

Percepción de la imagen corporal

(Perception of corporal image)

Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz, Soledad
UPV/EHU. Fac. de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos. Avda. de Tolosa, 70. 20018 Donostia-
San Sebastián
mcarmen.salaberria@ehu.es

Recep.: 30.11.06

Acep.: 01.02.07

BIBLID [1577-8533 (2007), 8; 171-183]

En el presente trabajo se realiza una revisión del concepto de imagen corporal y de sus componentes principales. Además se mencionan las alteraciones de la misma, como son la dismorfofobia, la vigorexia y el papel central que juega en los trastornos de alimentación la presencia de una imagen corporal negativa. Se mencionan los factores implicados en la formación de una imagen corporal negativa, se presentan los principales instrumentos de evaluación y se ofrece una perspectiva básica de las pautas y técnicas de intervención psicológica más eficaces.

Palabras Clave: Imagen corporal. Trastorno de la imagen corporal. Etiología de la imagen corporal negativa. Evaluación. Tratamiento psicológico.

Lan honetan gorputz irudia kontzeptua eta horren osagai nagusiak berrikusten dira. Gainera, horren alterazioak aipatzen dira, hala nola dismorfofobia, vigorexia eta elikaduraren nahasteetan gorputz irudi negatiboa agertzeak jokatzen duen eginkizun nagusia. Gorputz irudi negatiboaren eraketan zerikusia duten faktoreak aipatzen dira, ebaluazio baliabide nagusiak aurkezten dira eta interbentzio psikologikoaren jarraibide eta teknika eraginkorrenen oinarritzko ikuspegia ematen da.

Giltza-Hitzak: Gorputz irudia. Gorputz irudiaren nahastea. Gorputz irudi negatiboaren etiologia. Ebaluazioa. Tratamendu psikologikoa.

Dans ce travail on réalise une révision du concept d'image corporelle et de ses principaux composants. De plus, on mentionne ses altérations, comme le sont la dysmorphophobie, la vigorexie et le rôle central que joue dans les dérèglements de l'alimentation la présence d'une image corporelle négative. On mentionne les facteurs impliqués dans la formation d'une image corporelle négative, on présente les principaux instruments d'évaluation et on offre une perspective de base des exemples et des techniques d'intervention psychologique les plus efficaces.

Mots Clés: Image corporelle. Dérèglement de l'image corporelle. Ethnologie de l'image corporelle négative. Evaluation. Traitement psychologique.

1. CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc... aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen.

La imagen corporal se compone de varias variables (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990):

Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Guimón, 1999). Así Rosen (1995) señala que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro cuerpo, que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes debidas a los embarazos.

Los bebés hacia los 4-5 meses empiezan a distinguir entre ellos, los objetos externos y sus cuidadores, hacia los 12 meses comienzan a andar y explorar el entorno. Los niños entre el año y los 3 años experimentan la relación entre el cuerpo y el ambiente, con el desarrollo de habilidades motoras y el control de esfínteres. A partir de los 4-5 años, los niños comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto-escrutinio, de la comparación social y de

la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo.

Nuestra **sociedad occidental** ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica.

2. ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Las **alteraciones de la imagen corporal** pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptivas y subjetivas no siempre es alta (Cash y Pruzinsky, 1990). Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de **trastornos de la imagen corporal**.

En la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal (Grant y Cash, 1995). Pero esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, es decir en un malestar significativo, en un 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres (Rosen, Reiter y Orosan, 1995).

De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA, 2000) (DSM-IV-TR) el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un "defecto corporal" inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas.

Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser **un**

síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un **trastorno** en sí mismo. Así, en la esquizofrenia es habitual que existan alucinaciones perceptivas y visuales de tipo somático; en la manía los pacientes se ven más atractivos y más delgados; en la depresión más viejos y feos, en la transexualidad existe una falta de correspondencia entre los órganos sexuales y la identidad de género. En todos estos casos, las alteraciones de la imagen corporal son un síntoma más dentro del cuadro que presenta el paciente y no son abordados específicamente.

En cambio, en los trastornos de alimentación, en la dismorfofobia, y en la vigorexia las alteraciones de la imagen corporal son centrales y requieren de una evaluación y una intervención específica.

Así, en el trastorno **dismórfico corporal** la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores (Phillips, 1991). En un estudio realizado con estudiantes universitarios por el grupo que dirige la profesora Raich (2000), las preocupaciones en los hombres se referían a la cintura, el estómago y el peso con referencia a la masa muscular, en cambio en las mujeres a las nalgas, las caderas y los muslos.

En una variante de la dismorfofobia, la **vigorexia o dismorfia muscular**, la preocupación se centra en obtener un cuerpo hipermusculado, lo que conduce a estas personas, -principalmente hombres-, a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas y anabolizantes esteroideos para aumentar su masa muscular, con el riesgo que conlleva para la salud. Se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo muy musculoso, presentan pensamientos reiterados de preocupación y rituales (dedicar horas a ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta específica) y evitar situaciones donde puede ser observado su cuerpo (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).

En los **trastornos de alimentación** (Thompson, 1996; Perpiña, Botella y Baños, 2000), aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social). Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones. A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad (Raich, Torras, y Mora, 1997).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, **los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta** que se ponen de relieve espe-

cialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (Rosen, 1995):

Nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).

Nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.

Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.

Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

A nivel cognitivo, Cash (1991) ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal:

- 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.

Neziroglu y Yaryura Tobias (1993) señalan que en las personas con trastorno de la imagen corporal, aparecen las siguientes suposiciones: necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones.

Las **consecuencias** de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre auto-estima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc... de forma reiterada y con demandas irracionales (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Sarwer, Wadden, Pertschuk y Whitaker, 1998).

3. FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma.

En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

3.1. Factores predisponentes

- a) Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Toro (1988) señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.
- b) Modelos familiares y amistades: El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.
- c) Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.
- d) Desarrollo físico y feedback social: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.
- e) Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la *construcción de la imagen corporal*, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

3.2. Factores de mantenimiento

Suceso activante: la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

La disforia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y auto-evaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.

4. EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

En los años 70 y 80 los estudios de evaluación se centraban en los aspectos perceptivos de la imagen corporal, en los años 90, la evaluación se ha centrado más en aspectos subjetivos y actitudinales, ya que una correcta percepción del cuerpo no supone la inexistencia de insatisfacción con el mismo.

Así la evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas (Rosen, 1997):

- Percepción y estimación del tamaño y la forma del cuerpo.
- Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, su intensidad, frecuencia y duración, el malestar que originan y el grado de convicción sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar el pensamiento.
- Aspectos conductuales: evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, etc.
- Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, etc.
- Dimensiones de personalidad: autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global.

En la siguiente tabla aparece la referencia sobre los principales instrumentos de evaluación de la imagen corporal, y a continuación una referencia más explícita a aspectos de la evaluación perceptiva (Salaberria y Garaigordobil, 2002).

Principales instrumentos de evaluación del trastorno de la imagen corporal

Aspectos perceptivos (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1998)

Estimación corporal global
Estimación de partes corporales

Entrevista:

Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)(Rosen y Reiter, 1996)

Cuestionarios:

Generales:

Subescala del EDI (Garner, Olmstead y Polivy, 1983)
Escala Yale-Brown modificada (Phillips, 1993)
Body shape questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)
Escala de Síntomas del Trastorno Dismórfico (Peruggi, Giannotti, Di Vaio, Frare, Saettoni y Cassano, 1996)
Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) (Cash, Winstead y Janda, 1986)

Cogniciones:

Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) (Rucker y Cash, 1992)
Appearance Schemas Inventory (ASI) (Cash y Labarge, 1996)

Conductas:

Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991)

Respecto a la **evaluación de los aspectos perceptivos y actitudinales** es importante tener en cuenta algunas cuestiones:

En general, los métodos de evaluación perceptiva van dirigidos a analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de éste. Es importante tener en cuenta que no es lo mismo preguntar ¿qué tamaño cree que tiene?, a preguntar ¿qué tamaño siente que tiene?, las preguntas en términos afectivos producen mayor sobreestimación que las preguntas en términos racionales (Thompson, 1996).

El nivel de insatisfacción se revela en el grado de discrepancia entre la imagen que desearía tener una persona y la que realmente tiene. Existen dos tipos de mediciones respecto a la percepción de la imagen corporal:

4.1. Métodos de estimación corporal global

El sujeto se ve confrontado a una imagen presentada en vídeo, por medio de siluetas, en fotografía o en un espejo. Los sujetos deben estimar el tamaño y la forma de su propia imagen confrontada y posteriormente se compara con la real.

Otros métodos de estimación global son las escalas de siluetas o figuras, donde el sujeto tiene que escoger la figura que cree mejor le representa y la que desearía tener, lo que da una medida de la discrepancia entre la figura real y la ideal y de la insatisfacción corporal.

4.2. Métodos de estimación de partes corporales

Estos métodos requieren que los sujetos estimen la anchura de una parte de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie. Se le pide a una persona situada de pie que estime la anchura de sus hombros, cintura o caderas sobre un plano. Ha de hipotetizar la amplitud de cada uno de estos segmentos vista de frente. Puede usarse un cordel o la separación de dos pequeños bloques de madera. A continuación se mide esta distancia y se compara a la que realmente mide la persona dividiendo la medida real por la percibida multiplicando por 100, el resultado es el porcentaje de distorsión. Se considera que existe una mayor distorsión en la medida que la diferencia de tamaño (el percibido y el real) es mayor.

Actualmente y gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías, existen programas de ordenador o por realidad virtual para la medida de la percepción de cómo se ve el cuerpo o partes de él.

Thompson (1996) señala que en general es más adecuado utilizar medidas de estimación corporal global y de carácter actitudinal. Teniendo en cuenta que la imagen corporal es incierta, inestable y débil, y no es estática. Además al evaluar o estimar el tamaño del cuerpo deben tenerse en cuenta diversas variables que pueden influir en el grado de precisión perceptiva, como son, la habilidad visoespacial del paciente, el entrenamiento en la medida utilizada, los efectos de la evaluación repetida, la ropa que lleva puesta el paciente, la iluminación, la comida consumida previamente, las instrucciones y el tamaño actual del sujeto.

En los estudios realizados comparando distorsión perceptiva de muestras con trastornos de alimentación y normales, no siempre las personas con trastornos alimentarios tienen peor percepción del tamaño y de la forma de su cuerpo, sin embargo, en medidas actitudinales si se dan diferencias claras, presentan mayores niveles de insatisfacción (Cash y Deagle, 1997).

5. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL

Las terapias que se han mostrado más eficaces en el tratamiento del trastorno de la imagen corporal han sido las cognitivo-conductuales (Salaberria, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). Se realizan en formato individual o grupal, tiene una duración entre 2 y 3 meses, y el número de sesiones oscila entre 6 y 12. La duración de cada sesión es de 60 a 90 minutos y se realizan con una periodicidad semanal, con tareas para casa y materiales de ayuda.

Existen diversos grupos de investigación que han trabajado sobre el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal con diversos tipos de muestra, personas con insatisfacción corporal, personas con trastorno dismórfico, personas con trastornos de alimentación como obesidad, anorexia y bulimia donde se incluye un módulo de trabajo sobre imagen corporal y programas preventivos realizados con adolescentes donde se incluye información sobre la imagen corporal (Rosen et al. (1995); Cash (1997); Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler (1997), Sánchez-Carracedo, Mora, López, Marroquín, Ridaura y Raich (2004).

Los componentes principales de las intervenciones y las técnicas más utilizadas son los siguientes (Salaberria y Belaunzaran, 2003):

Motivación para la terapia: los pacientes tienden a modificar la apariencia externa por medio de dietas, ejercicio, tratamientos estéticos, etc. Sin embargo, el problema no está en la apariencia exterior y sí en la vivencia subjetiva del cuerpo. El tratamiento psicológico no puede cambiar el aspecto externo, pero sí ayudar a aceptar el cuerpo y a vivir mejor de modo más satisfactorio.

Información sobre la imagen corporal, cómo se construye, sus alteraciones, la apariencia física, el impacto de los pensamientos, las emociones y la percepción del cuerpo, el papel de la evitación y los rituales y comportamientos mantenedores de una imagen corporal negativa. Se trabaja con material audiovisual, recortes de prensa, etc.

Acuerdo sobre los objetivos terapéuticos: el tratamiento psicológico va dirigido al aprendizaje de nuevos patrones de pensamiento, emoción y comportamiento.

Técnicas:

- Relajación y respiración para el manejo de los síntomas ansiosos.
- Reestructuración cognitiva que permite el trabajo con los pensamientos más negativos e irracionales. Parece más adecuado realizarla antes de la exposición (Geremia y Neziroglu, 2001).
- Exposición a áreas de la apariencia física que causan malestar por medio de la exposición de distintas partes del cuerpo o la exposición a situaciones donde es visible el cuerpo. La exposición se puede aplicar en imaginación, frente al espejo y por medio de la realidad virtual. A esta técnica se le añade la prevención de respuesta de conductas rituales como la comprobación reiterada, el excesivo acicalamiento, etc.
- Diseño de experiencias positivas y de placer con el cuerpo, ejercicios sensoriales, actividades placenteras, diseño de cumplidos hacia el propio cuerpo, etc.
- Prevención de recaídas: identificación de situaciones de riesgo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Ha habido investigaciones, muy escasas, donde se han comparado estas técnicas acompañadas de **entrenamiento en percepción** con el objetivo de aumentar la eficacia terapéutica (Fisher y Thompson 1994; Rosen, Cado, Silberg, Srebnik y Wendt, 1990; Key, George, Beattie, Stanmers, Lacey y Waller, 2002). En concreto, se trabaja sobre estimaciones repetidas de amplitudes corporales para ir las ajustando, o recientemente por medio de la realidad virtual por ordenador en el programa de Perpiña, Botella y Baños (2000).

El objetivo del entrenamiento en percepción es ser capaz de percibir correctamente la amplitud de cada parte del cuerpo, haciendo énfasis en las áreas que más preocupan y que más se distorsionan. Para ello se utilizan diversos tipos de ejercicios:

Visualización en espejo: visualización de cada una de las partes del cuerpo, focalizando la atención en la zona que produce mayor insatisfacción. Estos ejercicios se pueden realizar con los ojos cerrados, con ropa, sin ropa, y con los ojos abiertos y trabajando sobre los sentimientos, las emociones y los pensamientos que aparecen durante la visualización.

Ejercicio de precisión perceptual: se le pide al paciente que marque en una cinta la amplitud de diferentes partes corporales vistas de frente (hombros, cintura, cadera, muslos) y de perfil (pecho, cintura y estómago). Con un calibrador corporal se mide exactamente la amplitud y se compara con la señalada en la cinta. Se le pide que corrija la sobreestimación si existe y se vea a sí mismo objetivamente y se pregunte cómo se siente.

Ejercicio de corrección de tamaño: el paciente selecciona una parte del cuerpo que haya sobreestimado y se le pide que repita esta estimación hasta que realice dos estimaciones precisas seguidas, al mismo tiempo se le solicita que verbalice los sentimientos que elicitó este ejercicio.

Cuando se han añadido estos componentes específicos de entrenamiento en percepción al tratamiento, no ha habido más mejoría. Así parece que la percepción es el resultado de aspectos cognitivos, emocionales y conductuales y cuando se abordan éstos los aspectos perceptivos se corrigen. En las investigaciones donde se ha tenido en cuenta el índice de masa corporal se aprecian cambios en la imagen corporal y el ajuste psicólogo en ausencia de cambios en el peso (Sánchez-Carracedo, Moral, López, Marroquín, Ridaura y Raich, 2004).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Nueva York. Guilford.
- Cash, T.F. (1997). *The body image work book. An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland. New Harbinger.

- Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). "Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T.F. y Deagle, E.A. (1997). "The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis". *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.F. y Labarge, A. (1996). "Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body image assessment". *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York. Guilford Press.
- Cash, T.F., Winstead, B.W. y Janda, L.H. (1986). "The great American shape up: body image survey report". *Psychology Today*, 20, 30-57.
- Cooper, P.J., Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Taylor, M.J. (1987). "The development and validation of the Body Shape Questionnaire". *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Fisher, E. y Thompson, J.K. (1994). "A comparative evaluation of cognitive behavioural therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: preliminary findings". *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Garner, D.M., Polivy, J., y Olmstead, M.P. (1983). "Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia". *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Geremia, G.M. y Neziroglu, F. (2001). "Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder". *Clinical psychology and Psychotherapy*, 8, 243-251.
- Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). "Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatments". *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona. Paidós.
- Holander, E., Cohen, L.J. y Simeon, D. (1993). "Body dysmorphic disorder". *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. y Waller, G. (2002). "Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitisation process". *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Neziroglu, F.A. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993). "Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder". *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia. Promolibro.
- Peruggi, G., Giannotti, D., Di Vaio, S., Frare, F., Saettoni, M. y Cassano, G.B. (1996). "Fluvoxamine in the treatment of body dysmorphic disorder". *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 247-254.
- Phillips, K.A. (1991). "Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness". *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K.A. (1993). *Body dysmorphic disorder modification of the YBOCS, McLean version*. Belmont. Massachusetts.
- Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997). "Muscle dysmorphic an unrecognised forms of body dysmorphic disorder". *Psychosomatics*, 38, 548-557.

- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide.
- Raich, R.M., Torras, J. Y Mora, M. (1997). "Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria". *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Rosen, J.C. (1995). "The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy". *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J.C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D. y Wendt, S. (1990). "Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance". *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). "Development of the body dysmorphic disorder examination". *Behavior Research and Therapy*, 34, 755-766.
- Rosen, J.C. (1997). "Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal". En V.Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol.1. Madrid. Siglo XXI.
- Rosen, J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). "Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder". *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J.C., Srebnik, D., Saltzberg, E. y Wendt, S. (1991). "Development of a body image avoidance questionnaire". *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 3, 32-37.
- Rucker, C.E. y Cash, T.F. (1992). "Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-american and white female college students". *International Journal of Eating disorders*, 12, 291-299.
- Salaberria, K. eta Belaunzarán, J. (2003). "Dismorfofobiaren tratamendu psikologikoa: kasu klinikoa". *Uztaro*, 47, 67-79.
- Salaberria, K., Borda, M., Amor, P.J., y Echeburúa, E. (2000). "Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica". *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5, 27-43.
- Salaberria, K. y Garaigodobil, M. (2002). "Trastorno de la imagen corporal: evaluación y tratamiento. En Maganto, C. (2002)". *Investigaciones en psicología clínica*. San Sebastián. Ibaeta Psicología.
- Sanchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. Y Raich, R.M. (2004). "Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal". *Psicología Conductual*, 12, 551-576.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J., Whitaker, L.A. (1998). "The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization". *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York. Pergamon Press.
- Thompson, J.K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. Washington. American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M.N., y Tantleff, D.S. (1998). *Exacting beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington. American Psychological Association.
- Toro, J. (1988). "Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta". *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.