriores, presenta un modelo explicativo, y también una lista de preguntas que ayudan a evaluar y comprender las dimensiones de la imagen corporal (OPD-2, 2008).

Los manuales diagnósticos son de gran importancia para la clínica, tanto en la medicina como para la psicología, por ello a la hora de crearlos, los autores intentan ser lo más rigurosos posible en lo que concierne a la creación o modificación de los criterios diagnósticos, con el fin de evitar diagnósticos errados. Teniendo presente, además que, algunos deben adecuarse si van a ser empleados en países donde la cultura difiere considerablemente, esto dificulta que un sistema taxonómico de este tipo al ser empleado en todo el mundo alcance la validez y confiabilidad para cubrir las necesidades derivadas de las variaciones y características particulares de cada cultura, de acuerdo a su etnia, costumbres, creencias, grupos sociales y zonas geográficas específicas (García, Saldívar, Llanes, & Sánchez, 2011). Lo expresado en este párrafo lleva a pensar que la imagen corporal genera diferentes discursos y psicopatologías, tal vez sea porque la configuración de la misma cambia de acuerdo a muchas variables como el ideal de belleza, lo que se considera saludable y otras variables que cambian de una

cultura a otra como se vera en los modelos explicativos del siguiente capítulo de manera más explicita, por lo que se hace necesario que se hagan estudios longitudinales o transversales entre los propios manuales de los diferentes continentes.

Los manuales diagnósticos son empleados como herramienta y técnica para facilitar la labor clínica del personal de salud mental, pero estos manuales diagnósticos dejan muchas preguntas a los profesionales que los consultan, algunas de ellas son: ¿se podrá considerar con certeza un cuadro esquizofrénico de inicio muy temprano o un espectro autista, en menores originarios de zonas rurales o urbanas? (el autor no especifica cuales, pero las preguntas planteadas son de un escrito realizado por autores de México, pero se podrían pensar estos interrogantes en el contexto Colombiano) La hiperactividad, ¿podrá ser considerada de igual manera en niños de la zona norte o del sureste? ¿Las circunstancias sociales que se viven en algunas zonas de nuestro país en algunos rubros, podrían marcar diferencias para el diagnóstico de cuadros depresivos o de ansiedad en diferentes grupos de edad? O en un plano más general ¿se podrá diagnosticar con certeza un trastorno mental en sujetos orientales, sudamericanos o europeos bajo la perspectiva del DSMV?” (García, Saldívar, Llanes, & Sánchez, 2011, p.376). Del mismo modo se podrían pensar y elaborar preguntas con respecto a los procesos de evaluación y clasificación de los trastornos de la imagen corporal y su etiología de acuerdo a las circunstancias (como clima, recursos económicos y estilos de vida), y discursos de cada región, en tanto que, por ejemplo, en las culturas occidentales existe la tendencia a considerar la delgadez de la mujer como sinónimo de salud y belleza, mientras que en otras culturas orientales o africanas no, como se podrá ver en los

modelos explicativos del siguiente apartado. Estas preguntas no se van a responder, pero se dejan planteadas para dar a entender que los manuales son unas guías o referencias necesarias para la presente investigación y la práctica clínica, sin embargo, no son las únicas herramientas que se pueden emplear para el estudio y tratamiento de enfermedades mentales, ya que también se deben consultar los productos de la comunidad científica, como: investigaciones, artículos y libros especializados y actualizados para cada territorio en particular.

Sumado a lo anterior, se encontró en la literatura discursos que sobresalen en distintos momentos de la historia y que permean la configuración de lo que hoy se conoce como imagen corporal, este discurso se relaciona además con la etiología de los diferentes trastornos asociados a ella, un ejemplo de lo mencionado se puede ver a principios de los años 90, periodo en el que la insatisfacción corporal era una problemática exclusivamente de la población femenina; sin embargo, en la actualidad se cuenta con investigaciones que prueban que esta se manifiesta en ambos sexos, e incluso se han creado clasificaciones de trastornos con predominio en la población masculina como lo es la vigorexia, la cual es definida como una alteración de la salud, caracterizada por una preocupación excesiva por ser débil y no desarrollar suficiente músculo, presentando una inadecuada percepción del tamaño del cuerpo (Baile, 2005).

Teniendo en consideración lo antes mencionado, cabe aclarar que la inadecuada percepción no se debe a una lesión del cerebro, por tanto no se hace referencia al esquema corporal; comportamientos negativos relacionados con la apariencia, pensamientos obsesivos, excesos de ejercicio físico, dieta inapropiada

y consumo de sustancias que afectan la salud de las personas que las usan (Morales et al., 2016).

Es así que la problemática de la insatisfacción según los autores era de la población femenina, en tanto que, se vinculaba al deseo, principalmente de las mujeres de tener un cuerpo esbelto, llevándolas a presentar evaluaciones más negativas de la imagen corporal, como se verá más ampliamente en la siguiente apartado.

Contrario a lo planteado en el párrafo anterior, hoy por hoy y gracias a las investigaciones en el área, se sabe la insatisfacción con la imagen corporal no es un asunto exclusivamente femenino, en tanto que se ha hallado que muchos varones también presentan insatisfacción con su imagen corporal con un matiz o parte del cuerpo diferente (Amaya, y otros, 2013). Es de resaltar, que la insatisfacción corporal se presentaba principalmente en mujeres, pero, en los estudios realizados por Bruch (1962) se evidenció la existencia de anorexia nerviosa en varones con perturbaciones de la imagen corporal mucho antes de los años 90.

Hay que aclarar que, en algunos textos se habla de los trastornos de conducta alimentaria y trastorno dismórfico corporal de modo indiferenciado, por ello se van a enunciar algunas similitudes y diferencias, en ambos trastornos se presenta insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, preocupación por imperfecciones en la apariencia percibida, conductas repetitivas de chequeo, edad de comienzo y evolución. Entre las diferencias se incluye la focalización en el peso y la forma corporal en los trastornos de la conducta alimenticia versus algunas regiones más específicas en los trastornos dismórficos corporales, igualmente, difieren en la distribución por sexo: teniendo mayor

prevalencia de trastorno dismórfico corporal en hombres y trastornos de conducta alimenticia en mujeres. La funcionalidad y la calidad de vida han demostrado ser notablemente pobres en ambos trastornos (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza, 2016). Al respecto, Kollei & compañeros (s.f) afirman que los individuos con TDC manipulan más su apariencia y portan mayor grado de afectos negativos que los controles sanos, causando un mayor deterioro social que el trastorno de conducta alimentaria, presentando estrategias de afrontamiento desadaptativas con la preocupación constante y pensamientos intrusivos y no deseados.

A modo de resumen, los trastornos de la imagen corporal dependen del enfoque y autores que se citen, ya que, desde la neurología la alteración de la imagen corporal en las anorexicas, es una desconexión entre la realidad de la forma y como el sujeto se percibe, siendo una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo (Bruch, 1962), como resultado de una perturbación del funcionamiento cortical (Schilder, 1950) mientras que desde el enfoque social, la anorexia es el resultado de la presión social por alcanzar unos ideales o lineamientos sobre los ideales de belleza.

Dado la diversidad de términos que son empleados para referirse a las psicopatologías de la imagen corporal, a continuación se muestra una tabla con las principales formas de nombrarlas y como se expresa en el párrafo anterior depende en gran medida del enfoque que se tenga, pues puede ser perceptivo, cognitivo, social e incluso comportamental.

Tabla 4. Formas en las que se ha nombrado la imagen corporal en la literatura

FORMAS DE NOMBRAR LOS TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL
Alteración de la imagen corporal
Desórdenes de la conducta alimentaria
Dismorfia corporal
Dismorfia muscular
Dismorfofobia
Dismorfofobia delirante
Distorsión de la imagen corporal
Distorsión perceptiva corporal
Distorsión perceptiva corporal
Distorsión perceptual
Ideas delirantes fijas sobre funciones y formas corporales
Insatisfacción corporal
Los trastornos alimentarios
Los trastornos de comportamiento alimentario
Los trastornos de la alimentación
Preocupación corporal
Sobreestimación corporal
Trastorno compulsivo-obsesivo
Trastorno de la conducta alimentaria
Trastorno de la imagen corporal
Trastorno delirante, tipo somático
Trastorno dismórfico corporal
Trastorno dismórfico muscular
Trastorno hipocondriaco (dismorfofobia (no delirante))
Trastorno somatomorfo

Nota: la presente tabla es elaborada por la autora del presente texto.

Al ser definida la imagen corporal desde el enfoque cognitivo-afectivo según Rosen y colaboradores (citados por Raich 2001; Raich, 2004), el trastorno de la imagen corporal es una preocupación exagerada por algún defecto que puede ser imaginario o extremado de la apariencia física y que produce malestar, cabe aclarar que aunque la mayoría de las personas se sienten inconformes con alguna

parte de su cuerpo, dicha insatisfacción no afecta las actividades de la vida cotidiana, lo cual es llamado como malestar normativo, sin embargo, para otras personas el malestar con su imagen corporal desencadena comportamientos que afectan la salud al tratar de modificar su apariencia, lo que es considerado como insatisfacción corporal o trastorno dependiendo de la gravedad u afectación (Devlin & Zhu, 2001).

Otros autores conciben las alteraciones de la imagen corporal de modo multidimensional, para uno de ellos, Phillips (citado por Raich, 2004), los trastornos de la imagen corporal están asociados a un gran malestar subjetivo que puede ser perturbador, especialmente para las relaciones sociales. Según Hollander y Aronovitz (citados por Raich, 2004), la ansiedad social es uno de los principales componentes de los trastornos de imagen corporal, al igual que la evitación social en combinación con el fracaso ocupacional o académico que conllevan al aislamiento, las personas con esta psicopatología tienen afectada su autoestima y presentan manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo, fobia social y trastornos alimentarios.

Por otra parte, para Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (citados por Kirszman & Salgueiro, 2015) varios componentes de la imagen corporal también pueden conformar diferentes combinaciones y producir distintos tipos y formas de disfunción, dicho más específicamente, el componente perceptual está asociado a la sobreestimación del tamaño del cuerpo o una parte de él; el componente cognitivo, cuando se presentan creencias y pensamientos negativos sobre la imagen del cuerpo; finalmente el resultado es insatisfacción, vergüenza,

rechazo y angustia asociados al cuerpo y comportamientos conducentes a su corrección.

Modelos teóricos explicativos que existen en la psicología clínica relacionados con los trastornos de imagen corporal.

Este capítulo aborda los modelos explicativos encontrados en la literatura, entre ellos, las perspectivas que, desde la mirada de la sociología aportan a la comprensión de la imagen corporal; además se aborda el desarrollo de la imagen corporal desde varias subcategorías que se eleboraron según lo encontrado en la literatura, entre ellas: lo fisiológico, en el que se incluye algunos estadios preponderantes del ciclo vital; la perspectiva social, en la que se incluyen observaciones sobre las diferencias de género; la perspectiva dinámica y finalmente la perspectiva cognitiva. Este sentidos, los modelos explicativos aportan al lector solidez conceptual en la construcción de la imagen corporal.

La Imagen Corporal Desde lo Fisiológico.

Inicialmente, en el desarrollo de la imagen corporal los bebes hacia los cuatro o cinco meses empiezan a distinguirse de los objetos externos y sus cuidadores; hacia el primer año de vida, dan sus primeros pasos y exploran el entorno; entre el primer y el tercer año, experimentan la relación del cuerpo y el ambiente, desarrollando habilidades motoras y control de los esfínteres; entre el cuarto y el quinto año, los niños utilizan el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo a través de las sus fantasias (el autor no explica el tipo de fantasias, ni la forma en que se desarrolla), se integran los sentidos de la vista, el tacto y el sistema motor y sensorial (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007).

Por otra parte, se expresa que el neonato no tiene ni imagen, ni esquema corporal, pues este se va adquiriendo a través de la experiencia durante la infancia (Ayelo & Marijuán , 2016). Estas explicaciones ayudan a entender un poco como se comienza a vivir y pensar el cuerpo, pero resultan insuficientes, por lo que se recurre a otros autores que hacen una explicación un poco más específica desde la fisiología y la neurología.

Desde un ángulo fisiológico, Goodale (citado por Moncada, 2010) inscribe el procesamiento visual como la función primordial para crear un modelo interno del mundo externo, el cual es la base perceptual de los pensamientos y acciones motivadas por estímulos visuales, él extrajo sus conclusiones de las investigaciones que realizó de las estructuras cerebrales responsables de procesar las señales visuales que posibilitan la construcción de la imagen corporal Downing, Jiang, Shuman, & Kanwisher (citados por Moncada, 2010).

Así, el cerebro humano es descrito como un conjunto de módulos encargados de procesar la información selectivamente incluyendo partes o segmentos corporales (Cohen & Tong, 2001). Sin embargo, éstos autores Cohen & Tong, debaten si el cerebro procesa la información modularmente o de manera distribuida. La diferencia entre estas dos teorías es que en la modular se procesa y presenta la información en segmentos específicos, mientras que la teoría de distribución indica que la información, sin importar de que tipo y sin importar su naturaleza, es procesada por varias regiones del cerebro y que cualquier parte del cerebro tiene la capacidad de representar información variada (Cohen & Tong, 2001).

A lo anterior se suman los resultados derivados de la aplicación práctica de las teorías, en las que la evidencia indica la prevalencia de la teoría modular, ya que no han alcanzado los medios técnicos, ni tecnológicos para comprobar o estudiar a profundidad la teoría distributiva de la información. En el momento las técnicas conocidas y utilizadas para la investigación modular, han sido los potenciales relacionados con eventos (*event related potential*, ERP, por sus siglas en inglés), la electroencefalografía (EEG), recientemente, imágenes de resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI, por sus siglas en inglés) e imágenes de resonancia magnética funcional (*functional magnetic resonance imaging*, fMRI, por sus siglas en inglés); sin embargo, esas técnicas no se han utilizado de manera sistemática en el estudio de la teoría distributiva. (Moncada, 2010).

Indagando sobre la importancia que tienen estos dos modelos neurológicos en la explicación del desarrollo de la imagen corporal, se puede llegar a varios razonamientos, uno de ellos concluye que si se presenta la imagen corporal de forma modular, es decir, gráficamente ilustrado por el homúnculo motor (véase en el capítulo anterior en la figura 6), que se presenta como un mapa deformado del cuerpo que la corteza motora interpreta, de éste modo se entendería por trastornos neurológicos aquellos que afectan una sola parte del cuerpo, tal como se presenta en el miembro fantasma que aqueja a un solo miembro específicamente, no obstante, al presentarse un trauma craneoencefálico ¿el daño causaría que se pierdan módulos?, al parecer no, porque se pueden recuperar total o parcialmente si se considera la neuroplasticidad, es decir, la capacidad que tiene el tejido neuronal de reorganizar, asimilar y modificar los mecanismos biológicos, bioquímicos y

fisiológicos que están implicados en la comunicación intercelular, para adaptarse tras los estímulos recibidos. A propósito de lo señalado anteriormente, y para una mejor comprensión del tema, ha de recordarse que una de las características de la neuroplasticidad es modificar el tejido neuronal que incluye regeneración axonal (“capacidad que tienen los mamíferos y todos los otros vertebrados y vertebrados inferiores como anfibios y peces de restaurar exitosamente la conectividad y la función de los axones que se han dañado en el sistema nerviosos central y periférico” (Horner & Gage, 2000), la colaterización (“hace referencia al crecimiento que ocurre a expensas de axones sanos que pueden provenir de neuronas no afectadas por la lesión o de ramas colaterales de los mismo axones dañados que la lesión no llegó a afectar” (Roa, 2012), la neurogénesis (“nacimiento de nuevas neuronas es el proceso por el cual se generan nuevas neuronas a partir de células madre y células progenitoras” (GIS), 2018), la sinaptogénesis (“es la formación de la sinapsis. A pesar de que se produce durante toda la vida en una persona sana, una explosión formadora de sinapsis se produce durante el desarrollo temprano del cerebro” (GIS), 2018). Siendo estos procesos dinámicos los que permiten comprender la transformación fisiológica del sistema nerviosos a lo largo de la vida (Huertas, 2014).

Continuando con la discusión del párrafo anterior, debido a los avances científicos se ha demostrado que el uso de herramientas como la estimulación magnética (EMT) de alta y baja intensidad o las corrientes directas y la imaginería motora graduada (IMG) a través de las neuronas espejo en pacientes con miembro fantasma, han permitido revelar que el sistema nervioso adulto puede

experimentar reorganización de la corteza somatosensorial aún en épocas tardías (Huertas, 2014).

Ahora bien, si se acepta que el sistema nervioso puede regenerarse y a su vez que está organizado por módulos ello nos permite concluir que dichos módulos pueden recuperar su funcionalidad o por lo menos habría una alta probabilidad de mejora; mientras que si se acepta que el cerebro funciona distributivamente en el caso de haber un daño, otras partes del cerebro podrían asumir las funciones de la parte dañada, es decir, en ambos casos habría una expectativa de mejora de las patologías asociadas a la imagen corporal.

A su vez, Dohle et al (éstos y los autores de los siguientes dos párrafos son citados por Moncada, 2010) concluyen que la alteración de la imagen corporal modifica la actividad de las cortezas visuales, donde la corteza visual primaria preferentemente responde a las posturas estáticas de la mano en comparación de las posturas en movimiento. Estos hallazgos demuestran que el movimiento puede ajustar la corteza visual de la misma manera que lo hace la atención, añadiendo información previa en una etapa anterior al procesamiento visual.

Para Berlucchi & Aglioti el origen de la imagen corporal es un proceso cognitivo y neurobiológico de reconocimiento del cuerpo como una entidad unitaria que se puede dañar por lesiones o con drogas y presentan varios ejemplos en los que se pueden afectar diferentes áreas cerebrales distintas a la corteza visual, uno de ellos: son los pacientes esquizofrénicos con deterioro de la corteza prefrontal; además Vogelely et al. han describen otras distorsiones de la imagen corporal al estudiar el lóbulo parietal posterior y la amígdala derecha (Seeger,

Braus, Ruf, Goldberger, & Schmidt, 2002; Wagner, Ruf, Braus, & Schmidt, 2003). Existe el caso de una mujer que sufrió la ruptura de un aneurisma “Dilatación patológica y localizada de un vasosanguíneo o del corazón, por debilitamiento de sus paredes” (Real Academia Española, s.f., definición 1) con afectación en el lóbulo frontal, ella percibía tener una mano ajena que intentaba ahogarla cuando nadaba en la piscina (Hari et al., 1998).

También para ejemplificar el párrafo anterior, en el síndrome de Alicia en el país de las maravillas, descrito en pacientes jóvenes con migraña de origen isquémico, (“isquemia: disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo, producida por una alteración normal o patológica de la arteria o arterias aferentes a ella” (Real Academia Española, s.f., definición 1) encefalitis viral (“Encefalitis: es la irritación e hinchazón (inflamación) del cerebro, casi siempre debido a infecciones.” (Medlineplus, s.f.)), y/o epilépticos (“Epilepsia: enfermedad caracterizada principalmente por accesos repentinos, con pérdida brusca del conocimiento y convulsiones (Real Academia Española, s.f., definición 1) la persona describe sentirse tan pequeña, que afirma medir un pie de altura o que crece hasta que ocupa toda la habitación (Evans, 2004).

Otras investigaciones realizadas por Elbert & Rockstroh (2004), indican que el reconocimiento de la imagen corporal es un proceso de las estructuras cerebrales superiores (el autor no especifica las estructuras cerebrales) que se ven influenciadas por señales que no son solamente visuales, sino también táctiles, constantes y permanentes. Estos estudios proporcionan una mejor comprensión de cómo éstas estructuras específicas procesan diferentes tipos de señales en

situaciones diversas, como cuando nos miramos sin movernos frente a un espejo para evaluar nuestro cuerpo. De acuerdo a estos autores para que el cerebro pueda organizar su estructura y funcionamiento antes se deben cumplir cuatro principios.

Primero, a mayor estimulación de una parte del cuerpo mayor es su representación cortical y puede cambiar su orden topográfico, un ejemplo de ello es el ejercicio físico, ya que en este, se dan actividades perceptuales y conductuales; El segundo principio es el de úselo o piérdalo, en el la reducción a pérdida completa de señales aferentes lleva a una invasión de la región de representación ubicada de manera adyacente al área deprivada de señales, este podría ser el caso de las personas sedentarias, quienes causarían un desbalance cerebral en el procesamiento de la información; Tercero, los estímulos conductuales relevantes y sincrónicos de sitios adyacentes, resultan según Elbert y Rockstroh en la integración de la representación cortical; finalmente se indica que los cambios, únicamente, se observan en tareas conductuales relevantes y en respuesta a la práctica que es tan intensa y duradera que el cerebro sigue procesando aun cuando se duerme. En conclusión, para que el ejercicio tenga un impacto en la imagen corporal, primero debe convertirse en una tarea relevante (aquí no se especifica según los autores que se considera relevante), de lo contrario no produciría cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro; además el ejercicio debe ser intenso y por periodos prolongados de tiempo (tampoco se especifica).

Algunos trabajos sobre neurología, por medio de las técnicas de neuroimagen¹⁹ demuestran como los patrones de respuesta de activación del cerebro son diferentes en las pacientes con bulimia nerviosa en comparación con los patrones que se observan en personas sanas. Cuando las pacientes se evalúan a sí mismas en contraste a imágenes de mujeres delgadas se observa una mayor involucración de la ínsula (“región del cerebro que se encuentra implicada en múltiples funciones: parece tener una gran relación con las emociones básicas como el amor, la tristeza, el odio o la felicidad. Además, tiene un papel muy importante en cuanto a la regulación del cuerpo para conseguir la homeostasis y su implicación en la percepción de conciencia de nosotros mismos y de las experiencias emocionales subjetivas” (Martinez, s.f.) y una menor activación del giro fusiforme (“estructura del cerebro, en forma de circunvolución, implicada en distintos procesos que tienen que ver con el procesamiento visual, la comprensión del significado de un texto escrito o el reconocimiento de las caras” (Poza, s.f.)).

Estos hallazgos refuerzan la importancia de intervenciones que ayuden a refocalizar la atención y descentramiento en las pacientes que tienen alteraciones de la imagen corporal. La integración de los aspectos neurobiológicos contribuye a una mejor comprensión de la vulnerabilidad

¹⁹ Son pruebas que permiten estudiar las funciones y estructura del cerebro “como la tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía por emisión de fotón único (SPECT), tomografía computerizada (CT) y resonancia magnética (RM) aportan una información complementaria de gran importancia para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con trastornos del sistema nervioso central” (Martí-Climent, Prieto, López, & Arbizu, 2010).

y desarrollo de los trastornos relacionados, y a explicar más acabadamente los factores psicológicos e interpersonales, teniendo en cuenta que una persona con un esquema disfuncional vinculado a su autovaloración desarrolla trastornos mientras que otras no (Riva, 2014).

Desde otra perspectiva, se considera la etiología del trastorno dismórfico corporal como un componente hereditario, pues los trastornos se presentan ocho veces más en familias con antecedentes de esta patología. Vinculándose a anormalidades en la función ejecutiva, el reconocimiento emocional y la auto percepción visual con la serotonina como modulador conductualmente relevante (Behar, Arancibia, Heitzer, & Meza, 2016).

Por otra parte y con lo encontrado en la literatura, surgen algunas preguntas, tales como ¿la experiencia y uso del cuerpo en edades tempranas ayudarían al desarrollo de una mejor imagen corporal a pesar de los cánones sociales imperantes en la sociedad?, de ser así, ¿qué tipo de experiencias para que sean significativas?, en tanto que, no se trata de cualquier experiencia, si no de aquellas que se da una transformación orgánica y funcional, además ¿qué tipo de ejercicio deben llevarse a cabo si las especificaciones que se hacen no podrían aplicarse en niños a edades muy tempranas? incluso, sin ser mediadores la experiencia y el entorno social, ¿se podría sufrir de trastornos de la imagen corporal heredada? No son preguntas de fácil respuesta, sin embargo, aunque no se han encontrado estudios longitudinales que apoyen los postulados, sería de gran utilidad y por ello se intentan responder a lo largo del presente trabajo.

Es de anotar que muchos de los estudios encontrados no se enfocan en describir o explicar el desarrollo de la imagen corporal, en las edades más tempranas del ciclo vital,

sino que, por el contrario, la mayoría indica escuetamente los factores neurológicos que afectan su desarrollo, o que se ven afectados cuando ya se presenta una patología, pero no se ejemplifican, amplian o describen lo suficiente.

Ciclo vital y alteraciones de la imagen corporal: El ciclo vital humano hace referencia al proceso de crecimiento y desarrollo que atraviesan las personas desde el nacimiento hasta su muerte (Susó & Cortés, 2002), está relacionado con lo fisiológico y, según la literatura, se encuentra involucrado en el desarrollo de psicopatologías asociadas a la imagen corporal, principalmente, durante algunas etapas de la vida. Teniendo en cuenta que, durante algunos estadios del desarrollo, la presión social y los ideales de belleza, hacen que muchos individuos sufran alteraciones en la configuración de la imagen que se tiene del cuerpo.

Se menciona que, durante la adolescencia se afecta considerablemente la construcción de la imagen corporal, la adolescencia según la Organización Panamericana de la Salud (2008) transcurre entre los 12 y 18 años de edad, siendo la etapa del desarrollo con mayor susceptibilidad de presentar insatisfacción corporal, debido a los cambios físicos y psicológicos que se dan (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). Estos cambios y modificaciones que se sufren, exigen al adolescente una continua reestructuración de la imagen que tiene de su propio cuerpo, incrementando la insatisfacción con el mismo y aumentando el riesgo de tener trastornos de la alimentación (Ramos, Rivera, Pérez, Lara, & Carmen, 2016). Sumado a esto, las transformaciones hacen que la persona sienta que su cuerpo es ajeno y se sorprenden, no solo por los cambios, sino por la falta de coordinación y destreza muscular, que, en consecuencia,

produce pérdida de confianza en el dominio de sus funciones y por tanto de sí mismo (Losada, Leonardelli, & Magliola, 2015). Durante la adolescencia se afronta el estrés que produce mediar por la internalización de la nueva imagen, la búsqueda de autonomía e independencia y el desarrollo de una identidad psicosexual. Aún así, el estilo de afrontamiento y los patrones de socialización provienen primordialmente de los modelos de la familia a la hora de responder al estrés (Solís & Vidal citados por Hernández & Londoño, 2013). En este periodo, el cuerpo se vivencia como fuente de identidad, autoconcepto, autoestima, introspección y autoescrutinio, ya que, se compara socialmente y se tiene más conciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, dando lugar a una mayor o menor satisfacción con el cuerpo (Salaberria, Rodríguez, & Cruz referenciados por Hernández & Londoño, 2013).

De modo que, los cambios físicos inciden de forma directa la imagen corporal, por lo que se afirma que a mayor edad, más insatisfacción con el cuerpo y riesgo de padecer trastornos de la imagen corporal (Amaya, Alvarez, & Mancilla, 2010).

Asimismo se ha encontrado que las tendencias que se tienen con respecto a la percepción de la imagen corporal en la edad adulta no cambian significativamente en relación con las etapas anteriores, no obstante, la percepción negativa de la imagen corporal disminuye con la edad (Vaquero, Alacid, Muyor, & López, 2013).

Existe un deseo natural en las personas de ser aceptados, ello hace que el cuidado físico y de la imagen corporal sean de tanta relevancia social, propiciando que niños y adolescentes realicen constantemente comparaciones con otros, por eso, no es de extrañar

que la imagen corporal de esta etapa sea uno de los predictores más importantes del autoestima y de los posibles trastornos de la imagen corporal.

Muchos de los modelos expuestos son enfocados a lo patológico, a la conformación negativa de la imagen corporal, ya que es un punto de partida que apunta clínicamente a la solución de los trastornos que se asocian a ella, pero tal vez no sea la mejor o la única manera de comprender las variables que más afectan, ya que se pueden incorporar también los aspectos sanos de la persona que ayudan a conformar la imagen corporal; sumado a esto, se tiene la dificultad de los modelos, por la ausencia de estudios longitudinales sobre la imagen corporal, pues la transversalidad impide investigar a fondo el desarrollo y construcción del cuerpo.

Se puede puntualizar además que, las grandes diferencias que existen según el género han cambiado con el paso del tiempo y ello ha de tener posibles repercusiones en la imagen corporal. Se nota además que dejan una población por fuera de cualquier investigación relacionada, pues no se han encontrado estudios en los que se mencione la imagen corporal en los adultos mayores, además se señaló la importancia que le dan las personas a la aceptación, ello muestra la gran importancia de la sociedad en la construcción de la imagen corporal, sin embargo, cabe preguntar ¿por qué no hay estudios de trastornos alimentarios en esta población? ¿no afecta tanto la aceptación de los demás a los adultos mayores? ¿Será acaso que no se presenta? o tal vez no es una población que llame la atención de los investigadores, en cualquier caso, se sabe que desde lo social hay buenos postulados y modelos explicativos en relación a la configuración de la imagen corporal, que no son completamente concluyentes debido a la complejidad del concepto estudiado, pero aportan a su comprensión, por ello se hace

necesario mirar otros puntos de vista o vertientes para complementarlo como se verá en las próximas páginas.

La imagen corporal desde la perspectiva social

Las personas al estar inmersas en un entorno social, revisten de significados su organismo, lo que permite la construcción de la imagen corporal, es allí donde los padres, la escuela, los medios de comunicación, entre otros, transmiten valores que legitiman formas de ser, experiencias y lineamientos sociales, dichos valores son transmitidos como normas explícitas y mandatos parentales que se instalan en los sujetos de forma progresiva.

Conforme se va dando el desarrollo psicológico, esta inscripción, que se realiza tempranamente tiene una gran carga de expectativas morales que forman parte importante del desarrollo de la autoconciencia del sujeto, que es la clave en la adquisición de una imagen integrada del cuerpo y que va a influir de forma distinta según el sexo (Luria, 1978, citado Carballo & Campos, 2000).

Ahora bien ¿puede la imagen corporal de cada persona empezar a construirse antes del nacimiento? En este sentido, Carballo y Bonilla, afirman que “en la formación de la imagen corporal, necesaria para producir una específica configuración del yo, intervienen diversos agentes de socialización que delimitan el significado y la vivencia del desarrollo psico-sexual” (2000, p.37) y los “valores se transmiten como normas explícitas y mandatos parentales, y se instalan en los sujetos de forma progresiva al hilo de su

desarrollo psicológico” (2000, p.37) y la imagen integrada del cuerpo. Además, antes de salir del vientre de la madre, circundan representaciones asociadas a la vestimenta a partir del sexo del infante. Aunque las autoras no lo especifican, podría decirse que la configuración de las diversas ideas que se contruyen sobre la imagen corporal están dadas desde antes de nacer y determinadas por la influencia de diversos factores como el nivel de educación, sus sistemas de creencias y valores, y el contexto cultural en que están insertos los padres del bebé.

De acuerdo con McGrath & Mukerji (citados por Botero & Londoño, 2015), la imagen corporal se contruye a partir de un proceso de elaboración que comienza a temprana edad (el autor no especifica la edad) y se va configurando a través de las señales de aprobación y desaprobación que el sujeto recibe de las personas más cercanas, y que pueden producir un conjunto de reacciones emocionales que gradualmente van definiendo la personalidad y construyendo de manera cada vez más clara el concepto de la imagen del cuerpo que la persona tendrá de sí mismo, con base en los estereotipos culturales de belleza y normalidad inmersos en el entorno geográfico e histórico en el que su vida se desarrolla. Por ende, las señales que recibe el sujeto tienen repercusiones que afectarán estadios posteriores del desarrollo de la imagen corporal.

Según lo anterior, en los estadios iniciales de la vida se dice que el infante tiene una conciencia desorganizada y una limitada capacidad de imitación; sin embargo, cuenta con la capacidad de percepción, reconocimiento social, habilidades para entender a los otros y los orígenes del sentido del self (Simmel, 1966; Merleau-Ponty, 1993 citados por Ayelo & Marijuán, 2016).

Si bien las habilidades mencionadas se encuentran en una fase incipiente del desarrollo, eso no impide que se vaya construyendo de manera intuitiva una imagen de sí mismo, por ejemplo Piaget, (citado por Ayelo & Marijuán , 2016) haciendo referencia a la imitación invisible, plantea que el niño antes de los ocho o doce meses es capaz de imitar los movimientos de otros, utilizando partes del cuerpo que el mismo no ve, una muestra de ello es sacar la lengua; por otro lado los estudios de Meltzoff y Moore (Citados por Ayelo & Marijuán , 2016) muestran que un recién nacido es capaz de imitación invisible, algunos incluso con menos de una hora de vida son capaces de imitar los gestos de la cara, mostrando así, que la imagen corporal puede iniciar a construirse de forma inconsciente e indirecta incluso desde el momento mismo del nacimiento siguiendo por reflejo parámetros del contexto social inmediato.

Keller & Schoenfeld (1950)²⁰ afirman que el comportamiento se conforma y controla por estímulos del entorno social, cuya función es provocar, reforzar y discriminar estímulos sociales, que se asemejan a otros estímulos, solo diferenciándose en que los estímulos sociales surgen del comportamiento de otras personas (p.3).

En concordancia con lo anterior, se puede concluir que la imagen corporal se construye socialmente (Botella, Grañó, Gámiz y Abey, 2008), tratándose de un proceso complejo en el que participan múltiples actores: el individuo, la familia y los medios de comunicación (Hogan y Strasburger, 2008).

²⁰ La referencia es una traducción del inglés al español realizada por la autora del presente trabajo.

A su vez, lo anterior tiene como consecuencia un conjunto de efectos entre los cuales se encuentran la generación de estereotipos culturales de carácter estético, que al imponer una concepción de belleza y normalidad, generan frustración, impotencia e insatisfacción, complejizando el desarrollo individual de imagen corporal por la arbitrariedad de los estándares que se imponen (Tautleff-Dunn, Barnes y Larose, 2011).

Es decir, en la conformación de la imagen corporal y, por tanto, en sus alteraciones, intervienen varios factores sociales, uno de ellos es el desarrollo de estereotipos corporales, destacándose el modelo cultural de belleza de la sociedad occidental, los patrones estéticos, la clase social, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo que tiende a mostrarse como un modelo único de belleza.

Sumado a lo anterior, hay unos factores individuales que influyen en el desarrollo de la imagen corporal, las diferencias de género que afectan las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la relación con los pares, las críticas o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento de la sociedad e incluso algunas páginas web que rinden culto a psicopatologías asociadas a la imagen corporal como la bulimia y la anorexia (Cruzat, Díaz, Lizana, & Castro, 2016).

De lo anterior se desprende que la interacción y la mirada de los demás dependiendo de lo fuerte que sea el vínculo, hace que la persona busque en mayor o menor medida aprobación, afectando de manera directa o indirecta como se desarrolla la imagen corporal.

Según lo anterior, algunos de los trastornos de la alimentación y la imagen corporal, podrían ser el resultado de la confluencia de aspectos tales como: la obsesión imperante de la cultura occidental por la delgadez y otros cánones de belleza, que se convierte en un asunto moral, físico, psicológico y social; el conflicto de los significados de la feminidad y la masculinidad del momento; el desarrollo psicológico y factores individuales que hacen que la persona sea más propensa a dejarse permear por ideales de belleza instaurados socialmente.

El contexto es decisivo para las identificaciones grupales, la búsqueda y la aprobación de señales identitarias que configuran los límites y la necesidad de control y autonomía. De modo que los cánones de belleza de la cultura producen conflictos, en los que el sujeto se enfrenta al rechazo de su imagen, confirmando o no la deseabilidad y atractivo que son las evaluaciones que forman parte integrante del autoestima (Carballo & Campos, 2000).

Imagen corporal y género: En la literatura consultada para el presente trabajo, se realiza constantemente una diferenciación entre géneros, pero no se hace referencia a ellos desde un punto de vista de identidad de género sino que se anclan desde una perspectiva tradicionalista binaria de hombre –mujer de la que se hablará en éste subapartado.

A continuación se retomará un breve texto de Marta Lamas, que trata de definir de manera precisa y concisa el concepto de género:

La nueva acepción de género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (Lamas). Por esta clasificación cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio del poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia moral, psicología y afectividad.

La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano, por eso, para desentrañar la red de interrelaciones e interacciones sociales del orden simbólico vigente, se requiere comprender el esquema cultural de género.

La investigación, reflexión y debate alrededor del género han conducido lentamente a plantear que las mujeres y los hombres no tienen esencias que se deriven de la biología, sino que son construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones. Quitar la idea de mujer y de hombre conlleva a postular la existencia de un sujeto relacional, que produce un conocimiento filtrado por el género.

En cada cultura una operación simbólica básica otorga cierto significado a los cuerpos de las mujeres y de los hombres. Así se construye socialmente la masculinidad y la feminidad (Lamas, 2000,p.3).

Dentro de éstas teorías sociales se menciona constantemente las diferencias entre hombres y mujeres, pues al hablar de cánones se refiere a un ideal estético, y es sabido que para la mujer contiene tres ingredientes básicos que son: la juventud, la delgadez y la

belleza, esta combinación revela el rechazo a la transformación del cuerpo y el empeño por borrar las marcas que deja el tiempo, pues se les da una connotación de fealdad, falta de control, sinónimo de éxito o fracaso, además se presenta una tendencia uniformadora que trata de hacer desaparecer la individualidad (Carballo & Campos, 2000). Tanto así que las teorías feministas señalan que los ideales que se han construido para la mujer y que denominan imaginario social que, explica el esfuerzo que realizan para aproximar su cuerpo real a ese imaginario, lo que conlleva a un estado permanente de inseguridad corporal (Bordieu citado por Vaquero, Macias, & Macazaga, 2014), muestra de ello son los estudios realizados por Tischner (referenciado por Energici et. al, 2016, p.15) quién al realizar un análisis del discurso encontró que se repite una metonimia²¹ constantemente sobre el cuerpo y la feminidad, indicando que “las mujeres son construidas y completamente definidas por sus cuerpos, siendo el cuerpo producido como un significante dominante de su subjetividad y valor”.

Un ejemplo de lo anterior, son los pechos de la mujer, que en la cultura Española está fuertemente relacionado con el ámbito sexual, el atractivo físico, la maternidad y la lactancia, por ello para algunas mujeres sufrir alguna enfermedad de seno supone renunciar a sus deseos de tener hijos (Sebastián, Bueno y Mateos, citados por Guzmán, et al., 2017).

Así, el género marca un patrón diferenciador, pues los varones a diferencia de las mujeres se enfocan en la delgadez y la musculatura, siendo ésta última su mayor anhelo (McCabe, Ricciardelli y Holt, referenciados por Amaya, y otros, 2013). Sin embargo, en

²¹ “Figura consistente en designar una cosa con el nombre de otra con la que guarda una relación de causa a efecto, autor a sus obras, etc.” (Wordreference, s.f., definición 1).

los resultados de una investigación realizada por Thompson y Bennett (citados por Aylwin, y otros, 2016) se evidencio que los participantes se encuentran en una etapa de transición a una nueva relación entre la virilidad y la imagen corporal, cuestionando los ideales que se han propuesto tradicionalmente sobre la masculinidad, adoptando aproximaciones de comportamientos que tipicamnte son descritos como femeninos con relación a la imagen corporal, demostrando que los límites rígidos que existían entre lo femenino y lo masculino se difuminan, en tanto el concepto de género se hace dinámico y en continua renegociación (Coffey citado por Aylwin, y otros, 2016).

En consecuencia, las diferentes formas de representaciones en relación al género y los cánones que estos conllevan, implican que los individuos tengan que asumir una serie de cargas que generan malestar y conflictos psicológicos, al tratar de encajar dentro de los estandares rígidos impuestos por la sociedad, lo que en ocasiones deriva en alteraciones de la imagen corporal.

Imagen corporal y psicología psicodinámica

Desde una rama de la psicología que es llamada psicodinámica²² se describe la configuración de la imagen corporal desde la premisa del self corporal, y comienza con la definición de Dosamantes-Alperson (Citado por Ayelo & Marijuán , 2016) el self

²² Según Cabaniss, Cherry, Douglas y Schwartz, “la palabra ‘psicodinámico’ significa mente en movimiento. Un marco de referencia psicodinámico postula que elementos dinámicos (en movimiento) en el inconsciente afectan los pensamientos, sentimientos y comportamientos conscientes. Una psicoterapia que está basada en un marco de referencia psicodinámico es una psicoterapia psicodinámica [...]. Las metas básicas de la psicoterapia psicodinámica son: 1) entender elementos del inconsciente del paciente que están afectando sus pensamientos, sentimientos y comportamientos conscientes; 2) decidir si descubrir [un elemento inconsciente] u ofrecer apoyo son más benéficos en un determinado momento; 3) descubrir material inconsciente o apoyar el funcionamiento mental en una forma que ayudará más al paciente” (2011, p. 3)

corporal como la totalidad que se experimenta kinestéticamente, emocionalmente y cognitivamente por los individuos cuando prestan atención a su ser físico, así mismo se refiere a Freud (1962) quien afirma que el yo es primera y principalmente un yo corporal derivado las sensaciones corporales, principalmente aquellas provenientes de la superficie del cuerpo.

Se dice entonces que el self corporal es el que lleva a cabo la experiencia, pero al mismo tiempo es experimentado, sentido y vivido por el sujeto, del mismo modo Schilder (1950) afirma que hay perpetuamente una personalidad que experimenta la percepción. En el cuerpo, las respuestas son acciones y tendencias a las emociones. En el núcleo de las mismas estaría el self corporal, así que es a través de las acciones, que el self corporal se forma y transforma. Gross (referenciado por Ayelo & Marijuán, 2016) señala que la imagen corporal se basa en el movimiento corporal, que a su vez se enraiza en un contexto de interacción y relaciones con otros. Es por el movimiento corporal que el individuo experimenta su cuerpo y la interacción con el otro a través de receptores somatosensoriales, respuestas motoras y acciones. Para esta autora la experiencia y percepción están en función del self corporal, pues los seres humanos actuamos y nos relacionamos con el mundo a través del cuerpo en lugar de una imagen de él.

Desde otro punto de vista de la teoría psicodinámica se presentan tres modelos de gran relevancia sobre el desarrollo de la imagen corporal. El primero de ellos es el modelo clásico del impulso, donde la libido²³ está dirigido por impulsos, es decir, las personas están motivadas principalmente para reducir la

²³ Libido: deseo sexual, considerado por algunos autores como impulso y raíz de las más variadas manifestaciones de la actividad psíquica (Real Academia Española, s.f., definición 1)

presión de tales impulsos básicos como los sexuales y agresivos (Ayelo & Marijuán , 2016), según Freud (1962) se propuso un modelo del desarrollo donde el aparato psíquico de los seres humanos surge a partir de experiencias del cuerpo. Es así que, la libido paulatinamente se concentra e áreas del cuerpo, como la oral, anal, y genital, dando lugar a estadios del desarrollo de acuerdo al área del cuerpo en que se centre la atención y a medida en que los conflictos propios de cada estadio se van superando, dan paso al siguiente y su avance depende de la fuerza del impulso del niño, del balance de gratificación y frustración de los objetos libidinales impuestos por los padres. Por ejemplo, al incorporarse en la fase oral, si está excesivamente gratificada o frustrada, puede llevar al estancamiento del desarrollo por lo que el individuo experimentaría y expresaría su vida psicológica de manera oral. Esta también puede expresarse en comportamientos dependientes, que son propios del estadio oral.

El segundo modelo es el de las relaciones objetales o de objetos psicológicos, que son entendidos como personas que tienen u otorgan energía emocional o mental en otra persona, idea u objeto, es llamada así porque la libido está dirigida a un objeto, en éste postulado lo que motiva a los seres humanos en la conexión con los objetos psicológicos en lugar de la reducción del impulso. Desde éste modelo se entiende el desarrollo humano en términos de la calidad de la relación entre el niño y sus objetos psicológicos, principalmente durante el primer mes de vida, si la calidad de la relación se da a temprana edad, el cuidador transmite mensajes fundamentales al niño a cerca de quien es y cuál es su impacto sobre los objetos. Un ejemplo de ello es cuando la madre experimenta placer por

la compañía de su niño, creará para ese niño una imagen de sí mismo como agradable y merecedor. A partir de éste modelo se obtiene una buena explicación sobre cómo la experiencia del cuerpo contribuye al desarrollo psicológico y como las alteraciones de la imagen corporal se desarrollan como resultado de una historia psicológica temprana (Ayelo & Marijuán , 2016).

En este mismo sentido, Mahlesr (citado por Cash, 2012) propuso una teoría del desarrollo de la imagen corporal en los humanos que empieza a formarse desde el principio de la vida, con las primeras interacciones entre el niño y la madre. El trato de la madre crea sensaciones físicas que conforman la realidad del cuerpo como entidad separada del mundo externo, de manera que cuando posa sus manos sobre el niños, trasmite al niño la primera sensación de su existencia física con límites a diferencia del principio, donde el niño y la madre tienen una simbiosis psicológica. En la medida en que se desarrolla, la presión madurativa del entorno , lo que implica distanciarse de la madre, al principio le resulta difícil y al alejarse vuelve la mirada constantemente, pero a medida que el niño quiere explorar más e ir más lejos, la comprobación se vuelve algo muy poco práctico, por lo que necesita representarse la madre, de ésta forma el niño enviste un objeto con las mismas propiedades de la madre, siendo suave, maleable y perfumado que esté investido con la capacidad de representar a la madre dando soporte emocional y la sensación de seguridad (Ayelo & Marijuán , 2016).

Teóricos como Winnicott (2013) sugieren que el primer objeto transicional es el cuerpo del niño, siendo el primer vehiculo por medio del cual el niño experimenta sensaciones de la madre, de esta manera, el contacto con el

propio cuerpo sirve de función transicional evocando el contacto con la madre, pero a medida que el niño madura está más implicado con el mundo externo, invistiendo objetos externos que son usados de objetos transicionales.

El tercer modelo propuesto por la teoría psicodinámica es la psicología del self que se forma uniendo los dos anteriores. Este modelo desarrollado por Kohut (citado por Ayelo & Marijuán , 2016), se centra especialmente en aspectos de la relación con el cuidador, que contribuyen al desarrollo de la autestima y la capacidad de auto-regulación. En este marco es central el concepto de self-objeto, que se refiere a la personas que rellena las funciones psicológicas por el niño, que es incapaz de hacerlo por si mismo. Esto implica dos funciones que son; un reflejo o espejamiento a través del cual los cuidadores admiran abiertamente los logros y la demostración exhibicionista de su competencia; la función idealizadora, que atendiendo el estado interno del niño, los padres le permiten participar en su propia capacidad de autoregulación proporcionándole tranquilidad y sensación de seguridad. En ausencia de estas funciones psíquicas bien desarrolladas, los individuos afectados pueden recurrir a intensas experiencias corporales para inducir un sentido de vitalización y/o para regular su afecto con dietas estrictas, ejercicio excesivo, abuso de sustancias o comportamientos autolesivos.

Según Kohut, la búsqueda de la gratificación del impulso es la expresión de un self desintegrado. Es así que, autores como Goodsitt y Sands (como citado en Cash, 2012), enfatizan el rol que tienen los déficit en las dos funciones, tanto

de reflejo como de idealización, causando en el individuo miedo a convertirse en un adulto autónomo, esto conlleva a la manipulación del cuerpo para mantenerlo inmaduro, negándole un crecimiento y de esta manera manteniendo las condiciones de la infancia donde el cuidador continua haciendo las funciones del self-objeto, convirtiendo la imagen del cuerpo en un aparato coercitivo.

Imagen corporal y psicología cognitiva.

Si bien hay una biología que nos es dada por la naturaleza y unas influencias sociales que afectan de manera profunda el desarrollo y configuración de la imagen corporal, también se sabe que el cuerpo y la imagen corporal forman parte del desarrollo psicológico de las personas desde el momento en que se conforma la identidad personal y social de los sujetos, siendo un proceso de diferenciación de la persona como individuo separado, que sintetiza y unifica la diversidad de sus experiencias en el mundo. Esta identidad facilita una experiencia reflexiva de la propia subjetividad, permitiendo al sujeto tomar conciencia de sí, de su lugar en el mundo y de su relación con otros. Es así que se genera una experiencia de contenidos simbólicos y significativos, a través de los cuales es vivido el cuerpo (Carballo & Campos, 2000).

De acuerdo a lo dicho anteriormente, el cuerpo es el lugar por el que discurre el trazado de las identificaciones individuales y grupales, una geografía que se compone por las redes de conexión del sujeto y la cultura. En el proceso de construcción de la imagen corporal se articulan aspectos referentes al desarrollo psicosexual que se configura a partir de los modelos normativos de género, fruto

de las relaciones asimétricas entre los sexos. Los modelos de la cultura proveen signos que significan el cuerpo en sentido definitorio, estético y ético, guiando al sujeto en la apropiación de imágenes ideales que forman parte del repertorio de sus identificaciones. Este sistema de valores relativos al cuerpo es transmitido a través del imaginario social y se presenta y percibe como un patrón de bienestar y ajuste social, es allí que el sujeto toma conciencia de la posición que ocupa en el mundo, construyendo un marco de las interacciones entre el yo y la realidad, marcando además la configuración cognitivo-afectiva de un sujeto a partir de un espacio tanto interno como externo en el que el cuerpo es a la vez línea de demarcación, superficie y sujeto. Esta percepción del cuerpo supone un referente único, diferente y propio, al tiempo que se semeja a otros cuerpos (Carballo & Campos, 2000).

De acuerdo a lo que dijo el filósofo Epitecto” *“lo que perturba a la gente no son los acontecimientos, o sea, lo que les sucede, sino la interpretación que hacen de ellos”*, Los psicólogos cognitivos han elaborado una teoría y una terapéutica basada en la interpretación que las personas tiene de los acontecimientos, así, Cash (citado por Raich, 2001) elaboró lo que llama la docena sucia, una lista de doce pensamientos distorsionados o errores cognitivos respecto de la apariencia, los cuales se resumen de la siguiente manera:

1. La bella o la bestia, hace referencia a pensar dicotómicamente y con exageración, pues solo se puede ser blanco o negro, si no se es la mejor es la peor.

2. El ideal irreal, cuando se evalúa la apariencia por estándares irreales como de mujer alta, delgada, esculcultural. Presentándose un desajuste entre la apariencia y el ideal, por lo que la persona se centra en los defectos.
3. La comparación injusta, cuando se hacen comparaciones con personas más atractivas a quien hace la comparación.
4. La lupa, consiste en centrarse en aspectos de la persona que no le gustan y exagerar su importancia.
5. La mente ciega, se presenta cuando se ignora o minimizan aspectos favorables de la apariencia física, como cuando una mujer es muy atractiva pero se obsesiona por una cicatriz en la barbilla.
6. La fealdad radiante, al generalizar un aspecto de la apariencia física que no nos gusta, haciendo que el descontento por un aspecto lleve a encontrar defectos en otros, por ejemplo alguien ve una arruga y piensa que parece viejo y busca otras evidencias de vejez como estar gordo.
7. El juego de la culpa, al atribuir decepciones, rechazos y otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con que se está insatisfecho. Por ejemplo, alguien me ha rechazado en una fiesta por mi apariencia física.
8. La mala interpretación de la mente, la suposición o creencia de que se es poco atractivo y suponer que los demás le ven así.
9. Prediciendo desgracias, Al esperar que el mal aspecto físico tenga efectos negativos en lo que va a suceder, en experiencias sociales futuras, en ejemplo de esto es cuando un hombre piensa que por ser obeso nadie lo va a tomar en serio como vendedor.

10. La belleza limitadora, restringir o mimitar los comportamientos debido a las preocupaciones por la apariencia. Por ejemplo, una persona con arrugas bajo los ojos pensar “no puedo salir a la calle sin maquillaje de ojos”.

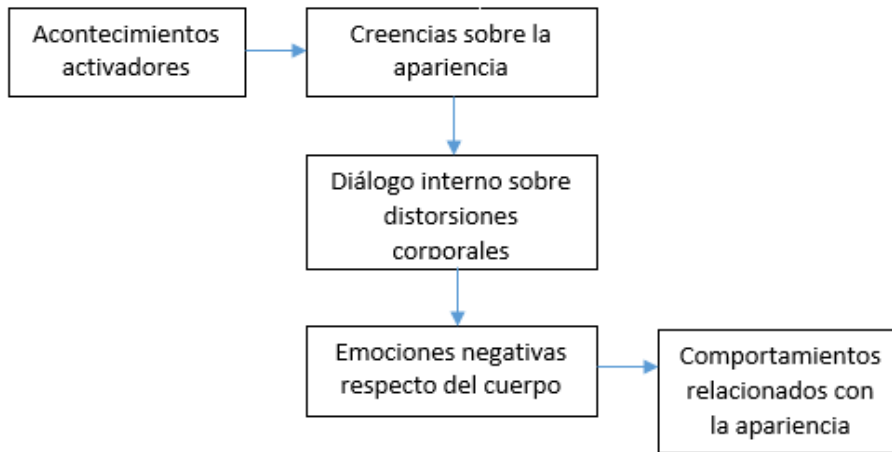
11. Sentirse feo, es una interpretación que se convierte en certeza, como me siento feo debo ser feo. Cuando una persona se preocupa por su fealdad y comienza a justificarla.

12. El reflejo del malhumor, al presentarse mal humor por razones ajenas a la apariencia física que se desbordan sobre la apariencia, criticándola y explayándose en ella. Por ejemplo: una personas con trabajo muy estresantes que se disgusta y pasa por un espejo criticando su cuerpo (p.33).

Cash, no explica como surgen estas distorsiones cognitivas, si es por prejuicios o ideas personales, familiares o culturales, ni que tanto pueden afectar la imagen corporal de una persona pero, pueden ser expresiones que reflejan el malestar que la persona tiene sobre su cuerpo, además si se realizan test con respecto a estas distorsiones, se podría ayudar a la persona que las tiene a cuestionarlas y mejorar la relación que tiene con su cuerpo. De modo que, esta manera de interpretar y preveer cómo será el futuro a partir de la observación de la realidad, produce emociones que dan lugar a comportamientos determinados.

En consecuencia a lo mencionado anteriormente Raich nos presenta la figura 9, en la que muestra los mecanismos que activan y sostienen los errores cognitivos.

Figura 9. El papel de los errores cognitivos en la imagen corporal



Raich, R. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide, p. 33.

La figura que nos presenta Raich (2001), a pesar de ser sencilla muestra que son los sucesos o acontecimientos de la vida de cada persona son los que pueden hacer que sus creencias, sean del entorno o propias le lleven a cuestionar su imagen corporal, que al ser comparada y ésta no ajustarse a los cánones generar emociones negativas y comportamientos en pro de ajustar esa imagen, por lo que resalta la gran relevancia que tiene la interacción con otras personas, pero como se verá más adelante, faltaría muchos factores o variables que afectan la imagen corporal, por ejemplo las características físicas reales y el autoestima que se tenga como se ampliará en la presente categoría.

Según lo expresado en el párrfo anterior, nuestros pensamientos y creencias serían para este autor la base de nuestra satisfacción e insatisfacción corporal, teniendo una interpretación sesgada hacia la crítica corporal, llevando a cabo un dialogo interno que la mayor parte de las veces es inconsciente y creyendo que es un pensamiento lógico y natural, pero que realmente se ha aprendido hace

tiempo y se ha incorporado, a pesar de que solo sirve para hacer sentir mal a la persona y en consecuencia la lleva a actuar con menos confianza en sí mismo, de ser así, la configuración de la imagen corporal se daría gracias a las creencias de las personas, que pueden o no tomar para sí ideales sociales que parecen normales aunque no lo sean en algún momento de la vida (Raich., 2001) .

Una de las autoras que más ha estudiado la imagen corporal y que es un referente para la mayoría de los trabajos al respecto explica la conformación de la imagen corporal desde la patología desde etapas muy tempranas. Raich (2001) afirma que las personas no adquieren una imagen corporal negativa de la noche a la mañana, indica que es una cuestión de tiempo que comienza en la infancia gracias a unos factores históricos y otros actuales.

Así pues, el sentido básico de identidad está arraigado en el cuerpo, nuestro cuerpo. Alrededor de la edad de dos años, los niños ya pueden reconocerse a sí mismos en un espejo y recibiendo retroalimentación corporal de como somos y como nos ven los demás. Desde muy pequeños los niños escuchan cuentos como los de la cenicienta y Blancanieves, donde se describe el físico de las vencedoras por encima de las feas y malas, es así que va quedando cada vez más clara la imagen corporal que se debe tener y se forman imágenes de como no se ha de ser (ver figura 9).

La primera de las causas por las que según Raich (2001) se afecta la imagen corporal son las históricas, entre ellas está la socialización en la cultura, dando gran importancia al concepto de belleza que uno desarrolla. La cultura nos enseña que es lo bello que es lo feo, pero estos conceptos van cambiando a lo

largo de la historia, siendo estos diferentes e incluso contradictorios, de modo que, actualmente uno de los elementos más influyentes es la presión hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad, lo que hace que las personas adquieran esas creencias, por ello no es extraño que tantas mujeres presenten insatisfacción con su peso, pues el modelo propuesto en los medios de comunicación es más delgado que el normal, en cambio para los hombres la presión social no es tan importante, sin embargo también se les exige tener un determinado estado físico, siendo altos, fuertes, de hombros anchos, pecho musculoso y bíceps desarrollados.

La segunda causa son las experiencias interpersonales, dando un significado del cuerpo que va más allá de los anuncios o explicaciones que puedan verse en revistas y televisión, que no solo asocian la imagen corporal a lo bello y feo, si no que promueven determinada apariencia para triunfar y ser feliz en la vida, provocando miedo a ser obeso o tener arrugas en el rostro.

Esta autora también resalta la influencia que ejercen personas más cercanas en la construcción del concepto corporal, ya desde muy pequeños en la familia se nos enseña como debemos arreglarnos y comportarnos, a quién nos parecemos e incluso que consideración estética de éxito tiene alguien de la familia, al mencionar frases como: “eres igualita a tú tía María, la pobre se quedó soltera y se pasó la vida cuidando a su madre, pobrecita..., con aquella nariz que la afeaba tanto...” (Raich R. , 2001, p.70), asimismo, se aprende de la familia lo que los psicólogos llaman *modelado*, o sea, aprender los dichos, comportamientos y creencias de los miembros más cercanos que influyen directa o indirectamente.

También las amistades cumplen un papel muy importante en el desarrollo de psicopatologías asociadas a la imagen corporal. Igual que la familia, particularizan para sus amigas y amigos los modelos sociales y pueden ampliar los defectos de una persona, por ejemplo, si una amiga le dice a otra que ha *engordado mucho*, el comentario tendrá la misma o mayor influencia que las revistas y anuncios sobre adelgazamiento que pudiese leer. Tanto la familia como los amigos pueden influir como modelos, pues al ver que su familia o amigos se preocupan por el físico, aprenden que es importante preocuparse por su físico.

A causa de la apariencia física que se tiene en la infancia la persona es criticada o sufre de burlas que influyen en la imagen corporal que se tiene de sí mismo en la edad adulta: "cuatro ojos", "vaca lechera", "cara de pan", "pinocho" el recibir críticas o burlas constantemente sobre la apariencia en la niñez o adolescencia tiene un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal y se continúa con ese lastre hasta la edad adulta, inclusive muchas personas señalan que la preocupación por la apariencia comenzó en la infancia, tras recibir burlas por ella. Thompson y Cash (Referenciado por Raich R. , 2001) Thompson en un inventario que realizó sobre las burlas de la apariencia en 1990, halló una relación entre las burlas y la aparición de trastornos de la imagen corporal, mientras que Cash lo comprobó en 1996 con un 72 por ciento de una muestra en una investigación que realizó (la autora no discrimina el total de personas en la investigación, ni la edad promedio de los participantes), habían recibido burlas en la infancia y eso repercutió en la edad adulta.

Otra de las tres grandes causas históricas que repercuten en la aparición de trastornos de la imagen corporal, son las características personales, pues no todos somos afectados de la misma manera o magnitud, aunque estemos inmersos en la misma cultura, ni por tener pecas, o acné, incluso por tener algún defeto desfigurador, pero ¿qué es lo que hace que unas personas sean más resistentes que otras? por una parte está el tener una autoestima sólida, pues aquellos que tienen seguridad en sí mismos y se creen dignos de ser amados, competentes, con esperanza, con la habilidad de enfrentarse a los problemas de la vida, no caen fácilmente en las redes de lo que se denomina el “debería ser” o “tendría que esforzarme en parecer” (Raich R. , 2001, p. 75) en comparación a quienes tienen una baja autoestima, que tienden a sentirse inadecuados, pueden sucumbir a las presiones sociales, por lo que se da una relación directa entre imagen corporal y autoestima, de modo que a mayor autoestima, mejor será la imagen corporal y contrariamente a menor autoestima, más insatisfacción o deterioro habrá en la construcción de la imagen corporal (Raich., 2001).

Entre las causas que explican las alteraciones de la imagen corporal desde las características personales (ver figura 9) se presenta el feedback social o comentarios de las otras personas, que influyen en la autoestima y la imagen corporal de la persona, provocando especialmente en la pubertad (definida como “la primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta” (Real academia de la lengua Española, s.f., definición1) preocupación sobre la apariencia física, ya que, en esta época las mujeres se desarrollan antes que los varones pudiendo presentar más problemas con respecto a su imagen, pues ellas

consideran estos cambios en su propio cuerpo como grotescos debido al desarrollo de su pecho o las caderas, sintiéndose gordas o como una prueba de estar haciéndose mayores.

Por el contrario, los chicos suelen sentirse marcados profundamente por no desarrollarse igual de rápido que las mujeres, lo que los hace sentir bajitos o no sentir que tienen las cualidades que definen un hombre como la fortaleza y altura marcando su masculinidad.

Según esta autora, la literatura muestra que las personas que son consideradas como atractivas son más populares, ajustadas psicológicamente y tienen más éxito en la escuela y en el ámbito laboral, Caballo (Referenciado por Raich, 2001) agrega que hay un vínculo estrecho entre la habilidad social y el atractivo físico. En la literatura popular, que es ampliamente difundida en los medios de comunicación, abundan ejemplos de personas que sin presentar muchas cualidades en otros ámbitos, al tener una determinada apariencia que es adecuada al gusto del momento, gozan de popularidad, riqueza y bienestar convirtiéndose en un modelo a seguir. Las personas que tienen atractivo produce mayor atención y refuerzo social de observadores externos, siendo la belleza física una característica que produce diferencias conductuales, por lo que un niño o adolescente se ve afectado al ver como otros reaccionan y le proporcionan un feedback social, que a su vez afecta el desarrollo psicológico individual del sujeto.

En este punto se presenta un giro, pues se habla de las casusas actuales y mecanismos de mantenimiento, no solo las experiencias pasadas y la presión que ejerce la sociedad pueden ayudar a desarrollar una autoimagen negativa, según esta el pasado no lo es todo, dando gran peso a las experiencias corporales de la vida diaria. Así el estudio de la historia personal es una buena manera de buscar las causas de la insatisfacción corporal del propio cuerpo en el momento. El saber que se tiene una apariencia y los

sentimientos en relación a ella, sumado a que sus padres no supieron animar a apreciarse, recibir burlas de sus hermanos, tener una herencia genética determinada, se convierten en una pista para buscar una causa externa para descargar una mala apreciación de sí, pero se sabe que cuando una persona busca una causa en la historia pasada es capaz de encontrarlas para justificar las inconformidades actuales. Ello no exime a las personas de tomar responsabilidades sobre el presente y las opciones que le proporciona y como dice Ellis (citado por Raich, 2001) somos responsables de la manera de interpretar los hechos y acontecimientos, de ello dependerá como nos sentimos y como actuemos, un claro ejemplo de lo anterior cuenta que una estudiante que se sentía avergonzada por sus piernas al considerarlas feas, por esto siempre usaba pantalones y faldas largas, un día notó que unas compañeras se le quedaban mirando, otros días que le miraban las piernas, hasta que fue a hablar con las chismosas y ellas para su asombro le dijeron que tenía muy buen gusto para los zapatos. Esta anécdota sirve para ilustrar lo que ya han mostrado experimentos psicológicos y es que nos comportamos de acuerdo a lo que creemos que somos y que los demás responden en consonancia a lo que nosotros demostramos que somos, es decir, ante una situación real lo mas importantes es como juzgamos interpretamos o entendemos nuestras posibilidades, del modo en que nos sentimos nos llevara a que actuemos en determinada línea. Es por tal motivo que la retroinformación o feedback que recibimos sobre nuestros actos servirá para confirmas nuestros juicios o pensamisntos, haciendo que nosotros seamos los más duros y eficaces jueces al momento de sentirnos o comportarnos de un modo u otro.

Gracias a este feedback se crean mecanismos de manteinimento que como dice Rosen (Citado por Raich, 2001) proporcionan una atención selectiva hacia la

parte o partes del cuerpo que nos preocupan teniendo conductas para evitarlas, como no llevar determinada ropa y los reforzamos con rituales de comprobación y confirmación, como preguntar frecuentemente por la presencia o ausencia de un defecto y mirarse constantemente en el espejo. Estas conductas pretenden a corto plazo aliviar el malestar, pero a largo plazo no es una solución, ya que aumentan la inseguridad y el desconcierto es mayor.

Se propone además, la teoría del desajuste adaptativo, la cual dice que la imagen corporal está dotada de cierta estabilidad, de manera que los cambios en el tamaño corporal no se incorporan de manera inmediata, y persisten por cierto tiempo la representación mental anterior, así como las personas con sobrepeso que adelgazan, pero continúan durante un tiempo pensando que el cuerpo no ha cambiado. Parece necesario hacer cierta dosis de inputs sensoriales de los cambios incorporados en la representación corporal durante un periodo de tiempo para que los pensamientos y condición real del cuerpo puedan coincidir. Esta explicación ayudaría a comprender la sobreestimación existente en las anorexicas, pues la pérdida de peso y el tamaño corporal disminuido no se habrían integrado en la imagen corporal, persistiendo una representación corporal anterior a la pérdida de peso.

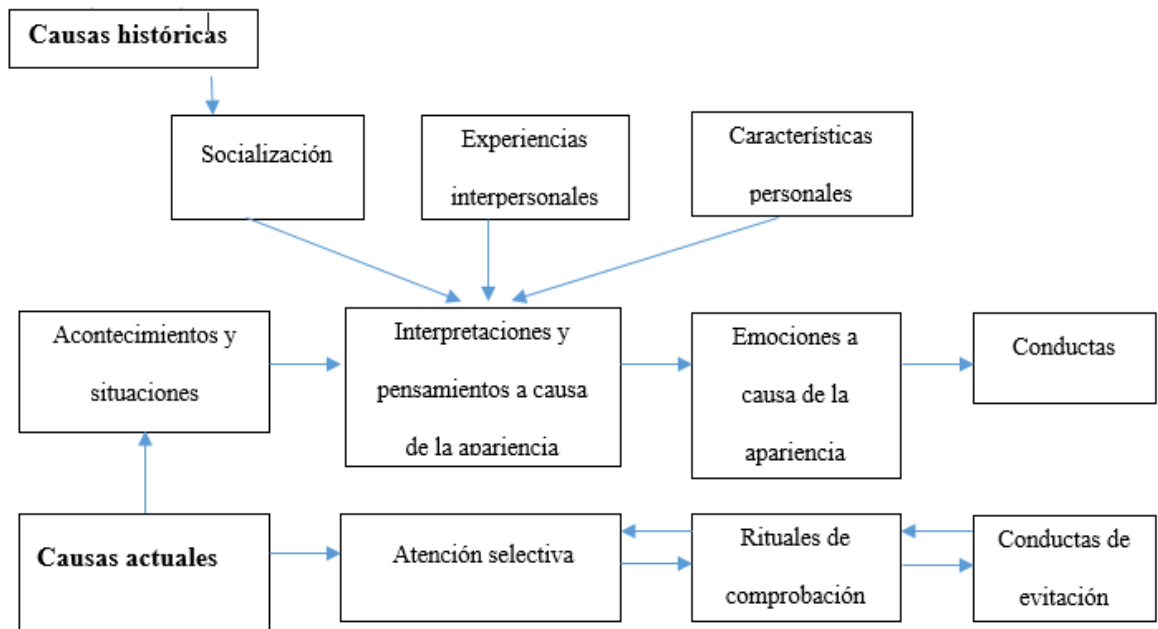
Richards, Thompson y Coover (Referenciados por Raich, 2001)

propusieron un modelo causal de la imagen corporal negativa y la conexión de esa con la disfunción alimentaria. Las variables que resultaron relevantes como causas principales fueron, el peso objetivo en el momento actual, la historia de burlas por la apariencia corporal y el peso percibido. Éste modelo permite predecir que el sobrepeso provocaría un incremento en las burlas de los hermanos,

amigos y conocidos, derivando en una más pobre imagen corporal. El modelo se centra en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal y su propósito no es dar una explicación exhaustiva de las causas de la alteración de la imagen corporal, sino de la conexión que tienen con los trastornos alimenticios.

Para otros autores como Raich, Torras y Mora (citados por Raich, 2001) estudiaron la relación de diferentes variables en relación con la imagen corporal, la insatisfacción con la misma y su relación con los trastornos alimenticios. Encontraron que hay una relación directa de la autoestima, el índice de masa corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción general. Es así pues que investigaron en una amplia muestra de estudiantes universitarias, encontrando que las más equilibradas tenían una mejor autoestima, un índice de masa corporal menor, una buena imagen corporal y muy poco peligro de presentar trastornos alimentarios, mientras que a mayor psicopatología, más peso con relación al índice de masa corporal (IMC), menor autoestima, una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas, alteraciones con la ingesta de alimentos y conductas evitativas debido a una mala imagen corporal. Como señala la autora, los estudios que realiza se comprueban estadísticamente, lo que muestra que hay una incidencia de la valoración que tienen de sí sobre el cuerpo, por tal motivo es necesario realizar estudios de laboratorio y longitudinales para que sus hallazgos sean más precisos.

Figura 10. Desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa



Raich, R. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide, p. 68.

La figura que propone Raich (ver figura 10) a modo de resumen sobre los modelos explicativos de la imagen corporal se pueden sacar varias conclusiones y preguntas: lo primero que se puede observar es que hay un gran componente social, pues por medio de la socialización y las experiencias interpersonales se presentan interpretaciones y pensamientos que afectan la imagen corporal y producen en la mayoría de los casos emociones y conductas en relación al cuerpo y su percepción del mismo; ahora bien la autora resalta que no todo se debe a causas históricas o vivencias que haya tenido antes la persona, sino que también se deben tener en cuenta las causas actuales, es decir lo que le sucede a la persona en el momento y como lo percibe por decirlo de alguna manera, pero y acá hago una crítica al postulado de la autora y remitiéndome también a la figura que ha diseñado, acaso esa atención selectiva, rituales de

comprovación y conductas de evitación ¿no son el resultado de acontecimientos que ha vivido el sujeto gracias a la interacción social? Muchos de los modelos hacen referencia a los comentarios o burlas hechos por otras personas que afectan la manera en que se percibe, pero ¿qué pasaría o mejor que podría dejar de pasar con respecto a la imagen corporal si no se presentaran estos comentarios o burlas? Una persona focaliza su atención en una parte de su cuerpo cuando atrae por algún motivo la mirada de otros y así lo muestran, incluso en el modelo de Raich, Torras y Mora se tienen en consideración como variables el peso real de la persona y las burlas que ha tenido, es decir, ¿si la persona no tienen un problema de peso no se afecta su imagen corporal? Esto no es cierto, pues como se ha visto a lo largo de éste trabajo pueden ser muchos los objetivos de burlas hacia una persona, como las pecas, una deformación congénita, la estatura, cicatrices, entre otros; es de resaltar además que sus estudios se enfocan, al igual que la mayoría, en como se desarrollan las psicopatologías en relación a la imagen corporal, en parte es comprensible porque la clínica se enfoca en la sanación o mejora de un trastorno, pero si se estudiaran directamente los estudiantes con una alta autoestima se podrían tener otra perspectiva que apunte a la prevención y no solo a la cura de las psicopatologías.

Para resumir, la sociedad va estableciendo unos lineamientos sobre lo que se considera bello, normal o agradable, los cuales se aprenden de personas y familiares cercanos y de los medios de comunicación a edades muy tempranas, llegando incluso a insinuar que quienes tienen determinada apariencia poseen más probabilidades de éxito en la vida, mientras otras que lucen de manera distinta a los lineamientos preestablecidos tienen menos probabilidades de ser exitosas, lo que genera inconformidad y baja

autoestima en aquellas personas que no pueden encajar, afectando diversos ambitos de la vida, lo que supone el padecimiento de trastornos de la imagen corporal.

Técnicas e instrumentos para la evaluación y diagnóstico de las alteraciones de la imagen corporal

“Las pruebas no acompañadas de datos detallados acerca de su construcción, validación, usos y limitaciones resultan cuestionables”. Buros (referenciado por Sattler, 2010, p.1).

En este apartado se recopilan las principales técnicas e instrumentos que existen en psicología para la evaluación clínica de la imagen corporal, sus definiciones, diferencias y características, además se presentaran los principales factores de riesgo y protección que se encontraron en la literatura y la evaluación según los manuales diagnósticos.

Para comenzar, es menester abordar la evaluación psicológica, con el fin de enfatizar su importancia en el proceso clínico. La evaluación psicológica es el momento que permite al clínico realizar un diagnóstico, vale decir, comprender el comportamiento del paciente, se encarga de la explicación y análisis de la actuación de un sujeto, grupo de sujetos en el nivel de complejidad que se considere más oportuno, ya sean motores, fisiológicos o cognitivos. El objetivo primordial de la evaluación es la detección, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, explicación, intervención, cambio, valoración e investigación. Todo ello a través de un proceso de toma de decisiones en el cual se utilizan o emplean una serie de dispositivos y métodos, tales como los test, entrevistas, cuestionarios y diferentes técnicas de medida y evaluación (Fernández, 1995).

Algunas características de la evaluación psicológica son multirasgo, es decir, se tiene la posibilidad de evaluar diferentes atributos de la persona (como la personalidad, actitudes); es multimétodo, empleando más de un método para obtener la información; y permite varios jueces a lo largo del proceso (Garaigordobil referenciado por Borja, 2004). El citado autor plantea que para que pueda ser considerado un proceso de evaluación psicológica debe cumplir tres requisitos: lo primero es que determine un contexto y un objetivo, esto es, a quien se va a evaluar, el evaluado, una técnica o procedimiento para medir y la interpretación de los resultados; lo segundo es la existencia de un marco teórico que permita la ubicación de la hipótesis; finalmente poseer un sistema de categorías que permita la clasificación del evaluado.

La evaluación es un proceso que no solo se restringe a diagnosticar, siendo su finalidad el identificar, rotular y seleccionar para lograr unos objetivos de intervención y pronóstico, los que pueden ser evaluados nuevamente para estimar si se lograron dichos objetivos, de modo que, su finalidad es permitir ajustar la toma de decisiones de acuerdo a los resultados que se vayan dando. Es por ello que las técnicas y estrategias que se eligen para la intervención deben ser replanteadas y estudiadas cuando los objetivos no se van alcanzando, lo que hace que la evaluación no sea un fin en sí misma, sino que persiga un objetivo particularmente práctico que está al servicio de la disciplina, su objetivo fundamental no es explicar, sino buscar medidas prácticas y eficaces de intervención (Borja, 2004).

Dicho lo anterior, surge la pregunta ¿Qué se evalúa? y ¿cómo se evalúa? A la hora de referirnos a la imagen corporal, pero al mismo tiempo a la psicología,

se puede decir que se estudia el comportamiento y la conducta, pero si se va a evaluar una conducta como el fumar, en realidad no se puede hacer de manera absoluta, ni directa, entonces, más que conductas se miden o evalúan atributos de la conducta o atributos psicológicos, en el caso de fumar, a la psicología le interesa el componente psicológico del fumar, por ejemplo, la dependencia que tienen el sujeto por el cigarrillo o la cognición que tienen el sujeto a la hora de fumar (Borja, 2004).

Al intentar responder el ¿cómo?, surge una dificultad y es que a diferencia de otros atributos que se pueden medir de un objeto físico, como es el caso de una mesa, donde sus atributos son el largo, el ancho y la altura que se pueden medir fácilmente por medio de un instrumento tipo flexómetro, que permite medir la longitud, sin embargo, medir los atributos psicológicos es más complejo, pues no se pueden medir directamente, por ellos se usan indicadores, que son los instrumentos que van a mostrar indirectamente el atributo a medir (Borja, 2004).

Para medir estos atributos desde la psicología se recurre a la psicometría, que es definida como: “medida de los fenómenos psíquicos” (RAE, 2019), y es la encargada de garantizar instrumentos de medición con valía científica, a través un conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas, así, el objetivo de la psicometría es aportar modelos que conviertan las respuestas del sujeto en datos a los que se les pueda asignar criterios cuantitativos o de carácter numérico a los sujetos, para mejorar la medición de los fenómenos psicológicos (Muñiz, 2010).

Uno de los instrumentos más utilizados en la medición son los test psicométricos estructurados, en los que la persona escoge entre alternativas de respuestas posibles, las que se ajustan mejor a su caso particular. En el modelo psicométrico se parte de criterios similares pero objetivos, pues se considera que la personalidad está conformada de rasgos y aptitudes poco variables en el individuo conformando su estructura básica de personalidad, por lo que se plantea que los instrumentos de medida permiten conocer la magnitud objetiva de los rasgos presentes en la conducta externa de la persona y pueden predecir la futura conducta de la persona que ha sido evaluada (Llaneza F. M., 2007).

Complementando lo anterior, el término test proviene de un anglicismo que significa prueba. Los test representan una operacionalización de una variable o factor, en la que se exigen varias condiciones y al construirse se requiere de ciertos procedimientos, pues al ser un instrumento de medición se requiere que tenga validez, es decir que evalúe lo que se propone medir y no otra cosa, pues si el constructo de un test va a evaluar la inteligencia no puede terminar evaluando la imaginación y viceversa. Los test, además deben tener confiabilidad, es decir, dar valores aproximados en la segunda aplicación en un mismo individuo y finalmente objetividad, pues los evaluadores coinciden en cómo calificar las respuestas o como colocar los puntajes asignados. Al realizarse un test debe ser interpretado en un grupo de referencia, es decir, compararse al individuo con otros de su misma edad; del mismo modo alguien puede ser llamado ansioso en comparación con una norma o valor grupal, que es llamado técnica de baremo o

referencia grupal, que al tenerla se dice que la prueba es estandarizada (Cosacov, 2007).

Aún cuando las técnicas psicométricas son usadas constantemente para la evaluación, éstas son métodos rígidos cuando se trata de describir las variables psicológicas. Es por ello que una de sus principales limitaciones se debe a que califica la conducta humana como algo verídico y estable a través del tiempo, teniendo en consideración la teoría de los rasgos (Rodríguez, 2007).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la estabilidad es difícil comprobarla de manera empírica, pues los constructos internos que se evalúan y afectan por manifestaciones no son estáticas en el tiempo, y menos cuantificables, para Torres (1988) es un error considerable, ya que, a pesar de existir los conceptos de validez y confiabilidad, pueden producirse sesgos en los resultados de acuerdo a factores propios de la prueba como la administración, las características del contexto de aplicación, la iluminación a la hora de aplicar la prueba, la ventilación, el sonido, las motivaciones e intereses de quien se evalúa, quien puede tratar de dar respuestas que considere deseables en la prueba, alterando todo el resultado de la misma.

A diferencia de las técnicas que acabamos de estudiar en las que se trata de medir objetivamente y con valores numéricos, existen otras técnicas de estudio de la mente y comportamiento humano que se denominan técnicas proyectivas, estas deben su nombre al término de proyección acuñado a Freud en 1894 y que se reelaboró en 1896 en la obra las neurosis de defensa, allí se aparece el concepto de proyección como mecanismo de defensa, desde entonces éste concepto es definido como el mecanismo a través del cual se

atribuye a otras personas u objetos sentimientos y emociones internas reprimidas, que al hacerse conscientes crearían angustia, extroyectándose (exteriorizándose) hacia otra persona, liberando al sujeto del estado de tensión producido por esas emociones (Llaneza, 2007). Éste autor dice que más tarde Freud en su obra *Tótem y Tabú*, aplia el concepto de proyección, empleándolo a condiciones no patológicas, considerando la proyección como un mecanismo por el cual percepciones internas, provocadas por procesos ideacionales y emocionales conscientes, se proyectan al mundo exterior.

En 1939 las técnicas que hoy se conocen como proyectivas reciben ese nombre, gracias al psicólogo L.K. Frank, quien en esa fecha elige el término para las pruebas cuyo estímulo es poco estructurado y ambiguo, permitiéndole al sujeto responder libremente, sin que sea del todo consciente del objetivo que persigue la evaluación, lo que posibilita que con la respuesta se pongan de manifiesto o se proyecte al exterior los estados transitorios por los que atraviesa la persona y su estilo básico de personalidad. Estos test no se pueden emplear como medio único de diagnóstico, pues la información que ofrecen son hipótesis que deben ser corroboradas por otros test como la entrevista al paciente y personas cercanas a él (Llaneza, 2007).

Las pruebas proyectivas presentan algunos limitantes, lo primero es que al arrojar datos cualitativos que se adaptan a cada sujeto, hace que un protocolo de aplicación difiera de uno a otro, además al ser aplicados en momentos diferentes al mismo sujeto, se presentan diferentes respuestas impidiendo operacionalizar variables y definir las de manera lógica, por su alto grado de abstracción, lo que dificulta la estandarización de la medición (Chávez, 2009). Es por esto que las

técnicas carecen de valía científica, por la poca validación estadística, ya que, no es posible con los métodos cualitativos lograr hacer pruebas fiables y estandarizadas por la dificultad en limitar su interpretación.

A lo largo de la investigación se encontraron muchos instrumentos de evaluación, entre los que se encontraron el cuestionario, la entrevista, la escala, el inventario que serán descritos a continuación para una mejor comprensión y análisis de la presente categoría. Uno de los términos que se presenta con más regularidad son los cuestionarios, que también son llamados inventarios, estos constituyen un conjunto de preguntas orientadas a develar problemas, actitudes o rasgos de personalidad, inicialmente la idea de aplicar los cuestionarios a la psicología fue de Alfred Edler, con el cuestionario ampliamente reconocido en la psicología, el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), que es usado para evaluar varios factores y dimensiones de la personalidad, siendo uno de los más extensos y reconocidos, pues se compone de 567 ítems (Cosacov, 2007).

Regularmente se habla de la entrevista al referirse a la evaluación psicológica y esta se define cómo:

Situación de encuentro entre un profesional y un consultante a los fines de conocer una situación. La entrevista psicológica no requiere de instrumental especial, y solo debe registrarse en notas, grabaciones o historias clínicas. Sin embargo, exige conocimientos altamente técnicos y calificados para ser efectiva, entre otros lograr una buena comunicación y confianza con los consultantes, indagar sobre el tema de modo objetivo, sin generar respuestas inducidas, e igualmente, poder plantear el problema en términos abordables y solucionables.

(Cosacov, 2009, p. 120). Este último autor agrega que las entrevistas que son realizadas por psicólogos son complementadas generalmente con otro material, como test o cuestionario, pero siendo la entrevista el más valioso.

Finalmente se alude a las escalas de medición, que según el psicólogo L. Stevens (referenciado por Cosacov, 2007) en psicología se encuentran cuatro escalas o formas posibles de medir. solamente una es discontinua, se denomina nominal y es la que se emplea cuando se categoriza, las otras tres escalas son de naturaleza continua así: la preimera es la ordinal, donde existe la idea de igual, mayor y menor, pero no de cuanto mayor o menor resulta alguien en relación a otra persona, pero si es posible decirlo con la escala intervalar, en ésta un individuo está respecto a cierto atributo algunas unidades por encima o por debajo de otro, pero ello no permite que sea el doble, el triple o la mitad, pues la escala intervalar carece de cero absoluto, que es la característica distintiva de la escala proporcional. La mayoría de las escalas en la práctica psicológica son nominales u ordinales, generalmente en la psicología cualitativa.

A continuación se presenta una tabla que resume lo antes mencionado de los instrumentos de evaluación que se encontraron en la literatura, .

Tabla 5 Instrumentos de evaluación de la imagen corporal

SIGLA	NOMBRE	TIPO DE INSTRUMENTO	TIPO DE PRUEBA
BCS	Body Cathexis Scale (Secord y Jourard en 1953)	Escaña	Objetiva.
EDI	Eating Disorders Inventory (Garner, Olmstead y Polivi, 1983).	Inventario	Objetiva.
BIDD	Body Image Detection Device (Ruff y Barrios, 1986).	Test perceptivo	Objetiva.
ALBA	Light Beam Apparatus (Thomson y Spana, 1986)	Test perceptivo	Objetiva.
BSQ	Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).	Cuestionario	Objetiva.
Y-BOCS	Escala Yale-Brown (Wayne Goodman, 1989).	Escala	Objetiva.
BIAQ	Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990).	Cuestionario	Objetiva.
MBSRQ	Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (Cash, 1990).	Cuestionario	Objetiva.
DST	The Distressing Situations Test (Cash, 1990).	Inventario	Objetiva.
BAQ	Ben-Tovim Walker Attitudes Questionnaire (Ben-Tovim, Walker MK, 1991)	Cuestionario	Objetiva.
CIMEC	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corpora (Toro, Salamero y Martínez, 1994).	Cuestionario	Objetiva.
PSDQ	Physical Self Description Questionnaire (Marsh, Richards, Johnson, Roche y Johnson, 1994).	Cuestionario	Objetiva.
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen y Reiter, 1995).	Entrevista semiestructurada	Objetiva.
BAT	Body Attitude Test (Probst, Vandereycken, Coppennolle y Vanderlinden, 1995).	Cuestionario	Objetiva.
DCQ	Dysmorphic Concern Questionnaire (Oosthuizen, Lambert, y Castle, 1998).	Escala de Autoconciencia	Objetiva.

Tabla de elaboración propia.

Continuación tabla de instrumentos de evaluación de la imagen corporal

SIGLA	NOMBRE	TIPO DE INSTRUMENTO	TIPO DE PRUEBA
PSPP	Physical Self-Perception Profile (Fox y Corbin, 1989).	Cuestionario	Objetiva.
PSPP-A	Cuestionario de autoconcepto físico para adultos (Chase, 1991).	Cuestionario	Objetiva
CAF	Cuestionario de autoconcepto físico (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006).	Cuestionario	Objetiva
CAF-MAY	Cuestionario de autoconcepto físico para personas mayores (Goñi, Esnaola, Moreno y Dávila, 2010).	Cuestionario	Objetiva
BIS	Body Investment Scale (Orbach y Mikulincer, 1998).	Escala	Objetiva
MCT	Movable Caliper Technique (Slade y Russell, 1973).	Técnica de pinza móvil.	Proyectivo-perceptivo
DHF	Desenho da Figura Humana (Karen Machover, 1949).	test proyectivo	Proyectivo-perceptivo
ChEAT	Test Infantil de Actitudes Alimentarias (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988).	Escala autoadministrada	Objetiva
SATAQ-R,	Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire. Versión revisada (Cusumano & Thompson, 1997).	Cuestionario	Objetiva
BIATQ	Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (Cash, Lewis y Keeton, 1987).	Cuestionario	Objetiva
BASS	Body Areas Satisfaction Scale (Cash, 1991).	Escala	Objetiva
SIBID	Situational Inventory of Body-Image Dysphoria (Cash, 1994).	Inventario	Objetiva
EDE	Eating Disorder Examination (Fairburn, 2008).	Cuestionario	Objetiva
CIMEC-26	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (Toro, Salamero y Martínez, 1994).	Cuestionario	Objetiva

Tabla de elaboración propia.

Continuación tabla de instrumentos de evaluación de la imagen corporal

SIGLA	NOMBRE	TIPO DE INSTRUMENTO	TIPO DE PRUEBA
MBA	Measure of Body Apperception (Carver, Pozo, Price, Noriega, Harris, Derhagopian, Robinson, & Moffatt, 1998).	Escala	Objetiva
EDI	Eating Disorders Inventory (Garner, 1998).	Inventario	Objetiva
ACQ	The Adonis Complex Questionnaire (Pope, Phillips, Y Olivardia, 2000).	Cuestionario	Objetiva
MDS	Muscle Dysmorphia Scale (Lantz, Rhea, & Mayhew, 2001).	Escala	Objetiva
MASS	Muscle Appearance Satisfaction Scale (Mayville, Williamson, White, Netemeyer & Drab, 2002).	Escala	Objetiva
TBV	Test Breve de Vigorexia (Baile, 2005).	Test	Objetiva
the scale of 7 silhouettes	Siete figuras de Collins (Collins, 1991).	Test de autopercepción	Objetiva
	La técnica parcial del marcado de imagen (Gómez-Peresmitré, 1995).	Marcado de imagen	Objetiva
	Método de siluetas corporales diseñado y validado por Stunkard (Stunkard, Sørensen, & Schulsinger, 1983).	Test	Objetiva
EAT-40	Eating Attitudes Test (Garner y Garfinkel, 1979).	Test	Objetiva

Tabla de elaboración propia.

Llama la atención que de los instrumentos encontrados en la literatura, solo hay dos proyectivos, es decir, que las investigaciones y evaluaciones que se realizan son principalmente desde la psicometría y los instrumentos estructurados de medida que permiten conocer los rasgos y aptitudes del individuo, no obstante, al ser la configuración de la imagen corporal tan compleja y con tantas variables como se ha visto en las categorías anteriores, surge la pregunta ¿se puede por medio de la validez y confiabilidad del modelo psicométrico evaluar de manera íntegra y eficaz todas aquellas variables que

afectan la configuración de la imagen corporal? si bien es algo difícil de responder, se puede observar y constatar que las investigaciones y forma de evaluar la imagen corporal están en constante cambio, es por ello que tanto los test proyectivos, como los objetivos buscan constantemente hacer más detallados y complejos sus métodos de evaluación como se podrá ver en los siguientes párrafos.

La imagen corporal como se ha visto en las categorías 1 y 2 consta de varias facetas o aspectos, en los que encontramos la percepción, las emociones, la cognición y el comportamiento, por ello para realizar una buena evaluación debe comprender o estudiar todos estos factores. Inicialmente las técnicas que se empleaban para la evaluación de la imagen corporal se focalizaban en dos componentes, el perceptivo y el subjetivo, siendo reciente la creación de instrumentos que estudian los comportamientos (Raich, 2001).

De modo que la estimación perceptiva es la que pretende analizar las diferencias entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo y la medición objetiva de éste, dichos estudios se dividen en dos, los que evalúan partes o segmentos del cuerpo y los que evalúan el cuerpo en su conjunto. Para los métodos de estimación de partes corporales, se empleaban métodos como el diseñado por Ruff y Barrios en 1986 (Referenciados por Raich, 2001), llamado Body Image Detection Device (BIDD), que proyectaba un haz de luz sobre la pared donde el sujeto sitúa su estimación, el mismo año Thomson y Spana modificaron el BIDD, presentando cuatro haz de luz para representar las mejillas, la cintura, las caderas y los muslos y la llamaron Light Beam Apparatus o ALBA (Raich, 2001).

En la modalidad de estimación corporal global el sujeto confronta una imagen real presentada en fotografía, espejo o vídeo, en éste el sujeto debe seleccionar la figura que piense que mejor se adapta a la suya. En ambas modalidades, tanto la estimación por partes o general del cuerpo el sujeto posee una imagen corporal inestable y débil, que lo lleva a cometer el error de sobreestimar sus medidas corporales (Slade y Brodie referenciados por Raich, 2001).

En la estimación de la percepción de la imagen corporal se trata de contrastar la imagen que tiene la persona de sí misma, con la imagen real, evaluándose como un desajuste de la apreciación de los sentidos de la persona, pero no considera que podía alterar esa percepción interna o externamente, por lo que se da paso a los procedimientos de evaluación de las emociones relacionadas con la imagen corporal, de modo que se realizan estudios sobre las alteraciones de las emociones por la imagen corporal, evaluando la satisfacción e insatisfacción con el cuerpo. De esto se despenden dos procedimientos, los autoinformes tipo cuestionarios y los autoinformes tipo entrevista (Raich, 2001).

En los autoinformes de cuestionario se mide el grado de malestar que producen algunas partes del cuerpo o el encontrarse en una determinada situación. Así, el malestar e insatisfacción de las diferentes partes puede ser jerarquizado de menor a mayor malestar, tal es el caso del cuestionario MBSRQ de Cash (véase la tabla 5) allí se presentan una serie de afirmaciones cómo: “Mi cuerpo es sexualmente atractivo, procuro comprar ropa que mejore mi figura, me gusta tal como soy” (Raich, 2001, p. 112), según la escala que comienza en A que es,

completamente en desacuerdo, hasta la escala E que es completamente de acuerdo, se puede saber lo que la persona piensa, siente y actúa en relación así cuerpo.

En los autoinformes que se realizan por medio de entrevistas semiestructuradas se puede hacer una evaluación más potente a la hora de hacer un diagnóstico. Al medir aspectos actitudinales y emotivos el único instrumento que se había validado (hasta el 2001, fecha de publicación del libro de Raich) al presentar estudios psicométricos controlados y que permitía diagnosticar los trastornos dismórficos era el BDDE o Body Dysmorphic Disorder Examination (Ver tabla 5) propuesto por Rosen (Citada por Raich, 2001), siendo la única entrevista especializada en evaluar la imagen corporal y los síntomas del trastorno dismórfico, evaluando en hombres y mujeres aspectos cognitivos y conductuales sobre la insatisfacción con el cuerpo y las ideas sobrevaloradas sobre la apariencia.

Continuando con los aspectos que considera Raich (2001) importantes a la hora de evaluar la imagen corporal, se hace referencian los instrumentos que miden las cogniciones distorsionadas relacionadas a la imagen corporal, una de las personas que más ha estudiado el aspecto cognitivo del trastorno de la imagen corporal, es Cash, quien de manera didáctica muestra los errores cognitivos causados por la apariencia, de modo que, sus técnicas de evaluación detectan las distorsiones cognitivas, teniendo en cuenta que dependiendo si saca un resultado que corresponda a la escala de pensamientos negativos del cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal (BIATQ) muy bajo o muy alto.

En concordancia a lo anterior Raich (2001) afirma que las evaluaciones de la imagen corporal debe incluir el componente conductual que es evaluado en algunos ítems del MBSRQ Y DEL BSQ, también se miden en la entrevista del BDDE y en la escala de Yale Brown modificada para el trastorno dismórfico, pero el instrumento creado específicamente para evaluar la conducta es el BIAQ- Body Image Avoidance Questionnaire, en su traducción es cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal (Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990). En este cuestionario, el sujeto debe valorar 19 ítems relacionados con la frecuencia con que la persona tiene conductas de evitación activa y pasiva en situaciones que tienen relación con la imagen corporal, tales como: usar ropa ancha o mirarse al espejo, además, incluye cuatro subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria, pesarse y acicalarse.

Finalmente, Raich (2001) propone que se debe evaluar la ansiedad asociada a la imagen corporal mediante otros instrumentos que tengan ítems que hagan referencia a la ansiedad asociada a la imagen corporal, pero el instrumento que ha sido elaborado para tal fin, es el BIAS Body Image Anxiety Scale (Reed, Thompson y Brannick, 1990) en éste evalúan la ansiedad como rasgo y como estado relacionado con el peso y zonas del cuerpo que no están relacionada. Al ser evaluada como estado tienen tres situaciones para producir baja, media y elevada ansiedad. En tanto que la ansiedad como rasgo mide la ansiedad corporal generalizada, independiente de la situación. En ambos casos la consistencia interna es buena, al igual que la estabilidad en el tiempo y la validez.

En el siguiente cuadro se muestra a modo de resumen el cuadro de Métodos de evaluación de la imagen corporal, que introduce Raich (2001) en su libro *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*.

Tabla 5. Métodos de evaluación de la imagen corporal

ÁREA A EVALUAR	MÉTODO DE EVALUACIÓN
Percepción	Métodos de estimación corporal Global. Métodos de estimación de partes corporales.
Emoción	BPSS- <i>Body Parts Satisfaction Scale</i> (Cash, 1990). Escala de Satisfacción de Áreas corporales. DST- <i>The Distressing Situations Test</i> (Cash, 1990). Inventario Situacional de Ansiedad ante la imagen Corporal. Subescala del EDI de Insatisfacción Corporal (<i>Eating Disorders Inventory</i> , (Garner, Olmstead y Polivi, 1983). Entrevista BDDE (<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> , Rosen y Reiter, 1995). Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996). BSQ- <i>Body Shape Questionnaire</i> (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). CIMEC- Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal (Toro, Salamero y Martínez, 1994). MBSRQ- <i>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire</i> (Cash, 1990). Escala de siluetas o de figuras. BCS- <i>Body Cathexis Scale</i> (Secord y Jourard en 1953). BAQ- <i>Ben-Tovim Walker Attitudes Questionnaire</i> . OSIQ- <i>Offer self-Image Questionnaire</i> (Offer, Ostrov y Howard, 1982). <i>Body Esteem Scale</i> (Mendelson & White, 1982). SCWT <i>The Stroop Colour-Word Test</i> (Tarea de denominación de colores. Ben-Tovim, Walker, Douglas-Kok, Yap Evelyn, 1998) Autoobservación y autoregistro.
Cognición	Cuestionario de pensamientos relacionados con el cuerpo (Cash, 1990). Entrevista BDDE- <i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> (Rosen, Reiter y Orosan 1995). Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996). Autoobservación y autorregistro.
Conducta	Cuestionario BIAQ- <i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> (Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990). Entrevista BDDE- <i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> (Rosen, Reiter y Orosan 1995). Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996). Autoobservación y autorregistro.

Raich, R. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide, p. 99.

Al analizar la información recopilada por Raich y la obtenida en la literatura sobre los diferentes instrumentos para la evaluación de la imagen corporal se encuentra lo

siguiente: teniendo en consideración las áreas a evaluar según ésta autora, se hace necesario agregar otra área que sería una social, es decir una que como se ha visto en la categoría anterior de cuenta del nivel de afectación que el entorno pueda tener en la percepción, emoción, cognición y conducta con respecto a la configuración de la imagen corporal; no se considera en la mayoría de instrumentos de evaluación de la imagen corporal el componente fisiológico que, como se explica en la categoría dos, también pueden ser la etiología de muchos trastornos en la imagen corporal; al ser la evaluación y el diagnóstico procesos tan complejos que suponen medir atributos psicológicos, conductas, emociones y percepciones, ¿sería factible crear un instrumento que incluya todas éstas áreas? O una que permita establecer desde un principio cuál de las áreas afecta más la conformación de la imagen corporal en los sujetos.

Continuando con las anotaciones que salen del análisis de la tablas 5 y la 6, se pueden ver algunos cambios y diferencias en las dos, ya que, en la primera al darle un orden cronológico y de espectro más amplio, se puede encontrar que si bien en sus inicios los instrumentos eran más enfocados a la inconformidad con el cuerpo y las alteraciones que conducen a los trastornos de la conducta alimentaria, ahora también se amplía el espectro de instrumentos que se realizan los tipos de poblaciones a los que están enfocados, un ejemplo de ello es el CAF- cuestionario de autoconcepto físico (Goñi, et al. 2006), que años después sacó una versión llamada CAF-MAY cuestionario de autoconcepto físico para personas mayores (Goñi, Esnaola, Moreno y Dávila, 2010), en el que se incluyen variables como el sexo, la edad y contempla cinco dimensiones como: apariencia, salud/enfermedad, capacidad funcional, capacidad física y autoconcepto general. Haciendo un gran

aporte, pues la población mayor no genera gran interés en la comunidad científica que estudia la imagen corporal; También aparece un test que se enfocan en realizar evaluaciones a los niños, como lo hace el ChEAT - Children's Eating Attitudes Test, Test Infantil de Actitudes Alimentarias (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Este permite evaluar hábitos y actitudes no saludables en relación con los alimentos y la imagen corporal, que son riesgo de trastornos alimentario en niños entre los 8 y 13 años; aparecen investigaciones e instrumentos relacionadas al con trastornos nuevos de la imagen corporal, tal como lo muestran el MASS- *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (Mayville, Williamson, White, Netemeyer & Drab, 2002), que evalúa la dependencia del culturismo (deporte con la intención de desarrollar y controlar la musculatura) y la necesidad compulsiva de practicarlo, de manera análoga está el TBV- Test Breve de Vigorexia (Baile, 2005), que evalúa hasta qué punto el sujeto es propenso a padecer de vigorexia; otro cuestionario es el ACQ- *The Adonis Complex Questionnaire* (Pope, Phillips, y Olivardía, 2000), evalúa la preocupación por la representación de la imagen corporal específicamente de los hombres.

Otra observación más es que las técnicas han cambiado y afinado sus instrumentos de evaluación, tal es el caso de los instrumentos para evaluar el componente perceptivo de la Imagen corporal, como lo son las escalas de siluetas, figuras o fotografías, de modo que, se tomaran algunos test que se han realizado para presentarlos cronológicamente con sus respectivos cambios. Para 1983 el *Figure Rating Scale*, conocido como las siluetas de Stunkard, Sorenson Y Schlusinger, se creó un test de siluetas con 8 figuras femeninas y 8 masculinas representando ascendentemente una serie

de modelos que van desde lo más delgado, hasta el más grueso (ver figura 11) , luego en 1986 el test de Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn, conocido como el *Silhouette Measurement Instrument*, se presentan 8 siluetas femeninas, y al igual que el anterior, este test muestra figuras que van de la más estrecha hasta la más gruesa (Figura 12). Poco después en 1989 se crea el *Test Body Image Assessment* (BIA) también para mujeres que va desde figuras muy delgadas a figuras muy robustas, así fueron surgiendo otros test como el *Body Image Assessment* para hombres y mujeres en el año 2000, que es una adaptación del test de 1986 y donde se incorporan 9 figuras masculinas (Figura 13).

En 2007 es creado *el Body Size Guides* (BSGs), que es un cuestionario con figuras que van desde el bajo peso a la obesidad de tercer grado, basado en el índice de masa corporal, este consta de 10 fotografías de mujeres y 10 de hombres, en los que se determina que cuerpos son percibidos como sanos; cuáles de bajo peso, cuáles aceptables; con sobrepeso y obesos; y también se pide identificar la figura que más representa a los miembros de la familia y amigos (Figura 14). Ya para el año 2009 el test de *Body Image Assessment Scale-Body Dimensions* (BIAS-BD) (ver figura 15) se basa en elegir entre 17 figuras femeninas y masculinas una serie de pesos corporales que van desde el 60% debajo del peso promedio hasta el 140% encima (Cuervo, Cachón, Zagalaz, & González, 2017).

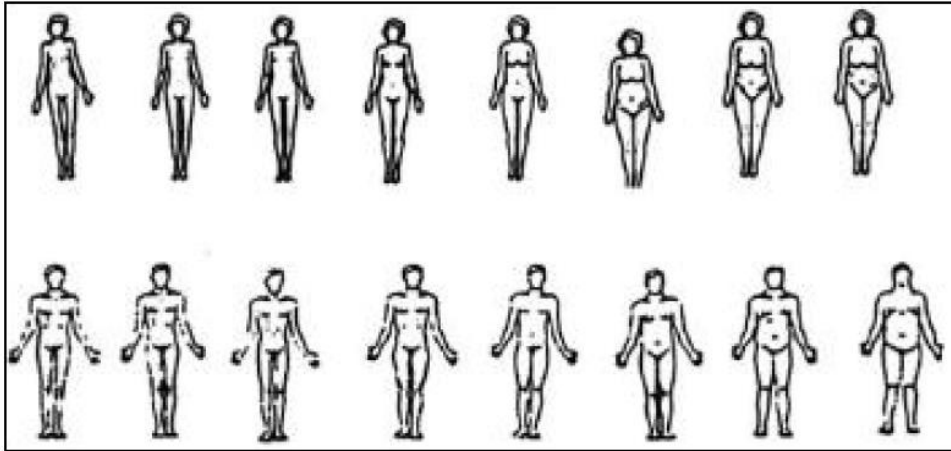
Como se puede apreciar en las figuras 11, 12, 13, 14 y 15 que se presentan a partir de la página 131, los test perceptivos de figuras cambian sus formatos, en ocasiones se agregan más figuras, en otras se quitan, se pone más detalles en las figuras (cabello, rostro, se cambia la postura de las siluetas, se les pone ropa, se agregan imágenes de

personas reales retocadas digitalmente); incluso al realizar éstos métodos analógicos usan herramientas que permitan a la persona hacer una estimación de su cuerpo, de modo que las discrepancias entre la estimación realizada por el sujeto y las medidas reales obtenidas por medio de un calibrador, permiten calcular el índice de precisión perceptiva del tamaño (IPP), el cual se calcularía de la siguiente manera:

$$\text{IPP} = (\text{estimación cm} / \text{medida real cm}) \times 100$$

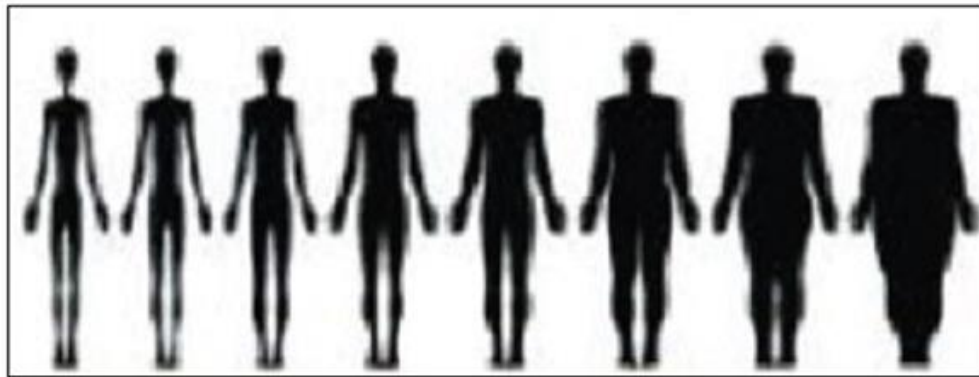
Estos métodos al igual que otros intentan evaluar la diferencia de la percepción del sujeto en comparación con las medidas reales y medibles del cuerpo, pero la misma variedad que existe en los mismos y los innumerables cambios que se han dado, lo que permite entender la dificultad de evaluar un concepto tan complejo y de crear un instrumento lo suficientemente eficiente como para ser usado por la mayoría de la población, además como se ha mencionado anteriormente en esta categoría, el aspecto perceptivo es solo una parte de la imagen corporal y también se tendrían que evaluar la cognición y las conductas relacionadas con los trastorno de la Imagen corporal (Raich, 2001).

Figura 11. Siluetas corporales adultos Stunkard, Sorenson, Schlusinger (1983)



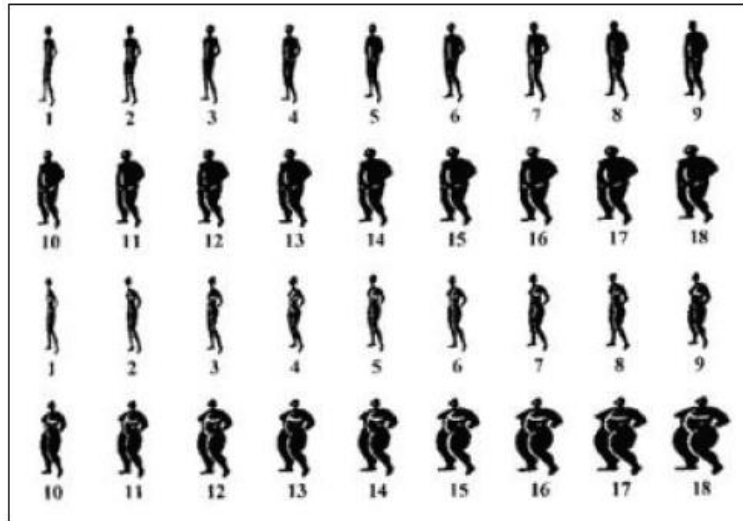
Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). *Cómo me veo: estudio deacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister, 29(1), p.33.*

Figura 12. Siluetas corporales de adultos de Bell, Kirkpatrick y Rinn (1986)



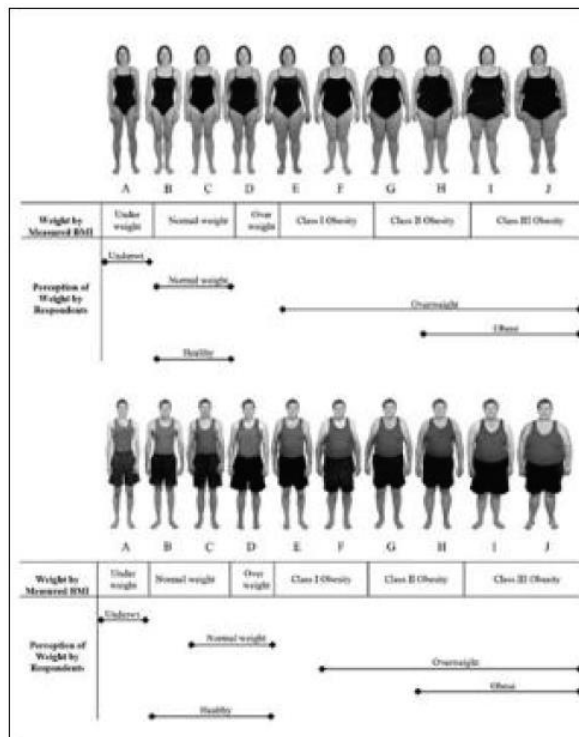
Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). *Cómo me veo: estudio diacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister, 29(1), p.33.*

Figura 13. Siluetas Body Image Assessment hombres-mujeres (2000)



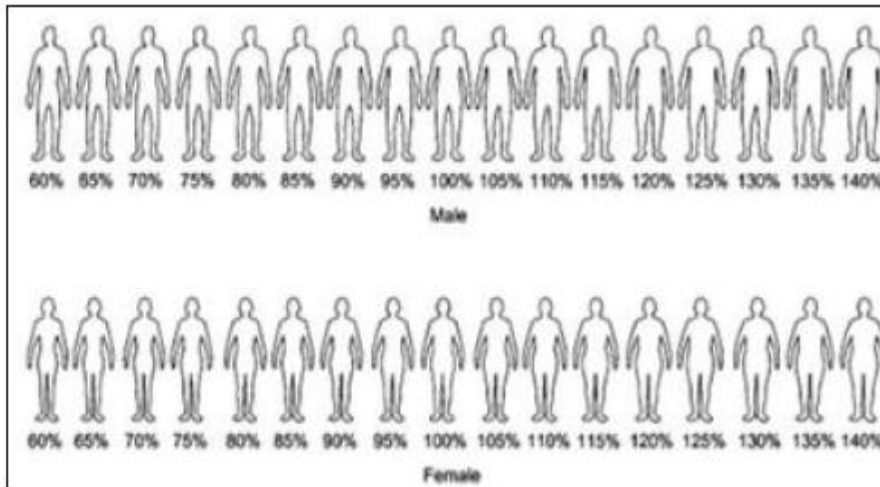
Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). *Cómo me veo: estudio deacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister, 29 (1), p.33.*

Figura 14. Figuras de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell (2007)



Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). *Cómo me veo: estudio deacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister, 29(1), p.35.*

Figura 15. *The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD)*



Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). *Cómo me veo: estudio deacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. Magister, 29(1), p.35.*

Factores de riesgo y protección.

Si bien existen muchas técnicas e instrumentos para evaluar la imagen corporal, también existen criterios diagnósticos que aportan información de interés que facilita el trabajo de los profesionales de la salud, estos criterios son los factores de riesgo y protección, que permiten saber de aquellas características de la persona que permiten predecir si tiene una mayor o menor probabilidad de presentar trastornos de la imagen corporal, por ello se mencionaran los principales factores que fueron hallados en la literatura.

En concordancia con lo anterior, se comienza por definir estos factores, según Clayton (referenciado por Pedrosa 2009, p. 1) “un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno”

p.1), siendo estas características las que facilitan predecir el desarrollo de una conducta en la que la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad con respecto a un comportamiento determinado; los factores protectores son, por el contrario, los atributos que tiene una persona individualmente, las condiciones situacionales, el contexto o ambiente que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento que es considerado como anormal (Clayton referenciado por Pedrosa, 2009).

Factores de riesgo. Son numerosos los factores de riesgo que afectan la configuración de la imagen corporal y que por ende producen trastornos de la misma, si bien ya se han mencionado en las categorías uno y dos, se nombrarán en éste apartado desde los macros a los individuales, pues han de ser tenidos en cuenta, y se hacen necesario para una evaluación y posterior análisis de la configuración de la imagen corporal y los trastornos asociados a ella. El primero es la cultura, en la que existen unas normas que no son propiamente escritas y se convierten en algo valorado que se refuerza, de modo que los estímulos sociales configuran la manera en que las personas perciben su entorno y su cuerpo (Balçetis & Lassieter referenciados por González & Acuña, 2016)²⁴, además en estudios se demostró que la percepción de ilusiones ópticas es diferente en personas occidentales y no occidentales, ya que en los últimos no son susceptibles a las ilusiones, llegando a la conclusión de que los estímulos visuales están determinados culturalmente (Sagall, Campbell, & Herskovits, 1996). Así las normas sociales de occidente promueven los cuerpos delgados, mientras que en algunas culturas

²⁴ Los textos referenciados en el presente párrafo han sido traducidos del inglés al español por la autora del presente trabajo.

afroamericanas favorecen los cuerpos obesos, lo que muestra que las personas independientemente de su edad, sexo y nivel educativo, están en constante exposición a las demandas sociales que influyen en la capacidad de notar diferencias pequeñas entre tamaños de cuerpos (González & Acuña, 2016).

Una de las formas más comunes en la que la sociedad transmite los modelos de perfección corporal, es a través de los medios de comunicación y la publicidad, que incentivan la imitación y adopción de actitudes de individuos que representan figuras de respeto por un lado (Lieberman et al., 2016) y por el otro invisibilizan o marginan algunos tipos de individuos, como el caso de las mujeres gordas que casi no se presentan en los medios (Energici, Acosta, Huaiquimilla, & Bórquez, 2016). Esta marginación en los medios de cierto fenotipo de mujeres, tiende a cosificar el cuerpo de las mujeres y utilizarlo como un estímulo erótico para el público masculino (Monferrer, 2010). Es así, que los ideales y canones que son impartidos por los medios son interiorizados por mujeres, adolescentes y personas con obesidad, implicando un gran riesgo de alteraciones de la imagen corporal (Vaquero et al. , 2013).

Los medios de comunicación masivos, son representados principalmente por el internet y redes sociales, que gracias a la gran difusión que tienen logran impartir conductas que son vistas como favorables por considerarse sinónimo de belleza, atractivo, inteligencia salud y éxito, afectando a quienes son más vulnerables a las presiones externas socioculturales, es así que por ejemplo el uso

de internet produce un aumento tanto en hombres como en mujeres de la insatisfacción corporal (Cortez et al. , 2016).²⁵

Es un hecho que la sociedad y los medios de comunicación tienen un papel crucial en la estructuración de una imagen corporal positiva o negativa, pues en la familia desde pequeños se adquieren comportamientos y pensamientos que son despectivos sobre el cuerpo, tal es el caso de la preocupación por el peso y la apariencia física que provienen en muchas ocasiones del entorno cercano, que es una subcultura en la que se nutre la persona de ideas o creencias sobre el cuerpo que lo llevan a tener comportamientos perjudiciales, un ejemplo de ello son las madres que presionan a sus hijos a ser delgados y adoptar costumbres alimenticias patológicas (Francisco, Alarcão, & Narciso, 2012).

Contrariamente, se demostró en una investigación en Chile que la percepción de las madres en relación a la nutrición de sus hijos con obesidad es distorsionada, viendo a sus hijos normales o con poco sobrepeso (Nuño et al. , 2016). Los modelos sociales son replicados por los niños, quienes al tener sobrepeso tienen una imagen corporal negativa que se ve empeorada en la interacción social con los pares, pues reciben las burlas de sus compañeros de escuela y son rechazados por quienes tienen las normas sociales internalizadas, afectando el ajuste social, el autoestima y la conformación de la imagen corporal (Delgado et al. , 2017).

²⁵ La última cita ha sido traducida del inglés por la autora del presente texto.

En oposición a lo que se dice en el párrafo anterior, se presentan factores de riesgo que no son generales o sociales, sino particulares, uno de ellos es la forma del cuerpo, que en la sociedad occidental como se ha dicho antes es considerado como algo que no se debe mostrar cuando es gordo, pues se debe ocultar con ropa y aunque no existe un consenso las personas con sobrepeso utilizan ropas holgadas para no destacar la figura, pues es falta de pudor o una vergüenza. Este tipo de violencia indirecta hace que las personas vean la gordura como deshonra y sea más difícil para una mujer con sobrepeso conseguir pareja, sin embargo, la gordura no es juzgada igual para hombres y mujeres, pues paradójicamente, a la mujer por el rol de cuidadora socialmente se le permite estar gorda, siendo la norma menos estricta en el matrimonio y la maternidad, pero si es condenada en mujeres jóvenes y solteras (Energici et al. , 2016).

Contrariamente, para los hombres en la sociedad existen ideales estéticos difundidos sobre la imagen, los cuales se relacionan con el incremento de los músculos, una estatura mayor al promedio y también se presenta una valoración social positiva el tener piel, ojos y cabello de color claro, que es un patrón dominante en latinoamerica debido a los prejuicios y la discriminación étnica (Van Dijk, 2003).

Además, existen algunas características personales que afectan la imagen corporal, pues, a pesar de que todos nacen inmersos en una cultura, no todos son afectados por ella del mismo modo o magnitud, habiendo personas que no se perturban por la presión social, ni por burlas relacionadas con algún defecto de

nacimiento, mientras que otras personas son afectadas ampliamente (Argüello & Romero, 2012).

Es por lo anterior que algunas circunstancias biológicas con las que se nace, en ocasiones afectan a las personas cuando se enfrentan a enfermedades en las que tienen que adaptarse a pérdidas o cambios físicos importantes que alteran la imagen corporal, es el caso de las personas que padecen cáncer y principalmente las mujeres que reciben quimioterapia, pues al recibirla entran en la menopausia y no solo deben afrontar el hecho de no poder tener hijos, aunque no deseen tenerlos, sino el significado de la pérdida de su femineidad, además los cambios que sufre debido a el tratamiento como la pérdida del cabello, lo cual suele ser muy traumático y afectar considerablemente la imagen corporal negativamente, la sexualidad y la autoestima (Avis, Crawford, & Manuel, 2004).

Por añadidura, el pecho de la mujer está relacionado en la cultura con el atractivo físico y la sexualidad, siendo una parte del cuerpo muy valorada por su contenido sexual y erótico, además el seno se relaciona con la maternidad y la lactancia lo que supone para muchas mujeres renunciar a sus deseos de tener hijos y afrontar los cambios físicos en una sociedad en la que la imagen física es una parte importante de la valoración social y un componente primordial de la identidad (Sebastián, Bueno, & Mateos, 2002).

Otro factor a considerar son los cambios fisiológicos que se presentan durante el desarrollo, principalmente durante la etapa adolescente, ya que éste periodo de tiempo es en el que el cuerpo tienen más cambios físicos. Los principales trastornos que se presentan en ésta época son relacionados con la

alimentación, pues generalmente la cultura transmite el mensaje de que son y serán juzgados y valorados por su cuerpo, así, tanto hombres como mujeres son animados a buscar que sus cuerpos coincidan con estereotipos aunque sea casi inalcanzables, además los cambios de la adolescencia producen preocupación al considerarse grotescos, en los cuales se encogordan o son una prueba feaciente de que se convierten en mayores y dichos cambios llaman la atención de otras personas, las cuales hacen comentarios que afectan la manera como la persona se percibe, y dependiendo de la autoestima que se tenga, pueden ser ignorados o causar insatisfacción corporal y rechazo por la nueva forma corporal (Argüello & Romero, 2012).

Si bien la mayoría de los textos hacen mención a la etapa de la adolescencia, poco se habla de otros estadios del desarrollo, pero, también se menciona en la literatura que la edad y los cambios de la misma afectan directa y negativamente la imagen corporal, pues a mayor edad mayor insatisfacción con el cuerpo y más conductas alimenticias anormales (Amaya, Alvarez, & Mancilla, , 2010).

Por otro lado, cuando se presentan lesiones, éstas no son propiamente un enfermedad pueden provocar insatisfacción corporal, teniendo mayor carga emocional la cabeza y el cuello por ser una parte muy visible para la interacción social, la comunicación y la expresión emocional. Estas afectaciones en el rostro suponen un cambio que afecta directamente su identidad y autoestima, que puede empeorar si a la lesión se le suma pérdida de una función corporal como el habla o la deglución (Argüello & Romero, 2012).

Existen otras enfermedades que tienen relación con la configuración o con las psicopatologías de la imagen corporal, al estar una persona enferma y medicarse, se modula la relación entre la satisfacción con la propia imagen, así pues la depresión y el pesimismo, no solo afectan la imagen corporal sino la calidad de vida de quien la padece (Gaviria et al, 2007). Se ha demostrado que entre mayor depresión menor bienestar físico y poca satisfacción con la imagen corporal (Londoño & Velasco, 2015).

Otros aspectos que afectan al individuo es la cognición, es decir, las ideas y pensamientos que tenga de sí mismo (Argüello & Romero, 2012). Al tener distorsiones cognitivas respecto de la imagen corporal (como se mencionó en la categoría anterior con las distorsiones cognitivas o errores cognitivos de la página 99), las personas muestran una preocupación exagerada por defectos físicos que son muy leves, invisibles a los demás, imaginarios e incluso delirantes, lo que crea ideas exageradas sobre las creencias individuales, que surgen por sentimientos en torno a defectos auto percibidos que afectan el pensamiento racional (Behar et al. , 2016).

Cash afirma que ha identificado los esquemas asociados a la imagen corporal en personas insatisfechas con la misma así:

La gente atractiva lo tiene todo. - La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar. - La apariencia física es signo de cómo soy interiormente. - Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría. - Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional. - Mi apariencia es

responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida. - Debería saber siempre cómo parecer atractivo.- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola (1991, p.5).

En una evaluación temprana realizada por especialistas, el detectar estas distorsiones cognitivas a tiempo, no solo reduciría los riesgos de trastornos en la imagen corporal, al hablar de dichos pensamientos y contrastarlos adecuadamente con la realidad, sino que permitiría estudiar y comprender mejor como surgen para crear programas eficaces de prevención en la población más vulnerable.

Finalmente, se menciona en la literatura que la mayoría de las personas que tienen una pobre imagen corporal está asociada a una baja autoestima, es decir, sentirse una persona poco adecuada, no autovalorada. Es así que, los estudios confirman que un tercio de la de la autoestima hace referencia a lo positivo o negativo que sea la autoimagen. Si a la persona no le gusta su cuerpo, difícilmente le gustara la persona que lo habita. Es así que la persona comienza a generalizar y deja de apreciar otras cualidades que posee como inteligencia o destreza, que pueden pensarse separadas del aprecio o valoración del cuerpo principalmente en mujeres, que subordinan otras cualidades al atractivo físico. La insatisfacción también se relaciona con la identidad de género, que supone sentimientos de inconformidad al no poseer las cualidades que debe tener por pertenecer a un género u otro disminuyendo su auto aceptación (Raich., 2004).

Contrariamente, las personas con una fuerte autoestima sienten seguridad en sí mismos, que son amadas, con la capacidad y esperanza que una persona con baja autoestima difícilmente podrían tener (Argüello & Romero, 2012).

Factores de protección. Al momento de realizar la lectura de los factores de riesgo y sabiendo que son características internas o externas al individuo que lo predisponen en éste caso a tener alteraciones en la imagen corporal, se podría pensar que los factores protectores serían esos elementos contrarios a los factores de riesgo, pero la literatura muestra muchos factores de riesgo en comparación con los factores protectores como se verá a continuación.

El principal factor de protección que se encuentra en la literatura es la actividad física, de la cual se dice que produce efectos en el desarrollo personal, permite un mejor conocimiento de sí mismo, ser conciente del propio cuerpo y ayudar en el equilibrio psíquico (Rodríguez et al, 2015).

En los resultados de una investigación realizada en en España a 1012 adolescentes en el año 2015, se encontró que aquellos que empleaban más tiempo en el transcurso del día al desplazamiento activo, es decir, en éste estudio a dirigirse al centro educativo mediante algún tipo de transporte que signifique un gasto energético como ir en bicicleta o caminar, presentaban niveles más elevados de felicidad subjetiva, bienestar y una menos angustia psicológica²⁶ (el autor no especifica que es angustia psicológica) sin tener en cuenta el sexo o el índice de masa corporal (Ruiz et al. , 2015).

También otro estudio realizado con escolares encontró que quienes tenían actividad física de tres a cuatro veces a la semana, tenían menos riesco

²⁶ La angustia psicológica es definida como: “Sensaciones difíciles de ansiedad o depresión en respuesta a una demanda física, espiritual o emocional – o una combinación de demandas múltiples – que resulta en un daño temporal o permanente.” (Associación, 2011) información recuperada de <file:///C:/Users/clami/Downloads/psychological-distress-spn.pdf>

cardiometabólico, menor preocupación por lo imagen corporal, mayor rendimiento físico y puntajes más altos de autoestima (Delgado et al. , 2017). Al consultar otras investigaciones, Ponseti (citado por López, Díaz, & Smith, 2018) realizó un estudio con una muestra de 400 estudiantes entre los 12 y 17 años que practicaban deporte minimamente una vez por semana y se determinó que tenían mejores percepciones tanto del autoconcepto general como físico, teniendo una correlación significativamente positiva con el estado de salud y la imagen corporal percibida.

Como se ha podido observar en las investigaciones anteriores, la actividad física es favorable para la imagen corporal, además de la salud física y mental, pero según otros autores el ejercicio y la actividad física son conductas y comportamientos que en poblaciones en vía de desarrollo y desarrolladas no logran cumplir los estándares mínimos necesarios para reducir los riesgos de desarrollar una amplia cantidad de enfermedades tanto físicas como mentales (Buckworth, 2002).

Por tanto, lo anterior lleva a varias preguntas que no se responde en los textos encontrados ¿Cuánto tiempo se debe hacer ejercicio?, ¿qué sería un ejercicio físico adecuado? y ¿cuáles son los estándares mínimos necesarios para tener una buena imagen corporal? Lo que si se dice es que el exceso de ejercicio físico unido a los desórdenes de alimentación se relacionan con una imagen corporal negativa. Además el impacto que produce el ejercicio en un constructo como el de la imagen corporal, es algo que no se puede constatar en el momento,

pues hacen falta más investigaciones para sustentar los cambios neurológicos, genéticos y psicológicos que produce (Moncada, 2010).

Otras actividades físicas como la danza, en las que juega un papel importante la imagen corporal, puede emitir un mensaje a los estudiantes que genere conciencia y les haga ver que no es necesario estar delgados para bailar y permitiría construir un autoconcepto adecuado y resistente a presiones de la familia, los medios de comunicación y la sociedad que influyen a la hora de tomar la decisión de perder peso u obtener el cuerpo perfecto (Dosil & Díaz, 2002).

Igualmente en la literatura se menciona la educación como un factor protector, pues es la manera más adecuada en que se construye la personalidad y se desarrollan las capacidades, se conforma la identidad y la comprensión de la realidad, integrando la cognición, la afectividad y la axiología (Fil. “Teoría de los valores” Real academia de la lengua Española, 2019). Es por medio de la educación que la sociedad transmite y se renueva no solo la cultura, el cúmulo de conocimiento, sino también los valores que la componen (Rodríguez, Estévez, & Palomares, 2015).

Es así que las características personales y la interacción con otros es lo que sostiene la internalización de los modelos de belleza idealizados y promocionados por los medios de comunicación (Clark & Tiggemann), es por ello que la alfabetización en el adecuado uso de los medios de comunicación reduciría el impacto sobre la imagen corporal (McLean, Paxton, & Wertheim, 2013), lo que permite cuestionar la visión de la imagen corporal que no representa la realidad y crear un grado de conciencia de los

esteriotipos que se han impuesto, de modo que se pueda reducir el deseo de seguir dichos modelos (Cortez et al. , 2016).

Como parte de la educación y entendiendo la importancia del autoestima en la configuración de una ajustada imagen corporal, se hace necesario que se imparta educación emocional que ayude a prevenir trastornos con la alimentación y la imagen corporal (Requena, Martín, & Lago, 2015).

Como se ha visto en la literatura expuesta del presente trabajo, los hombres tienen una menor preocupación por su apariencia, lo que significa un factor de protección que evitaría desarrollar trastornos de la imagen corporal, como pueden ser los trastornos de conducta alimentaria (Tiggemann & Slevic, 2012).

Confirmando lo anterior, en una investigación sobre la imagen corporal se encontró que las mujeres adultas (el autor no especifica un rango de edad) en condiciones biosociales privilegiadas son escasas, es por ello que la mayoría se preocupan poco por su propia imagen, ya que se encuentran ocupadas en satisfacer sus necesidades básicas, familiares, económicas y laborales, dejando poco tiempo para las emociones y sentimientos que tienen relación con la propia imagen (Elizalde, Martí, & Martínez, 2006).

También el uso de la tecnología y más puntualmente el uso de las videoconsolas, es decir los exergames o videojuegos en los que se incluye actividad física para jugarlos, se mostró que nueve de cada diez escolares disfruta éste tipo de dispositivos, lo que mejoraría la experiencia en las aulas de educación

física, disminuyendo los índices de obesidad y mejorando la imagen corporal (Cantó & García-López, 2011).

Los manuales diagnósticos

Por otra parte, existen herramientas que se basan en un modelo comprensivo sobre lo sano, lo normal, lo enfermo y lo anormal, que como en el manuales diagnósticos DSM, usan el modelo médico para realizar sus diagnósticos de la manera más eficiente y acertada posible en lo relacionado con las psicopatologías. Su objetivo es ayudar a profesionales de la salud con el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, para ello aporta a la codificación, clasificación, y diagnóstico, ya que ofrecen al clínico una práctica guía de referencia, conteniendo los trastornos enlistados, los subtipos, especificadores y sus respectivos códigos, para lo que se emplean los criterios diagnósticos (DSM-5™, 2014)

El diagnóstico es el punto concéntrico en la atención al paciente, con él se pone nombre al malestar del paciente, sin embargo, la diagnosis se ha complicado por la aparición de criterios diagnósticos, así como el aumento de investigaciones epidemiológicas en poblaciones y grupos con la intención de aplicar sus resultados a todos los enfermos principalmente desde el modelo médico. Sumado a ello la influencia del positivismo, que lleva a los profesionales de la salud a indagar sobre la existencia de síntomas y signos patognomónicos, este último término se define como:” un síntoma: que caracteriza y define una determinada

enfermedad" (Real academia de la lengua Española, 2019, definición 1), tendientes a hacer diagnósticos con certeza y probar una hipótesis que de lugar a las evidencias que ratifiquen o apoyen el presunto diagnóstico, adicional a ello la pretendida intención de unificar el lenguaje y la taxonomía del personal de salud, es allí que surgen los criterios diagnósticos de las enfermedades, es así que, los síntomas, los signos clínicos y los descubrimientos paraclínicos o pruebas de apoyo que se incluyen a la hora de realizar el diagnóstico contribuyen a la toma de decisiones y la evaluación de los resultados por parte del profesional (Olimpus, s.f.), los criterios no son específicos y se pueden observar en distintas afecciones, por lo que resulta de gran utilidad que sean analizados en su conjunto, ya que, los criterios no son dogmas, ni constituyen una fórmula matemática rígida en el diagnóstico, por encima de ellos está la experticia y el buen juicio clínico que tenga quien examina (Brito, 2009).

Un dato muy importante es que los criterios diagnósticos cambian constantemente, cuando surgen nuevos conocimientos o se mejoran las técnicas o herramientas auxiliares, también pueden variar según el contexto en el que son empleados. En el caso de los manuales diagnósticos, por ejemplo el DSM, los criterios para realizar el diagnóstico se basan en datos cuantitativos más concretos, pero susceptibles a cambios, además la dicotomía entre lo normal y lo patológico es artificial, al igual que los conceptos de salud/enfermedad en el ser humano, que, al presentar variaciones puede estar en ocasiones catalogada como sana y otras como enfermo, lo que significa una gran implicación ética por parte de los profesionales de la salud mental al rotular pacientes con un diagnóstico

equivocado, bien sea por exceso o por defecto, por ello la insistencia en apoyarse en manuales y herramientas para una mejor evaluación y diagnóstico (Brito, 2009).

En la actualidad existen publicaciones como el DSM, el CIE Y EL OPD como guías de consulta de criterios diagnósticos que para la evaluación de los trastornos de la imagen corporal se refiere a el trastorno dismórfico corporal en la clasificación DSM con el código 300.7 que está incluida en la clasificación de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (DSM-5™, 2014). De modo que en los sistemas de salud se puede incluir solo el código numérico y de ésta forma otros profesionales de la salud saben que cumplen los criterios de dicho manual.

Los criterios diagnósticos para el trastorno dismórfico corporal en el DSM 5 son los siguientes:

- A.** Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B.** En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
- C.** La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

Especificar si: Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia. Especificar si: Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas (DSM-5™, 2014, p. 148).

Criterios diagnósticos en el DSM 5 para los trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos son los siguientes. Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos 307.59 (F50.8)

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas

de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado DSM-5™, 2014, p. 190).

Los criterios diagnósticos en el DSM 5 para la anorexia nerviosa son los siguientes.

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe

presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. (F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC límites sig

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Los criterios diagnósticos para la Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2) en el DSM 5 son los siguientes:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. (DSM-5™, 2014, p. 148).

La clasificación y criterios diagnósticos que se presentan en éste manual se puede emplear de manera muy práctica como una guía para el diagnóstico, pero se debe tener en cuenta que no son absolutos, un ejemplo de ello es el criterio A del trastorno dismórfico en el que se dice que “Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas” (DSM-5™, 2014), si se tiene en consideración que esto es muy común y más debido a las influencias sociales que son constantemente impartidas en los medios de

comunicación como lo vimos en la categoría anterior, en este sentido el criterio diagnóstico A no sería tan fácilmente considerado como criterio diagnóstico de una psicopatología, sino un comportamiento generalizado de inconformidad debido a los patrones de belleza que imperan en la sociedad.

Otro de los manuales más usados para evaluación de trastornos de la imagen corporal es la clasificación internacional de las enfermedades (CIE), que en su versión décima incluye los trastornos hipocondríacos aquellas preocupaciones que se centran en el cuerpo y el aspecto físico con los siguientes criterios diagnósticos:

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas somáticas o preocupación por su aspecto físico. Las sensaciones y aspectos normales y habituales son interpretados a menudo por el paciente como anormales y perturbadores, y la atención suele estar centrada sólo en torno a uno o dos órganos o sistemas corporales. Con frecuencia hay síntomas depresivos y ansiosos que pueden justificar un diagnóstico adicional.

Trastorno dismórfico corporal

Dismorfofobia (no delirante)

Neurosis hipocondríaca

Hipocondriasis

Nosofobia

Excluye: Dismorfofobia delirante (F22.8)

Ideas delirantes fijas sobre funciones y forma corporales (F22.-)

A. Debe estar presente alguno de los siguientes:

1. Creencia persistente, de al menos seis meses de duración, de tener un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las cuales, al menos una debe ser nombrada específicamente por el paciente).

2. Preocupación persistente por una presunta deformidad o desfiguración (trastorno dismórfico corporal).

B. La preocupación por ese convencimiento y por los síntomas ocasiona un malestar persistente o una interferencia en el funcionamiento personal en la vida diaria, y conduce al paciente a buscar tratamientos médicos o pruebas diagnósticas (o ayuda equivalente en los curanderos locales).

C. Rechazo continuado de aceptar el reaseguramiento de los médicos de que no hay una causa orgánica de los síntomas o de la deformidad física. (La aceptación a corto plazo de tales aclaraciones, es decir, por pocas semanas durante o inmediatamente después de los chequeos, no excluye este diagnóstico.)

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los síntomas no se producen sólo durante algún trastorno esquizofrénico o relacionado (F20-F29, en particular F22), o algún trastorno del humor (afectivo) (F30-F39). (CIE 10, 2000, p. 151).

En éste manual del CIE 10 también presentan lo que en el DSM 5 se muestra como trastornos de la conducta alimentaria, pero en éste caso están enfocados a comportamientos de disfunciones fisiológicas y factores somáticos en los que se incluye la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ofreciendo unos criterios diagnósticos distintos, de la siguiente manera:

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F50 Trastornos de la conducta alimentaria

Excluye: Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0).

Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).

Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.3).

Polifagia (R63.2)

F50.0 Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas intrusivas, y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo. Suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinas y metabólicas secundarios de la función corporal. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos.

Excluye: Pérdida de apetito (R63.0).

Pérdida de apetito psicógena (F50.8).

A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.

B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de "alimentos que engordan".

C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisisgonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombre por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es ". La persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas.

E. El trastorno no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa (F50.2).

Nota diagnóstica

Las siguientes características apoyan el diagnóstico, pero no son elementos esenciales: vómitos autoinducidos, purgas intestinales autoinducidas, ejercicio físico excesivo o consumo de anorexígenos y/o diuréticos. Si el inicio es prepuberal, se retrasa o incluso se detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (se detiene el crecimiento, en las chicas no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria, en

los chicos los genitales permanecen infantiles). Con la remisión del trastorno suele completarse la pubertad de forma normal, pero la menarquia es tardía.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica

Trastornos que cumplen con algunas de las características de la anorexia nerviosa, pero cuyo cuadro clínico completo no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas clave, tal como amenorrea o un pavor marcado a estar gordo, pueden faltar en la presencia de una pérdida de peso marcada y conductas de adelgazamiento. Este diagnóstico no debe hacerse si está presente algún trastorno orgánico conocido que se asocie a pérdida de peso.

Nota diagnóstica

Se recomienda a los investigadores que estudien las formas atípicas de anorexia nerviosa, que tomen sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben cumplirse.

Los criterios diagnósticos que presenta el CIE 10 para la bulimia nerviosa con el código F50.2 son los siguientes:

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones seguidos de vómitos o uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporales. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes

de un episodio temprano de anorexia nerviosa, con un intervalo comprendido entre pocos meses y varios años.

Bulimia sin especificación.

Hiperorexia nerviosa.

Presencia de episodios repetidos de sobreingesta (al menos dos por semana en un período de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo.

Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).

El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:

1. Vómitos autoinducidos.

Purgas autoinducidas.

Períodos de ayuno alternantes.

Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.

Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso).

F50.3 Bulimia nerviosa atípica

Trastornos que siguen algunas de las características de la bulimia nerviosa, pero en los cuales el cuadro clínico global no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, puede haber episodios repetidos de ingesta excesiva y uso de purgantes sin un cambio significativo de peso, o puede estar ausente la típica preocupación excesiva por la figura corporal y el peso.

Nota diagnóstica

Se recomienda a los investigadores que estudien las formas atípicas de bulimia nerviosa, tales como aquellas que cursan con un peso corporal normal o excesivo, que tomen sus propias decisiones sobre el número y tipo de criterios que deben cumplirse (CIE 10, 2000).

Los criterios en el CIE 10 son sucintos al no especificar como en el DSM los subtipos como en el caso de la anorexia que especifican el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/ purgativo, además los criterios del CIE 10 se enfocan más en ser fisiológicos y comportamentales descriptivos, lo que puede afectar la evaluación del profesional, mientras que en el manual del DSM 5 presenta los hallazgos de laboratorio, que en el caso de la anorexia dicen las posibles complicaciones orgánicas en las que pueden incurrir las personas que recurren al vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos pueden llevar a padecer una anemia leve o niveles altos de urea en la sangre, entre otros. Este manual también refiere los síntomas dependientes de la edad, cultura y sexo pues afecta en mayor proporción en las sociedades industriales a las mujeres principalmente en la adolescencia; también se muestra la prevalencia (“ En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio”

(RAE, 2019)); el curso, que es una sección que describe los patrones típicos en los que se presenta y evoluciona el trastorno a lo largo del tiempo, es decir, el inicio y modo de inicio ya sea súbito o insidioso (insidioso, “Dicho de un padecimiento o de una enfermedad: Que, bajo una apariencia benigna, oculta gravedad suma (RAE, 2019).” ; y el patrón familiar, describiendo los datos de la frecuencia del trastorno entre parientes biológicos de primer grado en comparación con la frecuencia en la población general (DSM-5™, 2014).

Finalmente se muestra otro manual diagnóstico que plantea una operacionalización de los constructos psicodinámicos en el cual, a diferencia de los dos anteriores, no solo ofrece criterios diagnósticos, si no que estos son explicativos y abarcan temáticas que los otros manuales diagnósticos no, como se verá a continuación. Este manual es elaborado en cinco ejes así: el I vivencias de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento; el eje II, el relacional; el III del conflicto; el IV es el estructural; el V los trastornos psíquicos y psicosomáticos según el capítulo V (F) del CIE-10. De modo que estos ejes están diseñados no solo para el diagnóstico, sino también para la conceptualización, búsqueda de recursos personales y planificación terapéutica (OPD-2, 2008).

El modelo de Diagnóstico psicodinámico Operacionalizado en su segunda versión (OPD-2), en el apartado 13.4 describe la vivencia del cuerpo en relación con la estructura mental, indicando que la vivencia del cuerpo es subjetiva (ser un cuerpo) y también implica las experiencias concretas con el cuerpo, lo que llama una corporalidad objetiva (tener un cuerpo), indicando que no es una construcción solipsista (“Forma radical de subjetivismo según la cual solo existe aquello de lo

que es consciente el propio yo” , Real academia de la lengua Española, 2019), sino que se desarrolla a partir de las experiencias tempranas e interacciones interpersonales. Es así pues que, el manual se vale de la lista de la imagen corporal de Körperbild-Liste» (KB-L) que usa el eje estructura como punto de partida para describir la vivencia del cuerpo como self y como dimensión relacional creando las ocho principales dimensiones de la percepción del self corporal como se verá en la siguiente figura (figura 16) (OPD-2, 2008).

Figura 16. La lista de la imagen corporal (Körperbild-Liste, KB-L)

Percepción del <i>self</i> corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autoimagen corporal. ■ Identidad corporal. ■ Investidura afectiva de la corporalidad. 	<p>Capacidad de construir, sentir e integrar un <i>self</i> corporal dinámico.</p> <p>Capacidad de sostener a través de un mayor período de tiempo una representación de un todo corporal.</p> <p>Capacidad de vivenciarse afectivamente a sí mismo en su corporalidad y asignar los afectos a la vivencia corporal.</p>
Percepción del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consideración del objeto en su corporalidad. ■ Diferenciación de la imagen corporal de la del objeto. ■ Percepción realista del objeto en su corporalidad. 	<p>Capacidad de respetar la integridad psicosomática del interlocutor.</p> <p>Capacidad de vivenciar la imagen corporal en forma separada del objeto o también de fusionarla con el objeto.</p> <p>Capacidad de alcanzar una percepción realista del objeto y de mantenerla.</p>
Autorregulación del <i>self</i> corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regulación de las pulsiones y capacidad de acción. ■ Tolerancia de afectos relativos al cuerpo. ■ Regulación de la autoestima en relación con el propio cuerpo. 	<p>Capacidad de traducir deseos y metas en conductas corporales en forma socialmente adecuada.</p> <p>Capacidad de elaborar afectos relativos al cuerpo, de integrarlos y de soportarlos.</p> <p>Capacidad de aceptar al propio cuerpo.</p>
Regulación de la relación con la corporalidad del objeto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proteger la relación corporal con el objeto. ■ Mantener las propias necesidades corporales, cuidando los intereses corporales del otro. ■ Anticipación de cambios corporales. 	<p>Capacidad de mantener estabilidad en la relación corporal con el otro.</p> <p>Capacidad de reconocer las propias necesidades corporales y de considerarlas al mismo tiempo que se equilibran los intereses con relación a las necesidades del otro.</p> <p>Capacidad de evaluar las consecuencias de cambios corporales y de poder adaptarse a cambios repentinos de estados corporales.</p>

Körperbild citado por el OPD-2. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder, p. 512.

Continuación de la lista de la imagen corporal (*Körperbild-Liste, KB-L*). .

Comunicación con el interior del cuerpo (cuerpo como objeto)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Generación de afectos hacia el propio cuerpo. ■ Uso de fantasías respecto al propio cuerpo. 	<p>Capacidad de vivenciar afectos hacia el cuerpo y de diferenciarlos.</p> <p>Capacidad de generar fantasías sobre el cuerpo y de utilizarlas creativamente y en forma relevante para la conducta.</p>
Cuerpo como medio de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contacto a través del lenguaje corporal. ■ Comunicación de los propios afectos a través de señales corporales. ■ Empatía con el estado corporal del otro. 	<p>Capacidad de establecer contacto con la ayuda del propio lenguaje corporal y de entender el lenguaje corporal de los otros.</p> <p>Capacidad de utilizar al cuerpo para la comunicación de afectos.</p> <p>Capacidad de empatizar con el estado corporal del otro.</p>
Cuerpo en el marco del vínculo con objetos internos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internalización del manejo con el propio cuerpo. ■ Uso de la internalización relativa al cuerpo. 	<p>Capacidad de disponer en forma estable de representaciones de objeto que provocan bienestar a través de conductas corporales.</p> <p>Tener buenos introyectos que puedan ser utilizados para provocar bienestar corporal.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Flexibilidad de la internalización relativa al cuerpo. 	<p>Capacidad de tener introyectos relativos al cuerpo que sean variados, que se puedan percibir, utilizar y de los que se pueda separar.</p>
Cuerpo en el marco del vínculo con objetos externos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poder establecer contacto corporal afectuoso. ■ Poder recibir y entregar apoyo corporal. ■ Separación con renuncia de procesos destructivos para el cuerpo. 	<p>Capacidad de utilizar experiencias corporales con otros para establecer y mantener el contacto.</p> <p>Capacidad de utilizar el apoyo corporal de otros y también de poder entregarlo.</p> <p>Capacidad de separarse a través de procesos corporales adecuados con la renuncia a procesos corporales destructivos.</p>
Ítems corporales adicionales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forma, logro y flexibilidad de procesos regulatorios corporales al servicio de la defensa. 	<p>Capacidad de incorporar el cuerpo en forma exitosa y flexible a la dinámica de los mecanismos de defensa.</p>

Körperbild citado por el OPD-2. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder, p. 512.

De las categorías de la figura 16 se definen las capacidades estructurales según las dimensiones y subcategorías. Por ello se usa una lista de chequeo que corresponde a la comprensión estructural de la vivencia corporal, cual se presenta a continuación (figura 17) (Küchenhoff et al. citados por el OPD, 2008).

Figura 17. Preguntas dimensiones de la lista de imagen corporal KB-L

Percepción del self corporal	
1.1 Autoimagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tan a gusto se siente en su propio cuerpo? ■ ¿Se siente en su cuerpo como «en su casa»? ■ ¿Cambia a menudo esta sensación de armonía con el propio cuerpo? ■ ¿Cómo ve a su cuerpo?
1.2 Ingestura afectiva de la corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Son agradables para usted las fuertes sensaciones corporales que se tienen luego de llevar a cabo una actividad física? ■ ¿Disfruta, por ejemplo, haciendo actividades deportivas o tomando un baño? ■ ¿Le presta atención a su bienestar corporal o no es muy relevante para usted? ■ ¿Reflexiona frecuentemente sobre sus sensaciones corporales o sobre su estado de salud?
1.3 Identidad corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Tiene la sensación de que puede mantenerse establemente contento o descontento con su cuerpo por varios días, semanas o meses, o puede ser muy cambiante y variada la manera en que se vivencia corporalmente?
1.4 Diferenciación entre la imagen corporal y la del objeto	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tan independiente de otros se vivencia corporalmente; o esto no es un tema que le preocupe? ■ ¿Se siente amenazado por la sensación de que otra persona está demasiado cerca sin que objetivamente lo estén atacando físicamente ni tocando? ■ ¿Conoce momentos en que se sienta corporalmente en armonía con otra persona y en que experimente ser casi uno con ella? ■ ¿Se siente afectado corporalmente usted cuando a otro se le hace un daño físico?
1.5 Percepción del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las personas tienen sensaciones corporales muy variadas, hoy están en un determinado estado, mañana están en otro; se trata de estados que frecuentemente no coinciden entre sí. ¿Cómo reacciona usted frente a estos cambios en los otros, por ejemplo, en su pareja? ■ ¿Tiene temor a estar, literalmente, demasiado cerca de otras personas? ■ ¿Qué tan bien le resulta tratar con las particularidades corporales del otro?
1.6 Percepción realista del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tan bien le resulta evaluar los límites corporales de los otros? ■ ¿Le resulta difícil entender las posibilidades corporales de los niños o de los ancianos?

Continuación preguntas dimensiones de la lista de imagen corporal KB-L

2.1 Regulación de pulsiones y capacidad de acción	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tanta alegría le causa moverse y ser físicamente activo? ■ ¿Qué tan importante es la sexualidad para usted, o qué nivel de importancia tienen para usted los deseos sexuales? ■ ¿Tiene a veces la sensación de que le resulta difícil poder resistirse al placer físico? ■ ¿Le resulta fácil transformar deseos urgentes a una forma apropiada para los demás?
2.2 Tolerancia de afectos relativos al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Imagínese que está muy conmovido emocionalmente. ¿Es natural para usted que el cuerpo acompañe esa sensación o le resulta desagradable que usted u otros perciban que está conmovido? ■ ¿Cómo se siente cuando está muy conmovido emocionalmente y siente que su cuerpo sintoniza y acompaña esa emoción? ■ Cuando se siente físicamente mal, por ejemplo, por motivos médicos o por cambios en su cuerpo, ¿se preocupa mucho o siente inseguridad? ■ ¿Cómo maneja la situación cuando su cuerpo cambia?
2.3 Regulación de la autoestima en relación con el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué tan satisfecho está consigo mismo y con su cuerpo? ■ ¿Siente, a veces, cuando está descontento o duda de sí, el deseo o el impulso de cambiar o de mejorar algo de su propio cuerpo? ¿Juega ese deseo frecuentemente o incluso permanentemente un papel en su vida?
Regulación de la relación con la corporalidad del objeto	
2.4 Proteger la relación corporal con el objeto	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿En momentos de una fuerte discusión tiene la sensación de no poder sentir al otro? ■ ¿Tolera que un amigo lo toque incluso cuando están teniendo una discusión?
2.5 Mantener las propias necesidades corporales, cuidando los intereses corporales del otro	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo se maneja en la relación de pareja cuando ésta tiene otras necesidades físicas que usted? ■ ¿Qué hace con sus necesidades corporales, cuando no pueden ser satisfechas?
2.6 Anticipación de cambios corporales	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo ve su estado corporal en diez o veinte años? ■ ¿Considera en su planificación y decisiones a largo plazo, los efectos que pueden tener para su propia salud? ■ ¿Cuando se siente incómodo o cuando está limitado, puede evaluar adecuadamente los efectos de sus limitaciones? ¿Reflexiona sobre cuál es el efecto de tales limitaciones en su estilo de vida?
El cuerpo como expresión del vínculo con objetos internos	
3.1 Generación de afectos con relación al propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué emociones tiene con relación a su propio cuerpo? ■ ¿Tiene una buena sensación con relación a su cuerpo? ■ ¿Encuentra su cuerpo bonito o feo, o eso no es importante?
3.2 Uso de fantasías sobre el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué piensa sobre su cuerpo? ■ ¿Cuando tiene que tomar una decisión importante, también desempeñan un papel los pensamientos sobre cómo se va a ver afectado su cuerpo? ■ ¿A veces tiene fantasías o sueños sobre aquello que le podría hacer bien a su cuerpo?

Continuación preguntas dimensiones de la lista de imagen corporal KB-L

El cuerpo como medio de comunicación	
3.3 Contacto a través del lenguaje corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Es importante para usted conectarse con los otros corporalmente? ■ Podríamos decir que cuando no nos comunicamos por teléfono o Internet nos encontramos con los otros también en forma corporal. ¿Esa idea le resulta más bien agradable o desagradable? ¿Es este aspecto corporal del encuentro cotidiano algo que usted considera, lo incomoda o no es relevante para usted? ■ Cuando presta atención a las señales que otra persona emite mientras habla, ¿está seguro de la evaluación de gestos y actitudes que hace? ■ ¿Presta atención a las señales corporales de los otros? ¿Le resulta fácil entender las señales corporales de los otros?
3.4 Comunicación de afectos propios a través de señales corporales	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Tiene la impresión de que con su lenguaje corporal puede expresar bien cómo se encuentra o aquello que quiere comunicar? ■ ¿Perciben los otros sus emociones aún cuando usted no las nombre? ■ ¿Le puede dar cuenta a otros de lo que le gustaría?
3.5 Empatía con el estado corporal del otro	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Reflexiona con gusto sobre cómo se sienten otros (su interlocutor) en su propia piel respecto a usted? ■ ¿Le resulta extraño imaginarse la vivencia corporal de su pareja? ■ ¿Percibe sensaciones de otros, como, por ejemplo, dolor físico, casi, incluso, como que le doliera a usted?
El cuerpo en el marco del vínculo con objetos internos	
4.1 Internalización del manejo con el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Tiene a veces la sensación de no querer tener su cuerpo o lo siente como una carga? ■ ¿Se lleva bien consigo mismo? ¿Le resulta fácil o difícil?
4.2 Uso de la internalización relativa al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué críticas le haría a su cuerpo? ■ ¿Tiene la sensación de que su cuerpo le ayuda en situaciones difíciles? ■ ¿Quisiera cambiar su cuerpo? ¿Si es así, qué estaría dispuesto a hacer para cambiarlo?
4.3 Flexibilidad de la internalización relativa al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo reaccionó cuando su cuerpo cambió? ■ ¿Vivencia a su cuerpo a veces de una manera, otras de otra?, ¿es esto problemático para usted? ■ Cuando tiene dolencias físicas, ¿lo mantienen ocupado todo el tiempo o se puede distraer con otra cosa? ■ Cuando se ha propuesto un desafío corporal, ¿puede mantener distancia de él?

Körperbild citado por el OPD-2. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder, p. 514.

En éste tipo de evaluación se realiza una entrevista psicodiagnóstica psicodinámica de la vivencia del cuerpo, siendo un punto de partida necesario, pues en ella se consideran temas del conflicto corporal, episodios relacionales y aspectos estructurales relacionados con el cuerpo como un instrumento de gran utilidad para la comprensión de la vivencia corporal, siendo minusioso en los cuatro niveles estructurales de los cuales se están realizando los estudios correspondientes que le brinden la confiabilidad y la validez necesarias (OPD-2, 2008) .

Algunos comentarios sobre las dificultades en los diagnósticos con éste tipo de manuales estadísticos, es que no siempre se cumplen todos los criterios diagnósticos, aunque se cumplan varios o muchos, para ello como es el caso de la anorexia nerviosa en el CIE 10 está la anorexia nerviosa atípica y para el DSM 5 se presentan los trastornos de conducta alimentaria no especificada.

Los criterios diagnósticos de éste manual son más enfocados a los síntomas fisiológicos y poco hace referencia a los trastornos de la imagen corporal, lo cual podría significar un sesgo o una característica de la personalidad, lo que haría que sea difícil distinguir si realmente es una dificultad en la configuración de la imagen corporal, ya que, dichas preocupaciones podrían presentarse como una inquietud generalizada en la sociedad o una familia determinada, pues en muchas culturas la obesidad no mórbida es sinónimo de gran preocupación o podría darse el caso de que en una familia varias

personas tengan historial de cáncer y por ello la persona presente una preocupación anormal por ciertas partes o síntomas en su cuerpo.

Las creencias del contexto son las que determinan si un comportamiento es considerado normal o patológico, por lo que si se utilizara este manual en la edad de piedra cuando se consideraba la obesidad como algo bello e incluso útil para la preservación de la especie, ya que permitía tener un depósito adiposo era una despensa ante la posible falta de alimentos. Por el contrario en la edad media la glotonería fue adjudicada como un pecado y sin embargo los artistas de la época pintaban cuerpos obesos que eran considerados hermosos. Ya en la actualidad el cuerpo obeso no es considerado como estéticamente agradable en la mayoría de la sociedad, salvo algunos pintores como Botero, quien destaca la obesidad en los cuerpos que modela y aun así lo hace de modo poco realista, pues las mujeres no tiene rollos, ni celulitis, ni estrías y con mamas perfectas (Perl, 2010).

El contexto repercute considerablemente en la configuración del cuerpo como ya se ha dicho, un ejemplo de ello sería un país de África llamado Mauritania, allí las mujeres grandes y obesas son consideradas símbolo de riqueza y poder para un hombre, pues gracias a él puede alimentarla generosamente, allí las estrías se consideran virtudes y la obesidad es sinónimo de ser sexy (CMUJER, Cmujer, s.f.).

Los factores psicosociales influyen considerablemente en el cuidado del estado nutricional, éstos cuidados hacen referencia a la capacidad de la familia y la comunidad de prestar atención, ayuda y cubrir las necesidades físicas, mentales

y sociales de personas en estado de vulnerabilidad nutricional, principalmente los niños en crecimiento. De modo que, el aumento en la obesidad puede ser justificado por una serie de cambios en la alimentación de personas según su situación socioeconómica, ya que muchas familiar prefieren alimentos procesados, con poca fibra y altos contenidos de carbohidratos simples y grasas saturadas (Pedraza, 2008). Es así que, surge el interrogante: ¿los manuales diagnósticos pueden abarcar la comprensión de lo que es la imagen corporal con todas sus variables?

Como se ha podido notar hay variables que son difíciles de medir en éstos test, pues existe un contexto que no solo facilita los recursos alimentarios, sino que también tiene unas concepciones de lo que es bonito o feo, saludable o no saludable que afectan la configuración de la imagen corporal que tiene cada persona y que sería muy complejo homogeneizar, así que aunque se tenga la confiabilidad y validez estadística de una prueba, solo podría ser efectiva en un lugar determinado y teniendo en consideración los aspectos socioeconómicos, familiares y culturales que afectan a cada persona.

En el caso del OPD-2 y como se menciona en el mismo manual, no es fácil operacionalizar la vivencia corporal por la complejidad del constructor y los cuestionarios que se emplean pueden aprehender la actitud consciente del propio cuerpo y alterar las narraciones que se tienen sobre éste, parte de la percepción, y el lenguaje, además los medios no verbales pueden acercarse más a las dimensiones inconscientes de la imagen corporal. En último lugar, es menester confrontar la autoevaluación con descripciones y evaluaciones de externos, es

decir diferentes fuentes, pues desde la psicodinámica la autoevaluación de la imagen corporal es incompleta (OPD-2, 2008).

Como se ha mostrado a lo largo del presente capítulo, la evaluación y el diagnóstico de la imagen corporal son de gran importancia y se hace más relevante debido a las altas tasas de suicidio de las personas que sufren insatisfacción corporal en comparación con la población general, tal es el caso de las anoréxicas (Hausenblas & Symons, 2001). Además realizar una evaluación y diagnóstico a tiempo puede evitar un gran número de gastos en cirugía cosmética, suplementos para la reducción de peso, enfermedades físicas y otras enfermedades mentales (Pompili, Mancianelli, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2004).

Es por lo anterior que profesionales se han empeñado en mejorar las técnicas y sus instrumentos a la hora de evaluar, como se ha podido constatar a lo largo de la presente categoría, del mismo modo, se han realizado muchos avances y cambios en los diferentes manuales, test y herramientas que pretenden ser cada vez más exactos y eficaces a la hora de diagnosticar.

Conclusiones

La imagen corporal inicialmente era asociada a lesiones cerebrales que causaban alteraciones en algunas partes del cuerpo, sin embargo, debido a la aparición de signos y síntomas que no se explicaban por una lesión cerebral, se comenzó a definir en términos psicoanalíticos. Con el pasar del tiempo y el surgimiento de psicopatologías como la anorexia y la hipocondría, las cuales tampoco podían ser explicadas por lesiones cerebrales, se desarrolló un enfoque múltiple que abarcaba lo neuro-biológico, lo cognitivo, lo emocional, lo conductual e incluso lo social, para analizar de manera integral el fenómeno.

Como consecuencia de lo anterior, surgió en la literatura un gran número de conceptos y términos asociados tanto a la imagen corporal, como a los trastornos vinculados a ella, lo que generó una ambigüedad por ser nombrado de tantas formas indistintamente, tal es el caso de imagen corporal y esquema corporal, ello hace que sea indispensable la unificación o diferenciación de términos, para una mayor claridad teórica y práctica que permita abordar eficazmente el término en investigaciones futuras.

Otro aspecto que llama la atención por ser éste concepto de la imagen corporal polisémico, es que sus definiciones varían según las bases epistemológicas de los profesionales que lo abordan y sus intereses académicos, lo que permite que se asocie a otros términos como autoconciencia corporal, auto concepto, auto percepción, conciencia corporal y auto imagen; los cuales son de uso amplio en el campo de la psicología.

Es así que, el abordaje de los modelos explicativos que intervienen en la configuración de la imagen corporal, se derivan niveles principales de análisis, a saber, lo biológico, entre lo cual se incluyen los cambios presentes durante el ciclo vital con

preponderancia en épocas como la adolescencia por los cambios que conlleva; lo social, en tanto que, a través de la interacción con los otros se van adquiriendo ideas o roles y comportamientos que de acuerdo al género, inciden de manera positiva o negativa en la configuración de la imagen corporal; finalmente se presenta la parte cognitiva, es decir, lo propiamente individual o subjetivo como mediador entre lo biológico y lo social que aporta un elemento determinante en la configuración de la imagen corporal y los posibles trastornos asociados a ella.

Además, los modelos teóricos que explican la construcción de la imagen corporal, muestran que se da de forma multidimensional, sin que se puedan deslindar una de otra, y más si se tiene en cuenta que a largo del ciclo vital intervienen diversos factores como el género, el contexto social, el espacio temporal y geográfico que influyen en la mente de los sujetos y en la forma en cómo estos perciben su propia corporalidad.

Es de resaltar, que la mayoría de los modelos expuestos se enfocan en el carácter patológico vinculado a la imagen corporal, siendo un punto de partida que incide clínicamente en la intervención de los trastornos que se asocian a ella, no obstante, en futuras investigaciones el abordar su estudio desde la investigación longitudinal de personas con una imagen corporal positiva ayudaría a mejorar la comprensión del concepto.

Retomando lo dicho en el párrafo anterior, no se encuentran estudios longitudinales sobre el tema, siendo todos transversales e impidiendo investigar a fondo el desarrollo de la imagen corporal, por ejemplo: hay estudios que hablan sobre los beneficios del ejercicio físico para una imagen corporal positiva, pero, no se encuentran

investigaciones que pongan de manifiesto cuales son los ejercicios, la edad a la que se deben comenzar, ni la frecuencia o intensidad.

Asimismo, en el rastreo de información de los modelos explicativos y más específicamente del ciclo vital, se notó que se deja una parte de la población por fuera de cualquier investigación relacionada, pues no se han encontrado estudios en los que se mencione la imagen corporal en los adultos mayores, lo que hace pensar que no es de suficiente interés para la comunidad académica, pero, podría dar cuenta de los cambios que se presentan en la imagen corporal positiva y negativamente con el pasar de los años.

Otro hallazgo, es que la imagen corporal podría empezar a elaborarse incluso mucho antes de la concepción del neonato, puesto que las creencias, circunstancias socioeconómicas de los padres y su nivel educativo podrían ser de gran influencia en la conformación de una buena o mala imagen corporal.

Contrario a lo antes mencionado, en el estudio de la conformación de la imagen corporal, se encontró un componente individual que facilita o inhibe la presión social que existe para seguir los lineamientos sobre los modelos de belleza, por lo que no se puede pensar al individuo como víctima de sus circunstancias, condiciones biológicas y sociales, pues cada persona es responsable de saber que tiene una apariencia, sentimientos en relación a su imagen corporal y un cuerpo, del cual puede hacerse cargo e interpretar los hechos y acontecimientos en pro de su beneficio personal.

Sin embargo, como se ha visto en los trastornos de conducta alimentaria que anteriormente estaban incluidos dentro de los trastornos de la imagen corporal a la hora de consultar los criterios de evaluación y diagnóstico, pero hoy día se han separado en los manuales diagnósticos porque pueden presentarse por conductas y pensamientos que no

tienen relación alguna con la imagen corporal, dicho de otro modo, una persona puede presentar anorexia o bulimia para producir lástima, llamar la atención o manipular a un ser querido con un fin determinado.

También se encontró al consultar las técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico, que existe una vasta información sobre los factores de riesgo asociados a las psicopatologías de la imagen corporal, pero muy poca de los factores protectores, lo que podría ser tenido en consideración en futuras investigaciones que aporten a la intervención clínica y la prevención de los trastornos de la imagen corporal.

Gracias a los estudios realizados por la comunidad académica, la imagen corporal fue incluida en varios de los principales manuales diagnósticos, uno de ellos es el de psiquiatría con el DSM desde su edición número III en 1980, hasta su edición V del año 2013; el manual internacional de las enfermedades el CIE en su versión 9 y 10; además el manual psicodinámico OPD-2. Estos manuales diagnósticos son una útil herramienta para la evaluación de los trastornos de la imagen corporal, no obstante, los criterios diagnósticos son muy diferentes y solo pueden ser entendidos desde el enfoque del manual que se consulte, bien sea médico con el CIE, psiquiátrico con el DSM o psicodinámico con el OPD.

Si bien la imagen corporal es un concepto que se ha estudiado desde hace más de veinte años, también es cierto que se pueden explorar otras líneas de investigación que incluyan diferentes estudios longitudinales sobre factores protectores en personas con una imagen corporal positiva, en el campo de la psicología se pueden hacer investigaciones que relacionen el tipo de personalidad en individuos con trastornos de la imagen corporal, la manera en que perciben su imagen corporal las personas de la tercera edad, e incluso se

puede investigar la construcción de la imagen corporal desde la concepción de género en personas queer, lo que ayudaría a develar las nuevas formas de construcción de imagen corporal más allá de la simple división cultural y sexual entre hombres y mujeres.

En conclusión, el concepto de imagen corporal es complejo, y atañe a los seres humanos en tanto son provistos por un organismo que es alterado por múltiples variables fisiológicas, cognitivas y sociales que confluyen en la construcción de lo que se conoce como cuerpo y que afectan su forma de interactuar con otros, de pensarse y sentirse.

Poco se habla en los textos de la salud física, del respeto al cuerpo, de reconocer las múltiples funciones que ofrece principalmente a través de los sentidos, con los cuales cada ser puede sentir el mundo, olerlo, verlo, escucharlo e incluso saborearlo, en cambio parece reducirse a una imagen que mostrar, que vender y de la cual sacar provecho.

Es posible que al realizar este tipo de planteamientos se despierte un interés por parte de la comunidad académica en investigar la relación mente - cuerpo y se comience a valorar más por lo que es y no lo que representa, además, la mayoría de las psicopatologías de la imagen corporal están asociadas a ideales del contexto a los cuales no logran ajustarse las personas, no obstante, según lo antes dicho, si se pensara el cuerpo como un instrumento brindado por la vida con múltiples posibilidades, tal vez sea viable reducir e incluso evitar muchos de los trastornos de la imagen corporal y que muchas personas sientan menos inconformidad con su cuerpo.

Referencias

- (GIS), G. D. (2018). *anmdecolombia.org*. Obtenido de Consultado el 11 de julio de 2020
<https://anmdecolombia.org.co/neuroplasticidad/>
- Aguirre, H., Reyes, S., Ramos, S., Bedoya, D., & Franco, A. M. (2017). Relación entre imagen corporal, dimensiones corporales y ejercicio físico en usuarios de gimnasios. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 12(1), 149-156.
- Alonso, M. Á. (1994). Introducción a los modelos de evaluación. En M. Á. Alonso, *Evaluación curricular: Una guía para la intervención psicopedagógica*. (págs. 3-92). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Alves, I., & Gomes, M. (2014). Corpo e Embelezamento: a Criança Participante de Concurso de Beleza. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(1), 835-849.
- Amaya, A., Mancillam, J. M., Álvarez, G., Ortega, M., López, M., & Guerrero, J. I. (2013). Edad, Consciencia e Interiorización del Ideal Corporal como Predictores de Insatisfacción y Conductas Alimentarias Anómalas. *Revista Colombiana de psicología*, 22(1), 121-133.
- Amaya, Alvarez, & Mancilla. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Amaya, Alvarez, & Mancilla. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Argüello, L., & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca*, 4(1), 478-518.
- Asociación, H. a. (2011). Angustia Psicológica. *St. Joseph Health hospice*.
- Avis, Crawford, & Manuel. (2004). Psychosocial problems among younger. *Psychology, 13*, 295-308.
- Ayelo, S., & Marijuán, M. (2016). *El cuerpo como espejo del self*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Aylwin, J., Díaz, F., Cruzat, C., García, A., Behar, R., & Arancibia, M. (2016). Vivencias y significados en torno a la imagen corporal en varones Chilenos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2016(7), 125-134.
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*, 1-17.
- Baile, J. I., Raich, R. M., & Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *anales de psicología*, 19(2), 187-192.
- Barrio, V. d. (2009). Raíces y evolución del DSM. *REVISTA DE HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA.*, 30(2-3 (junio-septiembre)), 81-90.
- Bearman, S. K. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. . *Journal of Youth and Adolescence*, 229-241.
- Behar, R. y. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental. Salud Mental*, 225-232.

- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas controversias con la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*, 626-633.
- Bernard, M. (1994). *El cuerpo: un fenómeno ambivalente*. Barcelona: Paidós.
- Bilbao, R. (2016). Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. *Psicoperspectivas*, 15(2), 5-15.
- Borja, L. E. (Diciembre de 2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4).
- Botella et al., 2. L. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y reconstrucción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica.*, 17-245.
- Botero, P., & Londoño, C. (2015). Diseño y validación de un cuestionario de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física. *Revista Colombiana de psicología*, 24(1), 219-233.
- Brito, A. E. (2009). Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*, 48(3).
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24, 187-194.
- Buckworth, J., Dishman, R. K., O'Connor, P., & Tomporowski, P. (2002). *Exercise psychology*. Champaign, IL. Human Kinetics.
- Cabaniss, Cherry, Douglas, & Schwartz. (2011). *Psychodynamic Psychotherapy. A Clinical Manual*. New York, USA: John Wiley & Sons.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. *Revista española de salud pública*, 76(5), 473-482.

- Cantó, G., & García-López. (2011). El autoconcepto y la práctica de actividad física en primaria. *TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud.*, 3(2), 187-200.
- Caravaca, J., & Itayra, M. (2016). Cuerpos en tránsito: espacios, emociones y representaciones que (des)construyen realidades. *Revista da escola de enfermagem*, 2017(51), 1-8.
- Carballo, R. P., & Campos, A. B. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, 2000(75), 34-39.
- Casanova, J. P. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Barcelona: Panamericana.
- Cash, T. (2012). *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. Vol I y II*. Elsevier.
- Chacón, R., Zurita, F., Castro, M., Espejo, T., Martínez, A., & Linares, M. (2016). Estudio sobre la aplicabilidad de exergames para la mejora de los índices de Obesidad y la imagen corporal en escolares. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 11(1), 97-105.
- Chávez, A. (2009). *Las técnicas proyectivas*. Universidad de Colima.
- CIE 10. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- Clark, & Tiggemann. (s.f.). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: a prospective study. *Developmental Psychology*, 44(4), 1124-1134.

- CMUJER. (s.f.). *Cmujer*. Obtenido de <https://cmujer.com.mx/tener-sobrepeso-es-sinonimo-de-belleza/>
- CMUJER. (s.f.). *Cmujer*. Obtenido de <https://cmujer.com.mx/tener-sobrepeso-es-sinonimo-de-belleza/>
- Cohen, & Tong. (2001). The face of controversy. *Science*, 293(5539), 2405-2407.
- Cohen, J. D., & Tong, F. (2001). The face of controversy. *Science*, 293(5539), 2405-2407.
- Comín, D. (14 de marzo de 2012). *autismo diario. org*. Obtenido de <https://autismodiario.org/2012/03/14/los-trastornos-del-espectro-del-autismo-no-son-una-enfermedad/>
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat, C., . . . Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 2016(7), 116-124.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la Psicología* (3a ed.). Córdoba: Brujas.
- Cruzat, C., Díaz, F., Lizana, P., & Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista médica de Chile*, 144(6), 1-12.
- Cuervo, C., Cachón, J., Zagalaz, L., & González, G. (2017). Cómo me veo: estudio deacrónico de la imagen corporal. Instrumentos de evaluación. *Magister*, 29(1), 31-40.

- de Sousa Fortes, L., Almeida, S. d., & Caputo, M. E. (2013). Imagem corporal e transtornos alimentares em atletas adolescentes: uma revisão. *Psicologia em Estudo, Maringá, 18*(4), 667-677.
- Delgado, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E., & Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Rev Chil Nutr, 44*(1), 12-18.
- Devlin, M. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association, 2159-2161*.
- Dicciomed. (s.f.). *diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Obtenido de <https://dicciomed.usal.es/palabra/hiperorexia>
- Dosil, & Díaz. (2002). Valoración de la conducta alimentaria y de control del peso en practicantes de aeróbic. *Revista de Psicología del Deporte, 11*(2), 183-195.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: Exploraciones en cosmología*. . Madrid: Alianza.
- DSM-5-R, J. M. (2014). *DSM-5- R Guía para el diagnóstico clínico*. Bogotá, D.C. : Manual Moderno.
- DSM-5™. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*. Chicago (EEUU): American Psychiatric Association.
- DSM-I. (1952). *Diagnostic and statistical Manual Mental disorders* . WASHINGTON, D. C.: American Psychiatric Association.
- DSM-II. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Second Edition)*). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

- DSM-III. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington, d.c.: The American Psychiatric Association.
- DSM-III. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington, d.c.: The American Psychiatric Association.
- DSM-III. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. Washington, d.c.: The American Psychiatric Association.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON, S.A.
- Elbert, T. &. (2004). Reorganization of the human cerebral cortex: The range of changes following use and injury. *The Neuroscientist*, 129-141.
- Elizalde, Martí, & Martínez. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Polis*, 5, 1-17.
- Energici, M. A., Acosta, E., Huaiquimilla, M., & Bórquez, F. (2016). Feminización de la gordura: estudio cualitativo en Santiago de Chile. *Revista de Psicología*, 25(2), 1-17.
- Feldenkrais, M. (2014). *Autoconciencia por el movimiento. Ejercicios fáciles para mejorar tu postura, visión, imaginación y desarrollo personal*. Barcelona: Paidós.
- Felicevich, L. (6 de mayo de 2019). *Mente asombrosa*. Obtenido de <https://www.menteasombrosa.com/las-diferencias-entre-sindrome-trastorno-y-enfermedad/>
- Fernández, J., González, I., Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología*, 47(1), 25-33.

- Fernández, R. (1995). *Introducción a la evaluación psicológica*. España: Ediciones Pirámide.
- Ferrero, J. J. (1986). *La psicología moderna de la A a la Z*. Bogotá: Printer Colombiana Ltda.
- Francisco, Alarcão, & Narciso. (2012). Aesthetic Sports as high-risk contexts for eating disorders: Young elite dancers and gymnasts perspectives. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 265-274.
- Galeano, M. E. (2014). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de EAFIT.
- García, B. O. (2014). Percepción y satisfacción de la imagen corporal en una comunidad universitaria. . *Memorias del XVI Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación.* , 19-22.
- García, B. O. (2014). Percepción y satisfacción de la imagen corporal en una comunidad universitaria. . *Memorias del XVI Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación.*, 19-22.
- García, G., Saldívar, A. H., Llanes, A., & Sánchez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*, 34(4), 367-378.
- Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.

- Gismero Gonzales , E. (2002). Cuerpo y salud: determinantes e implicaciones de la insatisfacción social. *la educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud.*, 179-200.
- Giuseppe, R. (2014). Out of my real body: cognitive neuroscience meets eating disorders. *Frontiers in human neuroscience* .
- Gomes, M. d., Neves, A., Fernandes, R., & Betanho, M. (2010). Evaluación de la percepción de la imagen del cuerpo: historia, reconceptualización y perspectivas para el Brasil. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 509-518.
- Gómez, M., Galeano, C., & Jaramillo, D. A. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.
- González, D., & Acuña, L. (2016). Estimación del tamaño corporal: discriminación de diferencias sutiles en partes corporales de hombres y mujeres. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 2016(7), 85-96.
- Gran, D. d. (2016). *thefreedictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/psiconeurosis>
- Grupo de investigación MISKC. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2).
- Guzmán, R., Saucedo, T. d., García, M., Galván, M., & Castillo, A. (2017). Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del Estado de Hidalgo, México. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1).
- Hausenblas, & Symons. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 323-339.

- Heredia, M. E., & Padilla, M. d. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 9(19), 1-19.
- Hernández, L., & Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*, 29(3), 748-761.
- Hernández, R., Fernández, C., & Babtista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: MacGRAW-HILL.
- Hogan, M., & Strasburger, V. (2008). Body image, eating disorders, and the media. 2008; 19-521. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews*.
- Horner, & Gage. (2000). "Regenerating the Damaged Central Nervous System". *Nature*, 407, 963-970.
- Huertas, R. d. (Noviembre/diciembre de 2014). Nueroplasticidad asociada al miembro fantasma. *Revista de la sociedad española del dolor*, 21(6).
- Jablonski, S. (1995). Síndrome: un concepto en evolución. *Acimed*, 3(1).
- Jimenez, J. A. (1999). Autoconciencia, Personalidad Sana y Sistema Autorreferente. . *Anales de Psicología* , 169-177.
- Jiménez-Moral, J. A.-S.-M. (2013). Capacidad aeróbica, felicidad y satisfacción con la vida en adolescentes españoles. *Revista de psicología del deporte*, 429-436.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. d. (2015). Imagen corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 1-16.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. . Buenos Aires:: Amorrortu.

- Lamas, M. (Enero- Abril de 2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. (E. N. Historia, Ed.) *Cuicuilco*, 7(18), 0.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., & Fernández Montserrat. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23-33.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lemos, B. (2012). La evaluación infantil: Desafíos y propuestas. XV Congreso Latinoamericano de ALAMOC.
- Liria, A. F., & Vega, B. R. (2006). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. España: Desclée de Bouver. .
- Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas.
- Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas.
- Londoño, C., & Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, imc, y riesgo de tca como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(2), 35-47.
- López, G., Díaz, A., & Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de psicología*, 34(1), 167-172.

- Losada, A. V., Leonardelli, E., & Magliola, M. (2015). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 380-416.
- Mancilla-Medina, A. V.-A.-D.-H. ((2012). Body dissatisfaction in children and preadolescents: A systematic review. *Mexican Journal of Eating Disorders.*, 62-79.
- Marco, J., Perpiñá, C., & Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de psicología*, 30(2), 422-430.
- Marijuán Pascal, M., & Ayelo Pérez , S. (2016). El cuerpo como espejo del self. *Universidad Autónoma de Barcelona*.
- Martí-Climent, Prieto, López, & Arbizu. (2010). Neuroimagen: Fundamentos técnicos y prácticos. *Revista Española de Medicina Nuclear*, 29(4), 189-2010.
- Martinez, E. (s.f.). *La ínsula qué es, donde se encuentra y cuál es su función*. Obtenido de Psicoactiva: consultado el 11 de julio de 2020
<https://www.p psicoactiva.com/blog/la-insula-que-es-donde-se-encuentra-y-cual-es-su-funcion/>
- McGrath, M. &. (2000). Plastic surgery and the teenage patient. . *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 105-118.
- McLean, Paxton, & Wertheim. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body Image*, 10(3), 282-289.

Medlineplus. (s.f.). *Medlineplus*. Obtenido de Consultado el 11 de julio de 2020

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001415.htm>

Meneses, & Moncada. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3(1), 13-34.

Moncada, J. (2010). Ejercicio físico, funcionamiento cerebral e imagen corporal. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 54-74.

Monferrer, E. B. (2010). Ilícitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. *ICONO 14*, 186-207.

Morales Granados, D. T., Montoya Osorio, L. F., Gallego Ríos, P. P., & Bohórquez Agudelo, M. P. (2016). El proceso de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en la vigorexia como una adicción comportamental. *Revista electrónica Psiconex*.

Morales, D., Montoya, L., Gallego, P., & Bohórquez, M. (2016). El proceso de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en la vigorexia como una adicción comportamental. *Psiconex*, 8(13), 1-11.

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de las respuesta a los é. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 57-66.

Navarra, C. U. (s.f.). *Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/ganancia-secundaria>

Neto, E. B., & Rocha, Z. (2015). Um corpo marcado, lugar secreto das palavras. *Psicologia:ciência e profissão*, 35(1), 154-167.

- Núñez, M., Benítez, M., Valdés, M., Senín, C., & Rodríguez, J. (2015). El papel de la autoconciencia en la preocupación por la imagen corporal en población general. *7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology*, (págs. 30-36). Sevilla, España.
- Nuño, M., Hevia, M., Bustos, C., Florenzano, R., & Fritsch, R. (2016). Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad. *Rev Chil Nutr*, *44*(1), 28-32.
- Ocampo, S. B. (2015). *EL ESTADO DEL ARTE SOBRE EL CONCEPTO DE ANOREXIA*. Medellín: Universidad de Antioquia .
- Ocampo, S. B. (2015). *EL ESTADO DEL ARTE SOBRE EL CONVEPTO DE ANOREXIA*. Medellín, Colombia.
- Olimpus, S. m. (s.f.). *olimpuslab*. Obtenido de <http://www.olimpuslab.com/>
- OMS. (1948). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OPD-2. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Pastor, R., & Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo*, *2000*(75), 34-39.
- Pedraza, D. F. (2008). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. *Saúde e Sociedade*.
- Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulse*, *32*, 147-173.

- Perl, V. (Enero de 2010). *Doctor Perl, Blog sobre nutrición y hormonas*. Obtenido de <https://doctorperl.cl/2010/01/19/la-belleza-y-la-obesidad-a-traves-de-la-historia/>
- Pichot, P., López-Ibor Aliño, J., & Valdés Miyar, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Pierre, G. (2008). *Diccionario de la mitología griega y romana*. España: Paidós.
- Pompili, Mancianelli, Girardi, Ruberto, & Tatarelli. (2004). uicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99-103.
- Poza, U. A. (s.f.). *Giro fusiforme: anatomía, funciones y áreas*. Obtenido de psicología y mente: consultado el 11 de julio de 2020 <https://psicologiaymente.com/neurociencias/giro-fusiforme>
- Psicoactiva. (s.f.). *Psicoactiva*. Obtenido de https://www.psicoactiva.com/biblioteca-de-psicologia/diccionario-de-psicologia/#letra_d
- RAE. (2019). *Diccionario de la lengua Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/>
- Raich. (2001). Imagen corporal conocer y valorar el propio cuerpo. En L. d. sucia..
- Raich. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Raich. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.

- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Ramírez, M., Godoy, D., Vázquez, M. L., Lara, R., Navarrón, E., Vélez, M., . . . Jiménez, M. G. (2015). Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Revista Iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 10(1), 63-68.
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R., Lara, L., & Carmen, M. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de psicología*, 9(1), 42-50.
- Real academia de la lengua Española. (2019). *Diccionario de la lengua Española*.
Obtenido de <https://dle.rae.es/>
- Requena, C. M., Martín, A. M., & Lago, B. S. (2015). Imagen corporal, autoestima, motivación y rendimiento en practicantes de danza. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 37-44.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 149-161.
- Roa, L. M. (2012). *Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación*. Obtenido de SCIELO: Consultado el 11 de julio de 2020
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200009
- Rodríguez, A., Estévez, M., & Palomares, J. (2015). Tratamiento curricular de la imagen corporal, autoestima y autoconcepto en España. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 9-70.

- Rodríguez, C. (2007). Evaluación de la personalidad y sus trastornos a través de los métodos proyectivos o pruebas basadas en la actuación (Performance-based). *Clínica y Salud*, 325-346.
- Rodriguez, K., & Gonzales, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista cubana de cirugía*, 28-40.
- Rosen, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico. En V. (. Caballo, *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, págs. 407-440). Madrid: Siglo XXI.
- Rueda, G. E.-V. (2012)). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 101-110.
- Ruiz, A., Torre, M., Redecillas, M., & Martínez, E. (2015). Influencia del desplazamiento activo sobre la felicidad, el bienestar la angustia psicológica y la imagen corporal en adolescentes. *Gac Sanit*, 29(6), 454-457.
- Sagall, Campbell, & Herskovits. (1996). *The influence of culture on visual perception*. Indianapolis: Bobbs- Merrill Company, Inc.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 171-183.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sánchez, J., & Ruiz, A. (2007). Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(1), 1-13.

- Sattler, J. M. (2010). *Evaluación Infantil fundamentos Cognitivos* (Quinta Edición ed., Vol. I). México: Manual Moderno.
- Saur, A., Pasian, S., & Loureiro, S. (2010). Dibujo de la figura humana y la evaluación de la imagen corporal. *Psicología em Estudo*, 15(3), 497-507.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of human body*. New York: International Universities Press.
- Sebastián, Bueno, & Mateos. (2002). Apoyo emocional y calidad de vida en. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer*.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Serrano, M. A. (2015). El mito de la distinción entre criterios de clasificación y criterios diagnósticos. *Cartas al editor/ Reumatol Clin.*, 11(3), 184-191.
- Sigmund, F. (1962). *the ego and Id*. New York: w.w. Norton&co.
- Suso, A. G., & Cortés, M. L. (2002). El ciclo vital y la salud humana. *Dialnet*, 61-78.
- TheFreeDictionary. (s.f.). *TheFreeDictionary*. Obtenido de Consultado el 15 de junio de 2020 <https://es.thefreedictionary.com/psiconeurosis>
- Tiggemann, & Slevic. (2012). Appearance in adulthood. *Oxford handbook of the psychology of appearance*, 142-159.
- Torres, A. (s.f.). *Psicología y mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-sindrome-trastorno-enfermedad>

- Vaquero, Á., Macias, O., & Macazaga, A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 17(1), 163-176.
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J., & López, P. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vargas, M. G., Higueta, C. G., & Muñoz, D. A. (julio-diciembre de 2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.
- Vargas, M. G., Higueta, G., & Muñoz, J. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423-442.
- Vogeley, K., Kurthen, M., Falkai, P., & Maier, W. (1999). functions of the human self model are implemented in the prefrontal cortex. *Consciousness and Cognition*, 8(3), 343-363.
- Wordreference. (s.f.). *Canon*. Recuperado el 11 de julio de 2010, de Wordreference: <https://www.wordreference.com/definicion/canon>