

José Santos-Morocho



PSICOPATOLOGÍA DE LA IMAGEN CORPORAL

Definiciones, alteraciones, teorías y evaluación





Enero 2022 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright del texto © 2022 de Autores

libros.ciencialatina.org

editorial@ciencialatina.org

Atención por WhatsApp al +52 1 222 690 3834

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título y subtítulo: PSICOPATOLOGIA DE LA IMAGEN CORPORAL. Definiciones, alteraciones, teorías y evaluación. Autor: Dr. Jose Luis Santos Morocho. Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Formato: PDF Páginas: 81 p. Tamaño: Sobre C5 162 x 229 mm Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acceso: World Wide Web Incluir: Bibliografía ISBN: 978-99925-264-2-2 DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w731

1ª. Edición. Año 2022. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.

El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales.

**Prohibida su reproducción por cualquier medio.
Distribución gratuita.**

Dr. Jose Luis Santos Morocho.

Con especial concideración a mi familia, por su amor y apoyo.

Jose Santos-Morocho

Autor:

Jose Luis Santos Morocho

Universidad de Cuenca

Facultad Ciencias Medicas

santosjosek1@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8824-6344>

El Autor



Jose Luis Santos Morocho

Es Doctor PhD por la Universidad de Sevilla-España. Departamento de Psicología Experimental y Departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento Psicológicos. Línea de investigación en Intervención Psicológica en Clínica y Salud. Jose Luis Santos Morocho se graduó con sobresaliente, con el máximo honor y reconocimiento “CumLaude” grado científico otorgado por los miembros del Honorable tribunal de Doctores, que forman parte de la evaluación y defensa de la tesis Doctoral, quienes en voto secreto acuerdan esta distinción por unanimidad.

Jose Luis Santos Morocho, también es Magister en Investigación de la Salud, realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca Ec. Tiene una alta formación, Maestría y Subespecialidad en Psicología Clínica. Además, Maestrías profesionalizantes, diplomados y especializaciones. Acreditado legalmente por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador como un profesional calificado para ejercer la Salud Mental y la Psicoterapia. Es investigador acreditado por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador.

Jose Luis Santos Morocho, es profesor Universitario de tercer y cuarto nivel, autor de libros y artículos científicos, actualmente desarrolla un modelo de atención basado en la psicoterapia para mejorar la Salud Mental. Conferenciante y ponente nacional e Internacional en varios congresos científicos.

Jose Luis Santos Morocho, es experto en Psicopatología, Psicodiagnóstico y Psicoterapia. Como Psicólogo Clínico ofrece tratamientos para mejorar la Salud Mental. Es conocedor de las mejores técnicas modernas y científicas de la neuroconducta y de la psicoterapia, aplicadas con experiencia y ética. Le permitirá al paciente descubrir sus traumas, manejar sus emociones y superar problemas de la mente. Experto en prevención, evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con la imagen corporal.

ÍNDICE

PRÓLOGO	1
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	2
CAPÍTULO I.....	5
LA IMAGEN CORPORAL.....	5
1. Definición de Imagen Corporal (IC).....	6
1. 2. Componentes de la IC	7
1.2.1. Componente perceptivo.....	7
1.2.2. Componente actitudinal.....	7
1.3. La imagen corporal según la condición física o socio-cultural de ser hombre o mujer	8
1.4. Insatisfacción corporal	9
1.5. Preocupación por la apariencia	10
CAPÍTULO II	12
ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.....	12
2. Alteraciones de la imagen corporal.....	13
2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria	14
2.1.1. La Anorexia Nerviosa.....	15
Tabla 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa	18
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la Anorexia Nerviosa..	19
CIE 10. Clasificación Internacional de las Enfermedades F50.0	19
2.1.2. La Bulimia Nerviosa.....	20

Bulimia Nerviosa	22
Tabla 4. Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10	23
Bulimia Nerviosa (F50.2)	23
2.1.3. El Trastorno por Atracón.....	24
2.2. Trastorno Dismórfico Corporal.....	26
<i>CAPÍTULO III.....</i>	32
<i>TEORÍAS DE LA IMAGEN CORPORAL.....</i>	32
3. Teorías sobre la Imagen Corporal.....	33
3.1. La Teoría de la Comparación Social.....	33
3.2. La teoría sociocultural.....	35
3.3. La teoría de la objetivación.....	37
3.4. La teoría feminista	38
3.5. Teorías cognitivo-conductuales.....	38
<i>CAPÍTULO IV</i>	40
<i>EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL</i>	40
4. Medición de los componentes de la Imagen Corporal	41
4.1. Medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC.....	42
4.1.1. Escala de clasificación de figuras	43
4.1.2. Instrumento de medición de la Silueta	44
4.1.3. Test de evaluación de la imagen corporal (BIA).....	45
4.1.4. Escala de evaluación de la imagen corporal-Cuerpo (BIAS- BD)	46
4.2. Medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC.....	47
4.2.1. Índice de satisfacción de la imagen corporal	48

4.2.2.	Índice de semejanza	48
4.2.3.	Las escalas analógicas visuales	48
4.2.4.	Cuestionario de ideales de imagen corporal (BIQ)	48
4.3.	Medidas que evalúan el componente afectivo/emocional de la IC.....	49
4.3.1.	El inventario situacional de la disforia de la imagen corporal (SIBID)	49
4.3.2.	Escala de estados de imagen corporal (BISS).....	50
4.3.3.	El Cuestionario de alteración de la imagen corporal (BIDQ).....	50
4.4.	Medidas que evalúan el componente cognitivo de la IC	51
4.4.1.	Cuestionario de evaluación de las distorsiones cognitivas de la imagen corporal(ABCD).....	51
4.4.2.	El Inventario de Esquemas de Apariencia (ASI)	52
4.4.3.	Inventario de preocupaciones de imagen corporal (BICI).....	52
4.4.4.	Cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ).....	52
4.4.5.	Escala de comparación corporal (BCS)	53
4.4.6.	Escala de comparación de apariencia ascendente (UPACS) y la Escala de comparación de apariencia descendente (DACS).....	53
4.4.7.	La escala de comparación de la apariencia física (PACS).....	54
4.4.8.	Cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal.....	54
4.4.9.	La escala de comparación de la apariencia física revisada (PACS-R).....	55

4.4.10.	La escala de la comparación de la apariencia física- 3 (PACS-3)	55
4.5.	Medidas que evalúan el componente comportamental de la IC	56
4.5.1.	Cuestionario multidimensional de autorrelaciones corporales (MBSRQ)	56
4.5.2.	Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI)	57
4.5.3.	Cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales (BESAQ)	58
4.5.4.	Cuestionario-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS)	58
4.5.5.	Inventario de esquemas de apariencia revisado (ASI-R)	59
4.5.6	Cuestionario de evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ)	59
CONCLUSIONES		61
REFERENCIAS		62

PRÓLOGO

La Imagen Corporal es un constructo multidimensional complejo que engloba las percepciones, pensamientos, actitudes y sentimientos del ser humano sobre su cuerpo, la manera en que estima su tamaño, evalúa su atractivo, las emociones asociadas con su forma y apariencia, así como las conductas dirigidas a su manejo.

En este libro se describe la psicopatología de la imagen corporal, sus definiciones, alteraciones, teorías y evaluación, permitiendo al lector conocer sobre las preocupaciones exageradas sobre la percepción de la imagen del cuerpo, que pueden incluso llegar a desencadenar serias alteraciones de la imagen corporal.

Además, en sus contenidos se describen indicadores y criterios clínicos de algunas psicopatologías, así como la preocupación por la apariencia. Se estudia diferentes instrumentos para la evaluación de la IC y su relación con aspectos de la salud mental. Se hace un repaso a diferentes teorías y se describen algunas perspectivas desde la psicología clínica.

La investigación empírica, publicada en dos artículos científicos, cuyos resultados concluyen que la presión social ejerce significativamente en la mente de las personas, especialmente por la estética del cuerpo, fenómeno más frecuente en las mujeres que en los hombres y que presentan mayor insatisfacción al valorar su apariencia corporal.

Jose Santos-Morocho

INTRODUCCIÓN GENERAL

La Imagen Corporal (IC) ha cobrado importancia en los últimos años en los diversos ámbitos de la sociedad tanto por las sensaciones como para las conductas que pueden derivar en los sujetos.

Dentro de esa gama de implicaciones, un aspecto esencial son las Psicopatologías que desencadenan Alteraciones de la Imagen Corporal (AIC), en la medida en que afectan a la calidad de vida de las personas.

Si bien es cierto que esta preocupación anómala por la imagen corporal no es exclusiva de nuestros días, cada época y sociedad han forjado sus propios marcos y estándares de belleza contruidos en torno a la propia imagen. Actualmente la cuestión se ha exacerbado, debido especialmente a la influencia que ejercen los medios de comunicación y las redes sociales en la configuración y expansión de una imagen ideal, no siempre alcanzable. La cultura Occidental, está centrada en la apariencia y en estándares sociales de belleza.

La insatisfacción corporal ocurre cuando un individuo, basado en ese patrón y por comparación, percibe que su cuerpo discrepa de ese ideal. Se torna en un problema mundial en cuanto cada vez logra enorme influencia, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, especialmente en la etapa de la adolescencia y juventud, y puede desencadenar en una serie de trastornos psicopatológicos.

Ciertamente, se ha comprobado que los problemas relacionados con la IC estarían ocasionando alteraciones alimentarias, conductas de inadaptación, pérdida de peso, sobrevaloración de la imagen y, en mayor medida, una enorme preocupación por el cuerpo (Bozsik et al., 2018).

Para entender mejor el problema, vale anotar que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia y, dada su prevalencia, curso clínico prolongado y gravedad, se consideran uno de los principales problemas de salud mental en los jóvenes, que

pueden generar un gran impacto en la vida profesional, académica y social y están asociados con un deterioro psicosocial clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Agravado porque el 30 % o 40 % que padece estos trastornos pone en riesgo su vida; y el 20%,muere (Micali et al., 2019). En tal sentido, se hace necesario al estudio que permita detectar y prevenir situaciones de esta naturaleza.

Los instrumentos de evaluación, han venido actuando como instrumentos para evaluar los comportamientos relacionados con determinados trastornos tanto para la investigación científicacomo para la práctica profesional. Dada su importancia, el debate sobre los estándares de su construcción está continuamente abierto y las sugerencias para su perfeccionamiento y mejora constituyen un aspecto esencial para la investigación científica en Psicología (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Este libro corresponde a la parte teórica de la validación de tres instrumentos que evalúan la evitación a causa de la imagen corporal y la comparación del aspecto físico, con el fin de adaptarlos a la población española, analizar su estructura factorial y sus propiedades psicométricas.

Concretamente, se presentan dos estudios ya publicados en revistas de impacto JCR

El primero, sobre la validación del cuestionario de evitación de la Imagen Corporal (BIAQ) RosenSrebnik, y Saltzberg (1991), aplicado en una muestra de adolescentes disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00650-7>. El segundo, presenta la validación de la Escala de Comparación de la Apariencia Física revisada (PACS-R) (Schaefer y Thompson, 2014) y la Escala de Comparación de Apariencia Física (PACS-3) (Schaefer y Thompson, 2018), administrado a una amplia muestra de jóvenes de la población general. Disponible <https://doi.org/10.3390/ijerph1720>

El presente libro está estructurado con el marco teórico organizado en cuatro capítulos que dan cuenta sobre la psicopatología, las teorías de la imagen corporal,

las alteraciones derivadas, así como los diversos instrumentos que se han empleado para la evaluación de los trastornos de la imagen corporal y la última parte, que ofrece la discusión y las conclusiones generales del trabajo.

En esta estructuración merece destacarse que, por la naturaleza de esta publicación corresponde a la tesis doctoral del autor, que se realizó por compilación de artículos científicos ya publicados en revistas de impacto en *Journal Citation Reports*, lo que, por un lado, pone de relieve el valor de la investigación en sus resultados y en sus aportes, debido a la discusión que ya han generado sus resultados. Por otro lado, implica que estamos ante una información que ya se ha hecho pública, que circula y que incluso está sirviendo de soporte para las investigaciones que se efectúan en el ámbito hispanoamericano.

CAPÍTULO I

LA IMAGEN CORPORAL

1. Definición de Imagen Corporal (IC)

La imagen corporal (IC) es un término general que se refiere a cómo un individuo percibe, siente y piensa sobre su cuerpo (Dahlenburg et al., 2020). Es definida como un constructo multidimensional complejo referido a la imagen mental que el sujeto se representa sobre la forma y el tamaño de su cuerpo, imaginario que se configura por la interacción de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos (Cash, 2012; Grogan, 2017; Spreckelsen et al., 2018). La imagen corporal engloba las percepciones, pensamientos, actitudes y sentimientos del ser humano sobre su cuerpo, la manera en que estima su tamaño, evalúa su atractivo, las emociones asociadas con su forma y apariencia, así como las conductas dirigidas a su manejo.

Los múltiples factores que intervienen en su formación dan lugar a que el estudio de la IC sea complejo, en la medida en que sus postulados deben considerar el punto de vista psicológico y social. Para explicarlo mejor, podemos considerar el ejemplo del contenido de los medios de comunicación, que pueden ser influyentes para producir cambios en la forma en que el cuerpo es experimentado. La incidencia de estos medios en la sociedad explica su enorme poder para influir en la forma en que el cuerpo es percibido y evaluado (Tiggemann y Williamson, 2000).

En la actual sociedad industrializada, se ha instaurado una imagen de un cuerpo estandarizado y perfecto; idealizado, subyugado a la moda y a la estética (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999). Esta idea de perfección por el cuerpo, ha sido transferida como un arquetipo por los amigos, por familiares y por los pares, pudiendo llegar a ser parte del aparato cognoscitivo, lo que desarrollaría una autoconciencia de las personas en general, especialmente en los jóvenes, donde la apariencia física se considera un indicador de éxito social y profesional (Rodríguez-Testal, 2013)

1.2. Componentes de la IC

De acuerdo con diversas investigaciones (Cash, 2002; Cash y Pruzinsky, 1990; Grogan, 2008; Thompson, 1990), la IC está integrada por algunos componentes que se detallan a continuación:

1.2.1. Componente perceptivo

Hace referencia a la percepción del tamaño, del peso y de la forma del cuerpo, en su totalidad en partes, este componente que se ha configurado en el sujeto, engloba aspectos sensibles con respecto a la IC. Al ser de conocimiento inmediato y continuo, este esquema del cuerpo se relaciona con el medio y con sus propias posibilidades (Cash y Smolak, 2011). Su función principal es, contribuir a la ejecución de la acción, además, estar involucrado en su comprensión.

1.2.2. Componente actitudinal

Consiste en la inversión cognitivo-conductual de las personas en su apariencia, pero también, interviene la evaluación referida a la relación positiva-negativa, especialmente de elogios y creencias sobre la apariencia (satisfacción-insatisfacción del cuerpo, el desagrado). Esta imagen corporal actitudinal está conformada por tres subcomponentes:

a) **Componente emocional-afectivo:** implica el aspecto afectivo, vinculado a las emociones sobre el cuerpo, que se produce cuando se incorporan experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia y asco. Asimismo, la IC emocional considera a los sentimientos sobre la satisfacción con la figura y con las experiencias que proporciona el cuerpo.

b) **Componente corporal cognitivo:** son las ideas y creencias subjetivas sobre el cuerpo, igualmente, incluye actitudes que ayudan a gestionar los pensamientos, los sentimientos y las valoraciones que despierta el cuerpo, por ejemplo, las creencias erróneas sobre el cuerpo o algunas partes de él.

c) **Componente corporal conductual:** se refiere a los comportamientos de las personas hacia su cuerpo. Estos actos incluyen, por un lado, las conductas

evitativas sobre la IC, que reflejan la insatisfacción con la apariencia y, por otro lado, la evitación de situaciones activantes de preocupaciones a causa de la imagen corporal.

Estos componentes explican la construcción dinámica de la IC y exhiben la existencia de indicadores causales que pueden predisponer y conducir a las personas a desarrollar problemas relacionados con la IC y a promover el inicio de conductas alteradas, compulsivas o evitativas (Cash y Smolak, 2011; Halliwell et al., 2017; Veale y Neziroglu, 2010).

1.3. La imagen corporal según la condición física o socio-cultural de ser hombre o mujer

Para estudiar la IC puede ser adecuado considerar la noción de género, porque ayuda a incluir ciertos roles sociales basados en el sexo de la persona (rol de género), la identificación o identidad personal, que asume el sujeto según su género y la condición física o socio-cultural de ser hombre o mujer.

Socialmente, para el caso de la mujer, la imagen ideal es ser delgada y bella (Bordo, 2003), con un cuerpo alto, delgado y el estereotipo de la “muñeca Barbie” (Marchessault, 2000, p. 204), el cuerpo femenino, además, debe ser tonificado y firme, conservar la feminidad y delicadeza (Bordo, 2003). Este estereotipo comúnmente se asocia con el autocontrol, la elegancia, la socialización, el atractivo y la juventud. Obtener esta IC ideal parece ser una exigencia y un mandato, incluso si es físicamente imposible. Vale anotar que este ideal de belleza no ha sido siempre el mismo, ha cambiado a lo largo del tiempo (Betz et al., 2019; King, 2018; Shoraka et al., 2019).

En el caso de los hombres, contemporáneamente la IC está marcada por una forma de cuerpo delgado, firme (Bordo, 2003), poca grasa, músculos definidos (no voluminosos) en el pecho, brazos y hombros, también una cintura y caderas delgadas (Harrison, 2000), estómago plano y tonificado. Contar con este físico es visto por la sociedad y la cultura occidental como un símbolo de estatus, de

masculinidad, de éxito y de poder (Betz et al., 2019; King, 2018; Shorakaet al., 2019). Este físico ideal, delgado y tonificado del varón parece que ha sido instaurado por los medios de comunicación que siempre muestran cuerpos *fitness* (con bajos niveles de grasa corporal) que visibilizan los músculos (Cafri y Thompson, 2004).

1.4. Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se define como el desagrado o descontento del tamaño y la forma del cuerpo, sumada a la actitud que las personas manifiestan sobre sus cuerpos (pensamientos, sentimientos y comportamientos) que se relacionan con evaluaciones negativas del cuerpo al que sienten imperfecto. Como resultado, podría existir una discrepancia entre la evaluación que la persona hace de su cuerpo real y del cuerpo ideal, por ejemplo, la insatisfacción con la musculatura/tono muscular o el peso (Cash y Szymanski, 1995). En la insatisfacción corporal, no hay distorsión de la IC, pero esta percepción, puede llegar a ser bastante común en la población general (descontento normativo) y podría afectar a mujeres y hombres por igual (Rodin, Silberstein, y Striegel-Moore, 1984). El sentimiento, además, podría depender de variables como: el género, la edad y las medidas corporales (peso y altura).

Los estudios manifiestan que las preocupaciones por la apariencia se inician a una edad temprana (Alleva et al., 2019), a los 6 años las niñas comienzan a expresar preocupaciones sobre su propio peso y forma, y entre el 40-60 % de las niñas de primaria (de 6 a 12 años) parecieran estar preocupadas por estar demasiado gordas (Cash y Smolak, 2011).

La aparición de la preocupación antes de la adolescencia puede contribuir a desarrollar problemas relacionados con la IC (Dafferner et al., 2019). Para Smolak (2001), la insatisfacción corporal suele aparecer en la infancia, y podría convertirse en una experiencia común entre las niñas preadolescentes (10-12 años). Una vez adquirida, se interioriza durante la adolescencia y evoluciona en la juventud (Smolak et al., 2001).

La insatisfacción corporal puede manifestarse en adolescentes y los jóvenes, especialmente los relacionados con el cuerpo, por ejemplo, los problemas alimentarios (Izydorczyk et al., 2020). También, se pueden presentar problemas emocionales (incluido el miedo a la pubertad), y en ocasiones la insatisfacción del cuerpo puede producir síntomas relacionados con la idea persistente sobre el descontento del cuerpo (Brechan y Kvalem, 2015; Hou et al., 2018; Lydecker et al., 2018).

Otros estudios señalan que los adolescentes y jóvenes con insatisfacción pueden presentar problemas de evitación ante situaciones como, por ejemplo, acudir a la escuela (Mills et al., 2019; Vannucci y Ohannessian, 2017). La insatisfacción con el cuerpo parece también afectar la construcción de su autoestima (Rosewall, Gleaves et al., 2020). En general, la insatisfacción con el cuerpo podría ser un factor predictor para la presencia de síntomas relacionados con el estado del ánimo especialmente en mujeres adolescentes (Braun, Park, y Gorin, 2016).

1.5. Preocupación por la apariencia

Se define como la preocupación excesiva que experimenta un sujeto por un defecto en la apariencia física, defecto que puede ser poco perceptible y en ocasiones, producto de la subjetividad y de la actitud de la persona. Esta preocupación puede ser muy significativa en las mujeres (Mitchison et al., 2017).

La preocupación por la apariencia, puede ir acompañada de evitación social y de comportamientos dirigidos a controlar los defectos en la apariencia (Onden-Lim y Grisham, 2013; Rodin, J., Silberstein, y Striegel-Moore, 1984; Senín-Calderón et al., 2017). Por ejemplo, la conducta de pesarse, mirarse al espejo y evitar situaciones públicas (Silva et al., 2019).

Se ha comprobado que los problemas psicosociales, por ejemplo, burlas, maltrato y críticas de parte de sus pares sobre rasgos faciales, forma del cuerpo, pecho y cabello (Almenara y Ježek, 2015) pueden desencadenar preocupaciones por la apariencia durante la etapa de la adolescencia, convirtiéndose en un

fenómeno social altamente perjudicial para su desarrollo (Cash, 2006). A causa de la preocupación por la apariencia, los adolescentes pueden presentar comportamientos como la evitación social y la tendencia al aislamiento, además de emociones frecuentes como la tristeza y el miedo a la evaluación negativa (Storch y Masia-Warner, 2004).

Dentro de las preocupaciones por la apariencia, se encuentra las preocupaciones dismórficas, que se define como la preocupación excesiva por un defecto percibido en la apariencia física, que podría ser leve o insignificante hasta desbordante (Monzani et al., 2012; Wambach y Schmidt, 2020). Las preocupaciones dismórficas, pueden presentar un patrón de preocupación con el aspecto físico, hasta la obsesión por una fealdad o anomalía subjetiva (Crerand et al., 2005), con sentimientos como el miedo al rechazo social y físico (Phillips et al., 2014). Además, podría ser responsable de comportamientos compulsivos, cuando la persona invierte mucho tiempo para ocultar, arreglar o verificar su apariencia, y de una amplia gama de trastornos psiquiátricos (Phillips, 2005), incluida la depresión (Oosthuizen et al., 1998), trastornos de alimentación (Mancuso et al., 2010; Mustapic et al., 2015). En definitiva, la preocupación por la apariencia es un problema multicausal que puede llegar a controlar la vida cotidiana de los adolescentes y jóvenes (Cohen et al., 2019).

CAPÍTULO II

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

2. Alteraciones de la imagen corporal

La alteración de la imagen corporal (AIC), se define como una alta insatisfacción corporal, una evaluación negativa de la apariencia y deseo de cambiarla, así como a la presencia de comportamientos que tienen como objetivo ocultar o controlar la apariencia física (Grogan, 2010). La AIC se caracteriza por la presencia de juicios valorativos perceptivos o actitudinales sobre el cuerpo, que no coinciden con las características reales (Cash y Brown, 1987). Estas alteraciones podrían llevar a que las personas presenten dificultades para evaluar con precisión el tamaño y forma de su cuerpo (Lewer et al., 2017), además, desarrollar insatisfacción con la apariencia y distorsión de la imagen corporal (Porras-García et al., 2020).

El aspecto afectivo puede alterarse por la insatisfacción corporal (peso y la forma), pudiendo ocasionar una carga emocional de sentimientos negativos (Crowther y Williams, 2011), involucrados con el control del cuerpo y con la psicopatología alimentaria (Shafran et al., 2004).

La insatisfacción corporal, actuaría como un factor de riesgo para iniciar las dietas o como un factor de mantenimiento para trastornos, como por ejemplo, la bulimia nerviosa (Stice y Shaw, 2002); y otras prácticas alimentarias desordenadas y poco saludables, especialmente aquellas relacionadas con las dietas para perder peso, o el desarrollo de comportamientos como dejar de comer, los vómitos, los ejercicios excesivos o uso inapropiado de laxantes y, en casos extremos, el uso de diuréticos (Neumark-Sztainer et al., 2011). En efecto, los estudios manifiestan que la AIC tienen comorbilidad con los desórdenes alimentarios y que son muy frecuentes durante la adolescencia y la juventud (Ahern y Hetherington, 2006; Stice et al., 2007).

Las distorsiones cognitivas centradas en la apariencia son un elemento clave en las AIC. Este componente cognitivo, se puede explicar por la relación entre las comparaciones sociales ascendente descritas en la teoría de la comparación social

de Festinger, donde la persona se compara con estándares superiores o más atractivos.

Las comparaciones ascendentes se han asociado a la afectividad negativa, por ejemplo, con la culpa que sienten por su apariencia, lo que podría ocasionar insatisfacción corporal, trastornos alimentarios (Fuller-Tyszkiewicz, et al. 2019); además, de síntomas del trastorno dismórfico corporal (Anson, Veale y Miles, 2015). Los comportamientos que se asocian (Cash y Deagle, 1997), a las AIC están identificados como aquellos que se caracterizan por conductas ritualistas con el peso, el tamaño o la apariencia de las áreas del cuerpo o del todo (Reas et al., 2002).

2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprenden un grupo de afecciones caracterizadas por una preocupación por la comida y el peso corporal, que resulta en una conducta alimentaria alterada (American Psychiatric Association, 2013). Se caracterizan por un patrón de ingesta o restricción de la alimentación para controlar el peso y la forma del cuerpo.

Los TCA como afecciones psicopatológicas graves, generan un gran impacto en la vida profesional, académica y social y están asociados con un deterioro psicosocial clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), considera a estos trastornos como una alteración en la alimentación y en el comportamiento, que podrían causar daño en la salud física y en el desempeño psicosocial (American Psychiatric Association, 2013, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre los trastornos mentales prioritarios en niños, adolescentes y jóvenes, debido al riesgo que implican para la salud (World Health Organization, 1992).

Estos trastornos se clasifican en los siguientes tipos: Anorexia Nerviosa (AN),

Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA), Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID).

Otros trastornos de alimentación especificados o no especificados, Trastornos alimentarios o de la conducta alimentaria (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992). En esta tesis se considera a las tres primeras clases:

2.1.1. La Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria definida como una restricción persistente de la ingesta de alimentos o a la inanición, que conduce a una reducción del peso corporal y que se desarrolla por el miedo a aumentar de peso, o por alteraciones de la percepción corporal (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992).

Generalmente, se inicia durante la adolescencia y puede mantenerse hasta la edad adulta, si bien la evidencia sugiere que la edad de inicio ha estado disminuyendo en la última década (Andersen et al., 2018).

El diagnóstico de la AN se encuentra descrito por el DSM-5 dentro de los Trastornos Alimentarios y de la ingestión de los alimentos (Tabla 1). La característica esencial para el diagnóstico de la AN durante la adolescencia y juventud, es una alteración en la imagen corporal, cuando la autoestima se basa desproporcionadamente en la forma y el peso (American Psychiatric Association, 2013). Dicha alteración de la imagen corporal parece ser un factor predictor de AN, sobre todo en la recaída de la enfermedad y en la persistencia, especialmente en los pacientes recuperados (Rosewall, Beavan, et al., 2020).

El cambio principal en el diagnóstico de AN dado por el DSM-5 frente a su versión anterior, es la supresión del síntoma de la amenorrea (American Psychiatric Association, 2013). En la comparación del DSM 5 con respecto al DSM IV TR se puede enfatizar que, para el diagnóstico, en el criterio A se ha modificado la valoración de una bajada de peso significativa en el momento del

desarrollo evolutivo.

En el criterio B, señala que el paciente con AN puede presentar un comportamiento persistente que interfiera en el aumento de peso (American Psychiatric Association, 2013).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluye a la AN en los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Tabla 2) (World Health Organization, 1992). El CIE-10 considera a la AN como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso autoinducida (Índice de Masa Corporal < 17.5), a través de una dieta rigurosa y restricción de alimentos con alto contenido en calorías. También en la CIE-10 se asegura que, con el fin de disminuir su peso, los pacientes presentan conductas tales como vómitos autoprovocados, uso o abuso de laxantes u otros fármacos como anorexígenos o diuréticos y exceso de ejercicio físico (World Health Organization, 1992).

En el criterio A, el CIE-10 considera a la AN por la pérdida de peso significativo para su edad y altura, el DSM-5 no especifica la baja de peso. Sin embargo, la pérdida de peso está asociada a la restricción de la ingesta energética y a conductas purgativas. En comparación con el DSM-5, sobre todo con el criterio A respecto a la AN, se visualiza la eliminación del criterio de amenorrea, que sí se encuentra en el criterio D de la CIE-10. También el DSM-5 especifica la gravedad del problema en adolescentes y jóvenes en el índice de masa corporal (IMC) (American Psychiatric Association, 2014).

Por su parte, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) representa un avance significativo en la clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sobre todo, en el diagnóstico y el tratamiento de los TCA (World Health Organization, 2017).

Una de las mejoras en la CIE-11 es la reducción del porcentaje de los trastornos que caen en una categoría no especificada, a diferencia de la CIE-10, en la que la mayoría de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria se

clasifican como trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. Es decir, TCA se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial.

Según la Organización Mundial de la Salud, las guías diagnósticas propuestas en la CIE-11 para los trastornos de la conducta alimentaria son adecuadas para estudiar casos controlados (casos hospitalizados) de AN (World Health Organization, 2017). Por ejemplo, un paciente que no presenta amenorrea no hubiera podido ser diagnosticado con anorexia nerviosa en la CIE-10, pero en la CIE-11 si se podría (World Health Organization, 2017).

De manera global, y en lo que parecen coincidir todos los sistemas de clasificación sobre la AN (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992) es que presentaciertas características que se describen a continuación: preocupación extrema por su figura y pormantener un peso corporal bajo, miedo intenso por aumentar de peso y engordar, distorsión en la percepción de su IC, pérdida de peso intencional inducida y mantenida, ideas recurrentes y sobrevaloradas caracterizadas por el temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, desnutrición con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales, dieta restringida, ejercicio excesivo, vómito y purgas inducidas y el uso de anorexígenos y de diuréticos.

A continuación, los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa:

Tabla 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa

DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

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.

A. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

B. 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.

Especificar si:

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 o el ejercicio excesivo.

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 periodo 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 han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar si la gravedad actual:

- Leve: IMC ≥ 17 Kg/m²
- Moderado: IMC 16-16,99 Kg/m²
- Grave: IMC 15-15,99 Kg/m²
- Extremo: IMC < 15 Kg/m²

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la CIE-10 para la Anorexia Nerviosa

CIE 10. Clasificación Internacional de las Enfermedades F50.0

A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de *Quetelet* de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:

- 1) evitación del consumo de alimentos que engordan
- 2) vómitos autoprovocados
- 3) purgas intestinales autoprovocadas
- 4) ejercicio excesivo
- 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una

pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía

2.1.2. La Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que se define por la sobrevaloración del peso y la forma del cuerpo, con episodios recurrentes de atracones, sensación de pérdida del control seguidos por un comportamiento compensatorio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Los comportamientos compulsivos compensatorios de la BN, como el vómito autoinducido, el ejercicio excesivo o el uso indebido de laxantes, la convierten en un trastorno de la alimentación con consecuencias fisiológicas y psicológicas (Golden et al., 2003; Wilson et al., 2017).

Los pensamientos o preocupaciones de una persona con bulimia pueden incluir la alimentación, el peso, la forma, la apariencia y la vestimenta (Gorrell et al., 2019).

En el DSM-5, la BN se encuentra dentro del apartado de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Tabla 3). El cambio más novedoso con respecto al DSM-IV-TR propuesto por el DSM-5 es la reducción en el número mínimo de atracones y conductas compensatorias. Sin embargo, estos indicadores son

necesarios para realizar el diagnóstico, pasando de dos veces a la semana, a una vez por semana durante tres meses. En relación a los tipos de BN, el tipo no purgativo ha desaparecido en el DSM-5, debido a la baja incidencia de casos y por la dificultad de realizar un diagnóstico diferencial con el Trastorno por Atracones (American Psychiatric Association, 2013). La BN es considerada por el DSM-5 con un trastorno. Por su parte, la CIE-10 considera a la BN como un conjunto de síntomas que pueden aparecer en el ser humano en el transcurso de su vida (Tabla 4). De esta manera, el criterio A del DSM-5 y la CIE-10 afirma que lo principal de la BN son los atracones recurrentes, es decir, ingerir muchos alimentos en un periodo de tiempo determinado y con la sensación de pérdida del control sobre lo que se come durante el episodio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

Estos atracones deben de ir acompañados de conductas compensatorias como se describe en el criterio B del DSM-5 y el criterio C de la CIE-10. Tanto el DSM-5 y la CIE-10 enfatizan en la autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992).

El DSM-5 incluye algunos cambios respecto a su anterior versión: la primera, es la reducción de un atracón a la semana durante tres meses en contraposición a los dos semanales que exigía el DSM-IV-TR. En segundo lugar, se han eliminado los subtipos en el diagnóstico de este trastorno. Por último, se incluye las especificaciones de la existencia de alguna remisión (parcial o total) y de la gravedad actual del problema que deberá basarse en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, aunque la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional (American Psychiatric Association, 2013).

Por su parte, la CIE-11 ha incorporado un ajuste para la BN al considerar que los pacientes con una baja frecuencia de atracones y purgas o que experimentan

pérdida de control al comer una cantidad de alimentos que no son objetivamente muy grandes (atracones subjetivos) no hubieran sido diagnosticados con bulimia en la CIE-10, pero lo serían utilizando las guías diagnósticas de la CIE-11 (World Health Organization, 2017).

A continuación, los criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa:

Tabla 3. Criterios del DSM-5 para la Bulimia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

- 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 periodo continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa no se ha cumplido ningún de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

- **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 inapropiados a la semana.
- **Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la BN en la CIE-10

Bulimia Nerviosa (F50.2)

Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

A. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.

B. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta en un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario

adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

2.1.3. El Trastorno por Atracón

El Trastorno por Atracón es un trastorno de la conducta alimentaria que presentan episodios de sobre ingesta de alimentos como en la BN, pero sin conductas compensatorias relacionadas. Se caracteriza porque la persona llega a comer de manera objetiva una gran cantidad de alimentos en un período aproximado de dos horas y puede sentir una pérdida de control durante el episodio (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). El Tase ha identificado en 1.6 % de adolescentes en población general. Las personas con TA después del episodio de sobre ingesta de alimentos no suelen tener sentimientos de culpa (Pötzsch et al., 2018); en otras palabras, estas personas no recurren a inducirse el vómito. Puede involucrar la percepción crítica de comentarios sobre forma de su cuerpo, burlas de peso y, en el peor de los casos, discriminación (Puhl y Latner, 2007).

En el DSM-5, el TA se encuentra dentro del apartado de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (Tabla 5). Una de las principales diferencias entre la CIE 10 con el DSM-5 es que la CIE 10 describe en el primer criterio diagnóstico, la frecuencia e intensidad de los atracones, donde, manifiesta que dichas conductas se presentan vez por semana y podrían durar hasta tres meses. Otra diferencia con la CIE 10 es, que en el TA la autoevaluación del paciente no se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal (no es un criterio necesario para su diagnóstico).

De acuerdo con el criterio B del DSM-5, es necesario que en el episodio de atracones se den tres hechos: comer más rápido de lo normal, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre y sentirse disgustado consigo mismo. Además, hay que comprobar que exista un malestar clínico significativo respecto a los atracones.

La novedosa incorporación del TA en la CIE-11(World Health Organization, 2017) ayudará a reducir la proporción de diagnósticos no especificados, que parece en el DSM-5.

El TA ha estado bajo investigación durante muchos años, por lo que hay una gran cantidad de evidencia para apoyar su validez y utilidad clínica. El TA puede estar asociado con la obesidad: las personas con trastorno por atracón pueden sufrir de síndrome metabólico y otras complicaciones médicas asociadas con el sobrepeso, así como un deterioro en el funcionamiento social y laboral (World Health Organization, 2017).

A continuación, los criterios diagnósticos para el Trastorno de Atracón:

Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Atracón

Trastorno de Atracón

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 no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se

ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de labulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si: En remisión parcial, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, 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 los episodios de atracones (véase a continuación); la gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

2.2. Trastorno Dismórfico Corporal

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) se define como una preocupación angustiada o perjudicial por defectos imaginarios o leves en la apariencia (American Psychiatric Association, 2013, 2014; World Health Organization, 1992). Es decir, las personas con TDC tienen una preocupación crónica por los defectos percibidos en la apariencia física que conduce a comportamientos repetitivos

(Tabla 6) y/o actos mentales relacionados con sus preocupaciones. Los rituales de mirar en el espejo, así como la comparación de la apariencia son los más frecuentes en el TDC y pueden ser realizados por aproximadamente el 80 % de las personas afectadas (Phillips, 2005, 2017).

Conviene enfatizar que las personas con TDC conciben y se convencen de que hay partes de su cuerpo que son muy feas, de manera que pueden dedicar mucho tiempo a desarrollar conductas compulsivas encaminadas a corregir, arreglar, cubrir y mejorar la supuesta imperfección. Además, constantemente preguntan a los demás sobre su aspecto físico (Phillips, 2000). La etiología del TDC aún es desconocida, sin embargo, investigaciones plantean que el componente hereditario es el más determinante, puesto que el trastorno es hasta ocho veces más frecuente en las familias con antecedentes del trastorno.

El TDC, generalmente comienza durante la adolescencia e involucra numerosas áreas y también comportamientos corporales preocupantes (Phillips et al., 2005).

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría reconoció este trastorno como “Trastorno dismórfico corporal” en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSMIV) (American Psychiatric Association, 2000). Mientras que, el DSM- IV- TR (American Psychiatric Association, 2006), lo incluían dentro de los Trastornos Somatomorfos.

Por su parte, la Clasificación internacional de enfermedades-10 (World Health Organization, 1992), describe al TDC como una condición mental caracterizada como una preocupación angustiosa o perjudicial por un defecto imaginario o leve en la apariencia (Tabla 7).

Según el DSM-5, el TDC ahora se clasifica dentro de los Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, que siguen un patrón de comportamientos repetitivos o actos mentales en respuesta a preocupaciones sobre la apariencia (American Psychiatric Association, 2013).

La principal diferencia entre el DSM-IV y DSM5 está en el diagnóstico en los síntomas sin explicación médica. Actualmente, los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a otros trastornos médicos diagnosticados (American Psychiatric Association, 2000, 2013). Por su parte, la CIE-10 incluye al TDC o dismorfofobia dentro de la hipocondría en el apartado de los trastornos somatomorfos, con la característica de una preocupación persistente por la posibilidad de sufrir uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan quejas somáticas persistentes o una preocupación mantenida por su apariencia física. Las sensaciones y los aspectos normales y corrientes son a menudo interpretados por el paciente como anormales y angustiantes, y habitualmente enfoca la atención en sólo uno o dos órganos o sistemas corporales (World Health Organization, 1992). Actualmente, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-11 (CIE-11). Ha incluido al TDC en la clasificación del trastorno obsesivo-compulsivo (World Health Organization, 2017), además, de sugerir otros cambios en los criterios diagnósticos que pueden encontrarse según la (Tabla 8).

Por otra parte, los factores de mantenimiento del TDC pueden ser los comportamientos de seguridad relacionados con la apariencia como, por ejemplo, la comprobación de su imagen ante el espejo, el arreglo personal exagerado y la insatisfacción corporal (Wilver et al., 2020).

Por lo tanto, los rituales de observación y la atención a los defectos percibidos también se consideran factores de mantenimiento para el TDC (Möllmann et al., 2020).

A continuación, los criterios diagnósticos para el TDC detallados por el DSM-5; y la CIE-10 y CIE 11, se detallan a continuación:

Tabla 6. Criterios del DSM-5 para Trastorno Dismórfico Corporal

Trastorno Dismórfico Corporal

- 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”).

1. **Con introspección buena o aceptable:** el sujeto reconoce que las creencias del TDC son claramente o probablemente no ciertas o pueden ser ciertas o no.

2. **Con poca introspección:** el sujeto piensa que las creencias del TDC son probablemente ciertas, con ausencia de introspección o creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del TDC son ciertas.

Tabla 7. Criterios diagnósticos de la CIE-10.

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 un 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).

Tabla 8. Criterios diagnósticos sugeridos para el diagnóstico del TDC según, la CIE-11

F45.2 Trastorno hipocondríaco

El Trastorno Dismórfico Corporal está caracterizado por una preocupación persistente por uno o más defectos o imperfecciones en la apariencia que son imperceptibles o ligeramente observables por otras personas. Los individuos experimentan una excesiva autoconsciencia, frecuentemente acompañada de ideas de referencia (p.ej., convicción de que otras personas se dan cuenta del defecto, hablan del defecto o lo juzgan). En respuesta a esta preocupación, los individuos realizan comportamientos excesivos y repetitivos que incluyen, el repetido examen de la apariencia o de la gravedad del defecto o de la imperfección, intentos excesivos de camuflar o modificar el defecto percibido, o una evitación marcada de situaciones sociales o disparadores que incrementan el malestar relacionado con el defecto o la imperfección percibidos. Los síntomas son suficientemente graves para generar malestar o deterioro significativos en el área personal, familiar, social, educativa, laboral o cualquier otra área importante de funcionamiento.

Exclusiones: Anorexia Nerviosa

CAPÍTULO III

TEORÍAS DE LA IMAGEN CORPORAL

3. Teorías sobre la Imagen Corporal

Los estudiosos de la IC han propuesto teorías para conocer cómo la información transmitida por los medios de comunicación puede afectar a la imagen corporal y quiénes pueden ser los más vulnerables (adolescentes y jóvenes) a desarrollar posibles AIC. Las teorías psicológicas más influyentes para la conceptualización de la subjetividad de la imagen corporal son: la teoría de comparación social de Festinger (1954), la teoría sociocultural (Thompson et al., 1999), la teoría de la objetivación (Fredrickson y Roberts, 1997), la teoría feminista (Borowsky et al., 2015) y las teorías cognitivo-conductuales (Cash y Pruzinsky, 2002).

3.1. La Teoría de la Comparación Social

La teoría de la comparación social (TCS) de Festinger (1954) manifiesta que las personas pasan por un proceso sistemático de comparación, a través del cual tienden a mantener opiniones y creencias afines o similares. En otras palabras, cuando un adolescente o joven se siente atraído por un grupo social, este grupo termina convirtiéndose en su realidad social, con la que a partir de ese momento confrontará sus creencias.

La comparación social es un rasgo esencial que las personas usan para el autoconocimiento, para la autoevaluación y para la autorrealización personal. En consecuencia, las personas se comparan con otras para obtener una valoración propia de su apariencia y sus características tales como su salud, sus habilidades y su estatus social (Festinger, 1954).

La comparación social relacionada con la apariencia es considerada como predictor y un factor de riesgo para el desarrollo de las AIC (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999), por ejemplo, la insatisfacción corporal (Vartanian y Dey, 2013).

La teoría de la comparación social, hipotetiza y manifiesta que los grupos sociales (amigos, personas famosas, familiares y conocidos) ejercen presión sobre

sus miembros para que exista igualdad, tanto en las opiniones y en las creencias como en las habilidades (Festinger, 1954).

Entonces, cuando entre los miembros de un grupo hay diferentes opiniones, lo más frecuente es que las personas que mantienen ideas discrepantes reciban presiones para inducirles a cambiar de opinión, de tal manera que se ajusten a las del colectivo, es decir, a la única opinión del grupo.

Por ese motivo, la TCS sugiere que compararse con otros es el principal medio por el cual los individuos adquieren el autoconocimiento, de manera que, la comparación social influiría en la calidad de vida (Mitchison, Crino, y Hay, 2013).

En consecuencia, según Festinger (1954), este fenómeno social parece darse especialmente en situaciones de incertidumbre en las que resultaría difícil medir los atributos de forma objetiva.

Festinger (1954) también describe el proceso de comparación social, contrastando la manera en que las personas tienen sentido de sí mismas en relación con otras personas. Estas comparaciones pueden ocurrir en una de tres direcciones:

- **Comparaciones ascendentes**, aquí la persona se considera a sí misma como peor o inferior en comparación con su estándar, lo que podría llevarla a sentir desánimo (Myers et al., 2012). Estas comparaciones se han asociado con indicadores de las AIC como la insatisfacción corporal especialmente en mujeres (Tiggemann y Polivy, 2010) o con conductas dietéticas, especialmente cuando se compara con pares o amigos (Rancourt et al., 2015). En las comparaciones hacia arriba se le considera a la sobreestimación que puede ocurrir en dos sentidos: cuando la persona sobrevalora al otro o cuando el individuo desvaloriza al Yo.
- **Comparaciones laterales**, en estas comparaciones la persona se percibe a sí misma comparándose con otras en un nivel igual o mejor que su estándar.

Las comparaciones laterales, pueden estar asociadas con la generación de sentimientos positivos como resultados de la comparación, pero también con

sobrestimaciones en la IC (Gibbons y Gerrard, 1989).

- **Comparaciones descendentes**, cuando la persona se percibe a sí misma como mejor o superior que su individuo estándar. Estas comparaciones pueden cambiar el comportamiento y mejorar la posición social, aunque a veces pueden ser poco realistas (Gibbons y Gerrard, 1989).

Es importante señalar que, durante el proceso de comparación social, las comparaciones ascendentes pueden ser susceptibles de producir consecuencias negativas tales como la disminución de la autoestima, mientras que las comparaciones a la baja pueden ser susceptibles de producir consecuencias positivas como el aumento de la autoestima.

Las redes sociales y los medios de comunicación pueden repercutir en la satisfacción con la apariencia corporal por medio de la comparación social y dar lugar a comportamientos típicos de las AIC como la comprobación o evitación de la apariencia (Hogue y Mills, 2019).

En consecuencia, el efecto negativo sobre la percepción de la propia imagen puede influir en la construcción subjetiva del concepto sobre el cuerpo pudiendo convertirse en un indicador de ansiedad social y emocional (Marengo et al., 2018; Mills et al., 2018).

De la manera en que las personas creen que son percibidas por los demás, depende si desarrollan comportamientos con el objeto de atenuar las valoraciones negativas por parte de otros (Stasik-O'Brien y Schmidt, 2018).

3.2. La teoría sociocultural

La teoría sociocultural o tripartita de la imagen corporal se define desde tres fuentes primarias: los amigos, los padres y los medios de comunicación, a quienes se responsabiliza del desarrollo de los ideales de apariencia que afectan a la imagen corporal directa, o bien indirectamente a través de la internalización de los ideales de belleza, es decir, enfatiza el papel de la comparación de la apariencia individual con los demás (el colectivo) (Thompson et al., 1999).

El modelo tripartito de la imagen corporal ha sido muy estudiado en el contexto de la investigación de las AIC, ya que intenta explicar la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios (Thompson et al., 1999), el grado en que se internaliza estos ideales y cómo afecta a la imagen corporal. La diferencia entre conciencia e internalización se puede explicar cómo la diferencia entre un ideal delgado versus la incorporación de este ideal en el sentido de uno mismo a través de cogniciones y actitudes (Cafri, Yamamiya, Brannick, y Thompson, 2005).

El modelo de influencia tripartita (Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999), manifiesta que las tres fuentes primarias (amigos, padres y medios de comunicación) podrían estar actuando como predictores de las AIC, especialmente en: la insatisfacción corporal y en los trastornos alimentarios (Vartanian, 2009), también, parecen influir en la presión sociocultural sobre la IC (Cash y Smolak, 2011; Cash y Pruzinsky, 2004; Thompson, Heinberg, Altabe, y Tantleff-Dunn, 1999).

La teoría sociocultural es clara en afirmar que las comparaciones frecuentes basadas en la apariencia física con otras personas que son consideradas ideales de belleza incrementan la insatisfacción corporal (Thompson et al., 1999).

Asimismo, la teoría sociocultural, manifiesta que la belleza corporal normada por la sociedad es interiorizada por la mayoría de hombres y mujeres de una cultura (Thompson et al., 1999), sobre todo por las mujeres occidentales, quienes sufren presiones inclusive de sus padres y amistades para mantenerse delgadas.

De acuerdo con el modelo sociocultural de las AIC, las sociedades que enfatizan el ideal del cuerpo pueden estar contribuyendo a la prevalencia de los principales trastornos relacionados con la IC, por ejemplo, los trastornos alimentarios (Fallon, 1990; Stice y Shaw, 2002; Kevin Thompson et al., 1999), problemas relacionados con la autoimagen y con la preocupación con la apariencia (Myers y Crowther, 2009; Thompson y Tantleff, 1992).

El modelo sociocultural, además, propone los siguientes componentes: existen ideales sociales de belleza (en una determinada cultura), los ideales de belleza se transmiten por canales socioculturales, los ideales de belleza son interiorizados por los sujetos, la insatisfacción con la apariencia será inversamente proporcional según el cumplimiento de los ideales de belleza.

3.3. La teoría de la objetivación

Esta teoría considera el postulado sobre las consecuencias de ser mujer en una cultura unificada y normada por los conceptos masculinos, que objetiva sexualmente el cuerpo femenino. Postula que las niñas y las mujeres son tratadas como objetos para ser utilizados por los demás y sus cuerpos son objetivados para ser considerados como un cuerpo valorado especialmente para usarse por un observador como una visión primaria de su ser físico, es decir, de su cuerpo (Fredrickson y Roberts, 1997). En esencia, esta teoría enfatiza el contexto cultural marcado por la contextualización social, especialmente sobre el cuerpo femenino, etiquetándolo como un objeto para ser observado, admirado y evaluado en función de su apariencia (Fredrickson y Roberts, 1997).

El énfasis en la apariencia femenina parece ser más marcado durante el período de la adolescencia y la juventud, especialmente en etapa reproductiva, y por este motivo pareciera esperarse que durante esta etapa existan mayores diferencias de género en la importancia de la imagen corporal y la insatisfacción corporal (Fredrickson y Roberts, 1997).

Conviene subrayar que la teoría explica cómo vivir en un contexto sociocultural que sexualiza y deshumaniza el cuerpo femenino, y puede conducir a experiencias afectivas negativas y riesgos de salud mental, específicos para las mujeres y las niñas pudiendo desencadenar riesgos de síntomas depresivos y trastornos alimentarios (Fredrickson y Roberts, 1997).

Esta perspectiva de monitorización del cuerpo de manera habitual puede llevar a los siguientes comportamientos: aumento de la vergüenza y ansiedad y

reducción la motivación en las mujeres.

3.4. La teoría feminista

Esta teoría proporciona una visión explicativa de la experiencia de ser mujer en relación con la apariencia. Al mismo tiempo, contrasta los factores de riesgo y protectores y postula que los trastornos alimentarios pueden aparecer en las mujeres debido a la internalización de la delgadez, favoreciendo a la concepción de una imagen corporal negativa. En cambio, considera al movimiento del feminismo como un factor de protección de las preocupaciones por la apariencia (Borowsky et al., 2015).

La investigación feminista también considera al género como un factor de riesgo, ya que se cruza con otras variables sociales como la internalización de la delgadez o la imagen corporal negativa. Además, la perspectiva feminista manifiesta que la prevención de los trastornos de la alimentación está normada por posiciones teóricas e investigación de factores de riesgo (Piran, 2010).

Esta teoría feminista, considera el complejo impacto de las estructuras de poder y privilegio relacionadas con el género y otras variables sociales sobre la experiencia de los individuos en cuanto al poder y el valor social y en su propia experiencia y la de su cuerpo (Piran, 2010).

3.5. Teorías cognitivo-conductuales

Estas teorías nacen del paradigma cognitivo conductual de la Psicología. Abordan su contribución a entender la IC desde el pensamiento, los procesos de aprendizaje social y las emociones. Estas teorías, manifiestan que el ambiente y el contexto en el cual se desenvuelve una persona activan las autoevaluaciones de la apariencia del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 2002).

Además, las teorías cognitivo-conductuales, analizan los sesgos cognitivos o las distorsiones en el procesamiento o interpretación de información y manifiesta que los eventos relacionados con la apariencia son fundamentales para la concepción de la imagen corporal en las personas.

De igual modo, afirman que las personas dan mayor importancia a su apariencia, así que adoptan conductas tales como: exponer el cuerpo al espejo, dar importancia a la observación social, a la retroalimentación social o las comparaciones, al uso de cierta ropa, a pesarse, a cambios de estados de ánimo o cambios en la apariencia a causa de la preocupación por el cuerpo (Cash y Pruzinsk, 2002).

Por otra parte, las teorías cognitivo-conductuales, explican que las preocupaciones psicopatológicas que se relacionan con la IC de un individuo sesgan de manera automática la información que se procesa a nivel cognitivo (Williamson, 1996).

Mineka y Sutton (1992) han identificado cuatro tipos comunes de sesgo o errores cognitivos: (a) sesgo de atención, (b) sesgo de memoria, (c) sesgo de juicio y (d) sesgo asociativo. De estos cuatro tipos de sesgos, tres han sido el foco de investigación en relación con los trastornos de la alimentación y la preocupación por el tamaño del cuerpo (Mineka y Sutton, 1992).

Los modelos cognitivo-conductuales de imagen corporal, consideran a los trastornos alimentarios como una forma de expresión desadaptativa en respuesta a dos grupos de factores de influencia proximales: (a) los procesos cognitivos activados por las experiencias diarias relacionadas con el cuerpo y (b) las reacciones emocionales que surgen de esos procesos cognitivos (Cash, 2012).

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

4. Medición de los componentes de la Imagen Corporal

De acuerdo con la conceptualización cognitivo-conductual, la imagen corporal es un constructo multidimensional (Cash, 2011, 2012), que ha recorrido ya aproximadamente dos siglos, y los avances científicos han propuesto varios instrumentos de evaluación para medir la IC y para evaluar el descontento con el aspecto físico (Cash y Brown, 1987; Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008; Thompson, 1990). La evaluación de la IC incluye: los aspectos de la percepción y las actitudes hacia el cuerpo (Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008).

Entre las propuestas para evaluar la IC, podemos hallar el uso de entrevistas, escalas y cuestionarios (Cash y Brown, 1987; Polivy, Herman, y Pliner, 1990; Thompson, 1990). Sin embargo, y pese a la diversificación de métodos propuestos, carecemos de adaptaciones y validaciones de los instrumentos al español, de modo que respondan a las necesidades de la lengua y su cultura. En consecuencia, la evaluación de la IC se ha vuelto un reto para los profesionales de la Psicología (Thompson et al., 2012), especialmente aquellos que trabajan en el medio hispanoamericano.

Los instrumentos estructurados, especialmente: los cuestionarios, han demostrado su efectividad en el momento de la detección temprana de las AIC, a través de ellos, se pueden evaluar los aspectos cognitivos y conductuales de la insatisfacción corporal. En efecto, con una buena evaluación se pueden medir las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia cuando, por ejemplo, se pide al examinado que describa aquella parte de su apariencia que más le disgusta. También, los aspectos comportamentales de la IC, por ejemplo, la conducta repetitiva de mirarse al espejo, pesarse, entre otros. Por su parte, las escalas tienen como objetivo principal medir la satisfacción o la insatisfacción de la IC en las personas, estos instrumentos han sido adaptados por sus autores, para evaluar tanto el cuerpo femenino como masculino.

4.1. Medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC

La distorsión perceptiva de la IC implica juicios inexactos del tamaño corporal, lo que ocurre cuando, por ejemplo, los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria sobreestiman su tamaño corporal (Cash y Pruzinsk, 2002). El componente perceptivo de la IC se suele medir investigando en el evaluado la exactitud de la estimación del tamaño del cuerpo en relación con el tamaño real (Yo real). Los instrumentos que valoran el componente perceptivo de la imagen corporal pueden utilizar: (a) métodos representativos, cuando el evaluado compara su propio cuerpo con una imagen; o (b) métodos métricos, cuando el participante compara su propiocuerpo con una longitud física o un estándar (Sadibolova et al., 2019).

Por otro lado, además de los métodos mencionados anteriormente, Cash y Pruzinsk (2002), describen otra manera de evaluar el componente perceptivo de la IC, a través del uso de técnicas psicofísicas, que permiten una separación de los sentidos y componentes no sensoriales de la distorsión del tamaño corporal, de esta manera, la estimación del tamaño corporal se refiere a la interpretación del cerebro debido a la entrada visual (Cash y Pruzinsk, 2002).

Entre los métodos representativos que evalúan la IC, están las escalas formadas por dibujos esquemáticos o siluetas del cuerpo humano, en las que se representan los pesos, las formas y los tamaños de los cuerpos (Rivas et al., 2010).

El procedimiento para evaluar con los métodos representativos, consiste en permitir a los evaluados que escojan la figura que mejor representaría su físico ideal y su apariencia, es lo que se llama el Yo ideal (Gardner y Brown, 2010), por ejemplo, " elija la silueta más cercana a su tamaño corporal y que represente su tamaño ideal". Esto quiere decir que la persona evaluada deberá escoger la figura que cree que representa su Yo real y lo diferencie del Yo ideal.

Por su parte, la insatisfacción con la imagen corporal, se medirá revisando la discrepancia entre las dos figuras, en la diferencia entre las calificaciones del Yo

real y el Yo ideal. La figura elegida como ideal de la persona, muestra si el ideal es ser más delgado o más gordo que su cuerpo real (Fingeret et al., 2004).

A continuación, algunas medidas que evalúan el componente perceptivo de la IC:

4.1.1. Escala de clasificación de figuras

Se trata de un método de siluetas corporales diseñadas y validadas por Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1983). Este test formado por dieciocho siluetas corporales (nueve masculinas y nueve femeninas), que representan de manera continua y ascendente una distribución de formas que van desde la figura muy delgada, normal y extrema gorda (Figura 1).

Este instrumento mide la imagen corporal desde lo perceptivo, se instruye al evaluado para que escoja una figura que más se aproxima a su silueta, y también la silueta a la que les gustaría parecerse. De esta evaluación se obtiene tres resultados: a) su apariencia actual, b) su apariencia deseada y c) la discrepancia entre la figura deseada y real. Estos datos se interpretan como una medida de insatisfacción con la apariencia. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su apariencia; si la discrepancia tiene valor 1+, el sujeto tiene un deseo de ser más ancho o gordo; si la discrepancia tiene un valor -1, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado (Stunkard, Sorenson, y Schulsinger, 1983).

A continuación, las siluetas que forman parte de la escala de clasificación de figuras

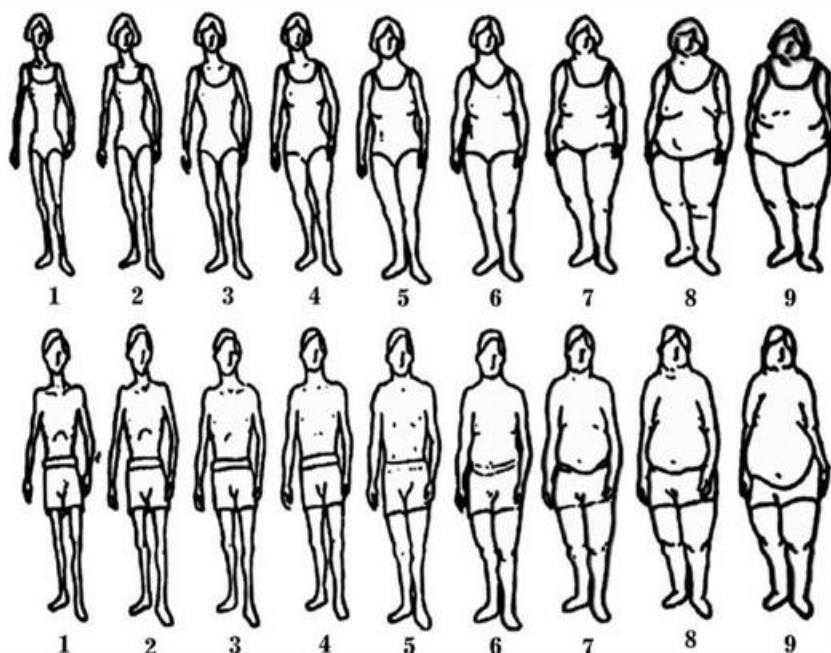


Figura1. Siluetas Escala de clasificación de figuras.

4.1.2. Instrumento de medición de la Silueta

Este instrumento mide la percepción de la imagen corporal. Está conformada por ocho siluetas femeninas. Estas figuras representan gráficamente el cuerpo desde el extremadamente delgado, hasta lo opuesto que sería un cuerpo extremadamente grueso (Figura 2). Para proceder con la evaluación, se consigna a la examinada que seleccione la figura a la que pertenece, pero también aquella silueta que le gustaría ser (Bell, Kirkpatrick y Rinn, 1986).

A continuación, las siluetas que forman parte de la escala denominada: Instrumento de medición de la Silueta.

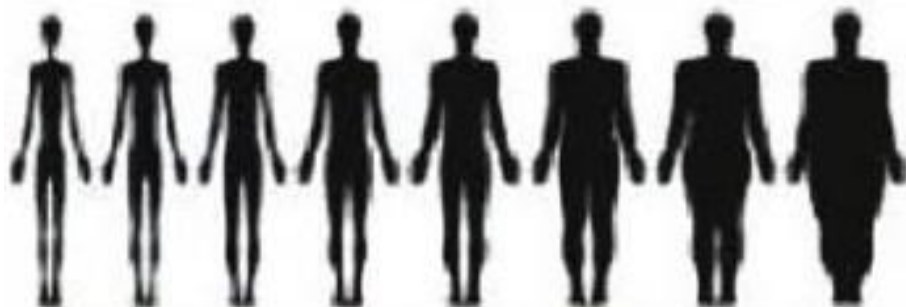


Figura 2. Siluetas de la escala. Instrumento de medición de la Silueta

4.1.3. Test de evaluación de la imagen corporal (BIA)

Es un instrumento de medición, que tiene como fin medir la percepción de la imagen corporal a través de imágenes que representan el cuerpo. Esta prueba, fue diseñada en un primer momento solo para mujeres jóvenes y estuvo formada por nueve figuras, que representan el peso más bajo, hasta lo más obeso que puede llegar a convertirse un cuerpo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989). Este instrumento, fue adaptado por los mismos autores en el año 2000. Quienes ampliaron su aplicación para ser administrado también a hombres, incorporando nueve figuras que representan el cuerpo masculino. En total, dieciocho siluetas de la figura humana (Figura 3). Como es de esperar la persona evaluada deberá elegir la imagen del cuerpo que se piensa que se posee y la imagen de cuerpo que anhela tener (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

A continuación, las Siluetas corporales del *Body Image Assessment* para hombres y mujeres.

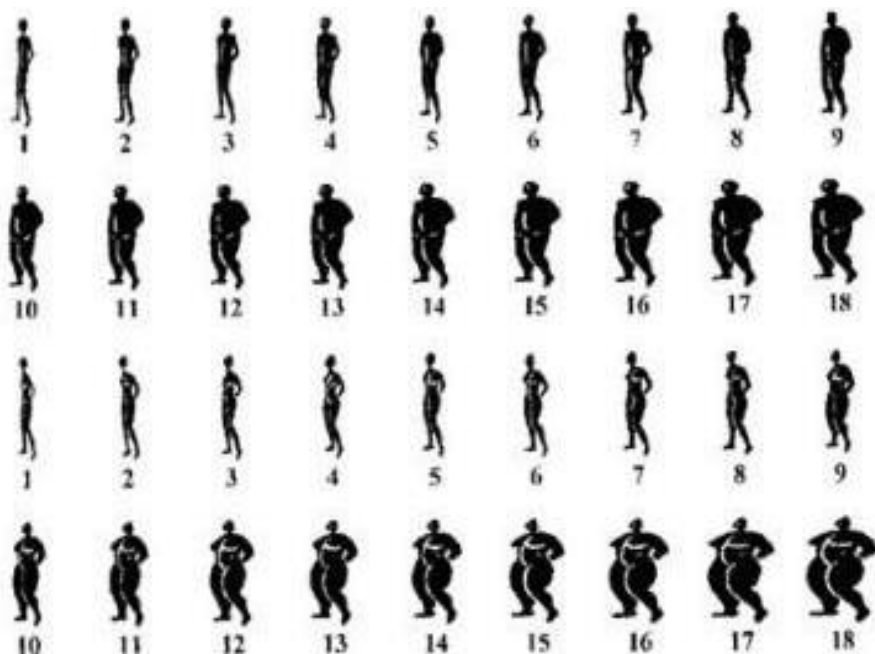


Figura 3. Siluetas corporales del *Body Image Assessment* para hombres y mujeres

4.1.4. Escala de evaluación de la imagen corporal-Cuerpo (BIAS-BD)

Esta escala evalúa la forma del cuerpo, basándose en las medidas antropométricas del cuerpo.

Está formado por diecisiete siluetas de contorno de ambos sexos (Figura 4). Este instrumento mide en primer lugar los pesos del cuerpo que se encuentran por debajo del promedio del 60%; y por encima del promedio 140%. En segundo lugar, evalúa, la dimensión perceptiva, donde la estimación de partes corporales (caderas, brazos, piernas, etc.) están en relación con la evaluación subjetiva de su cuerpo (Gardner, Jappe y Gardner, 2009).

A continuación, las Siluetas que forman parte de la escala *The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions* (BIAS-BD)

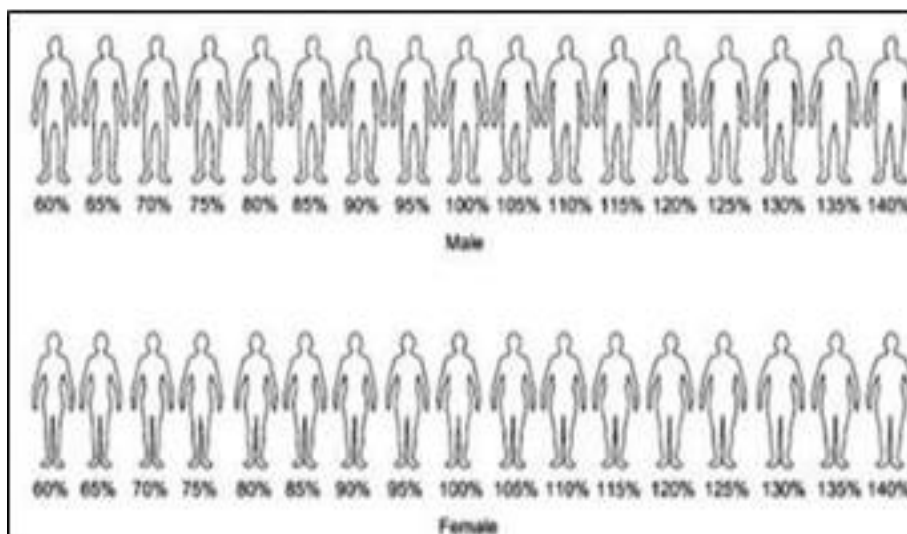


Figura 4. *The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD)*

4.2. Medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC

Estas medidas evalúan la construcción de la imagen corporal y las actitudes sobre la apariencia física, lo que implica, por un lado, la insatisfacción con el tamaño o la forma de su cuerpo y, por otro, las actitudes de la imagen corporal que pueden pertenecer a los atributos físicos particulares o a la apariencia general (Brown et al., 1990; Cash y Pruzinsk, 2002; Grogan, 2008). Estas medidas pueden ser útiles para valorar también a los individuos con trastornos de la alimentación, ya que se han centrado en medir la modalidad de la actitud (Thompson et al., 2012).

Estas medidas que evalúan el componente actitudinal, incluyen de una manera integradora las mediciones de la imagen corporal. Esto es, los subjetivismos que una persona siente con respecto al tamaño y la forma de su cuerpo (actitud) y lo que percibe de su cuerpo o de sus partes (percepción) (Sadibolova et al., 2019).

En los siguientes instrumentos, se describen las medidas de la actitud global en relación con la IC, considerados como instrumentos psicométricos, capaces de valorar la insatisfacción corporal y de recoger la opinión del evaluado sobre su tamaño corporal real percibido versus el tamaño de su cuerpo ideal (Bolton et al.,

2010).

A continuación, algunas medidas que evalúan el componente actitudinal de la IC:

4.2.1. Índice de satisfacción de la imagen corporal

Estas medidas actitudinales pueden medirse sacando un índice de satisfacción de la imagen corporal global, producto de evaluar la satisfacción con el peso y con la forma. Primero, se puede obtener el peso real y el peso ideal. Luego se analiza la discrepancia entre los dos índices (el peso real y el peso ideal) y se cuantifica como insatisfacción con el peso (Cash, 2002).

4.2.2. Índice de semejanza

Este índice mide el peso, tamaño, forma o características corporales específicas mediante una escala de cinco puntos que va desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”, con descriptores como: “Estoy satisfecho con la apariencia de mi cuerpo” (Cash, 2002).

4.2.3. Las escalas analógicas visuales

Se trata de medidas actitudinales globales de la IC, que utilizan una línea, por ejemplo, de 0-50 cualquier escala para definir las calificaciones y que pueden significar “extremadamente insatisfecho a extremadamente satisfecho” con la IC; los evaluados hacen una marca en el punto de la línea que refleja su nivel de insatisfacción (Thompson et al., 1991).

4.2.4. Cuestionario de ideales de imagen corporal (BIQ)

Este instrumento formado por 20 ítems, validado en 284 mujeres universitarias, evalúa la imagen corporal actitudinal única considerando la discrepancia subjetiva de uno y el grado de inversión en los ideales personales en múltiples atributos físicos autopercebidos e idealizados.

Es decir, el BIQ, al evaluar la satisfacción-insatisfacción de la IC, da importancia a los ideales físicos para la persona en relación con el peso, rasgos

faciales, tono/definición muscular, fuerza física, apariencia general, etc. (Cash y Szymanski, 1995).

4.3. Medidas que evalúan el componente afectivo/emocional de la IC

Estas medidas se centran en los sentimientos o la satisfacción que producen determinadas partes del cuerpo o su totalidad (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990). Típicamente, valoran los aspectos emocionales a causa de la insatisfacción del cuerpo en concordancia con emociones negativas como la ansiedad, la vergüenza, el asco, la tristeza y el agobio.

De igual modo, las medidas afectivas de la imagen corporal, evalúan en las personas los síntomas de tensión y de nerviosismo, es decir, valoran el componente de estado y aspecto característico de ansiedad por apariencia (Thompson et al., 2012). Por consiguiente, dichos componentes afectivos pueden ser influenciados por indicadores de vergüenza, por ejemplo, mostrar el cuerpo (piscina, o con una pareja en la intimidad).

4.3.1. El inventario situacional de la disforia de la imagen corporal (SIBID)

Este inventario mide las emociones negativas de la IC en contextos situacionales específicas como la exposición corporal, las relaciones interpersonales situaciones, etc. El SIBID pregunta a los evaluados, con qué frecuencia experimentan disforia a causa de la imagen corporal, en cada una de las 48 situaciones identificadas. Incluye contextos sociales y no sociales y actividades relacionadas con el ejercicio, el aseo, la alimentación, la intimidad, el autoenfoco físico y las alteraciones de la apariencia.

Puntuaciones altas del SIBID-S indica una mayor disforia de imagen corporal (Cash, 2002). Una forma abreviada del SIBID, proporcionada por el mismo autor, es la versión corta (SIBID-S), que contiene 20 elementos.

4.3.2. Escala de estados de imagen corporal (BISS)

Esta medida evalúa los estados de IC evaluativa/afectiva de los individuos. Está compuesta por seis preguntas, que engloban experiencias positivas y negativas; también, el afecto que produce al sujeto ciertas partes del cuerpo.

La validez de constructo de la BISS, fue confirmada tras experimentar la reactividad diferencial de las personas a la información relacionada con la apariencia como una función del nivel de inversión disfuncional de la IC. Esto permitió al autor del BISS entender los procesos dinámicos cognitivos y afectivos asociados a los trastornos de la alimentación y alteraciones de la imagen corporal (Cash et al., 2002).

4.3.3. El Cuestionario de alteración de la imagen corporal (BIDQ)

Este cuestionario mide de manera amplia un continuo de alteraciones de la imagen corporal. Está conformado por siete ítems, que miden preocupaciones asociadas, a la angustia, al deterioro e interferencia en la vida, basándose en las premisas de que estas alteraciones que se caracterizan por una combinación de insatisfacción corporal. Cinco ítems cualitativos que podrían explorar las percepciones de los evaluados en cada una de las áreas examinadas. Los autores afirman que esta medida tiene buenas propiedades psicométricas y se puede utilizar en hombres y mujeres de población general y muestras clínicas. Puntuaciones elevadas en el BIDQ podrían predecir el funcionamiento psicosocial más allá de la insatisfacción corporal como predictor. Las puntuaciones pudieran correlacionarse con medidas de imagen corporal y funcionamiento psicosocial. Además, de predecir estados de la imagen corporal en la vida cotidiana utilizando la metodología de muestreo experiencial (Cash, et al., 2004).

Este cuestionario fue construido tras algunas modificaciones del Cuestionario de trastorno dismórfico corporal de Phillips (1996).

4.4. Medidas que evalúan el componente cognitivo de la IC

Estas medidas evalúan los pensamientos y las creencias sobre la apariencia y el significado del Yo (Schaefer y Thompson, 2014).

Para el componente cognitivo, se incluyen instrumentos que miden las cogniciones fundamentadas en ideales de apariencia y autoesquemas basados en la importancia de la apariencia para la autoestima (Thompson et al., 2012). También, miden algunas dimensiones muy específicas como creencias, pensamientos, atribuciones y otros componentes cognitivos de perturbación a causa de la IC. Los esquemas de apariencia contienen elementos que miden el grado de esquema cognitivo disfuncional en relación con la apariencia de uno (Cash, 2000).

A continuación, algunos instrumentos para evaluar el componente cognitivo de la IC:

4.4.1. Cuestionario de evaluación de las distorsiones cognitivas de la imagen corporal(ABCD)

Este cuestionario fue construido de acuerdo con perspectivas cognitivo-conductuales sobre la imagen corporal (Cash y Pruzinsk, 2002), es decir, actitudes de imagen corporal y esquemas que son cruciales para determinar cómo procesa la información. El ABCD evalúa ocho tipos de pensamiento distorsionado relacionados con la forma en que las personas procesan la información sobre su apariencia física. Fue validado en una muestra de 263 mujeres universitarias. El ABCD parece predecir la calidad de vida de la imagen corporal y las actitudes alimentarias perturbadas.

Las formas unidimensionales son coherentes internamente y fuertemente correlacionadas, así como relativamente libres de respuestas socialmente deseables. La validez convergente para todas las formas de ABCD se estableció firmemente utilizando varias medidas estandarizadas de imagen corporal y actitudes alimentarias (Jakatdar et al., 2006). Sin embargo, la limitación del ABCD parece

ser, su poca exploración en grupos controles, por ejemplo, en pacientes adolescentes y grupos clínicos.

4.4.2. El Inventario de Esquemas de Apariencia (ASI)

Es un instrumento de 14 ítems que evalúa la inversión en la IC en relación con algunas creencias o suposiciones sobre la importancia, el significado y la influencia de la apariencia en la vida (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004).

Algunas limitaciones del ASI implican: la inclusión de ítems explícitamente autoevaluables y estereotipos sociales, los pocos ítems de comportamiento y un fracaso repetido para encontrar las diferencias de género esperadas en el ASI.

En su versión revisada, la de 20 ítems, aparece en el Inventario de Esquemas de Apariencia- Revisado (ASI-R) que mide también la relevancia autoevaluativa y la relevancia motivacional en ambos géneros. El ASI-R y sus dos subescalas mostraron diferencias de género significativas, mientras que en el ASI original no ocurría lo mismo (Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004).

4.4.3. Inventario de preocupaciones de imagen corporal (BICI)

Es una medida de autoinforme de 19 ítems que indagan en la preocupación por la apariencia dismórfica. Cada ítem evalúa estados cognitivos, afectivos o conductuales que aparecen en este constructo con descriptores como: “no estoy satisfecho con algún aspecto de mi apariencia”. En el proceso de validación del BICI, los autores aplicaron a los participantes junto a medidas existentes de autoinforme y entrevistas de sintomatología dismórfica. Este inventario identifica a los individuos con un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal o bulimia (Littleton et al., 2005).

4.4.4. Cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ)

Este cuestionario evalúa la preocupación por algún defecto en la apariencia física y es también una medida para detectar preocupaciones características del trastorno dismórfico corporal. Está organizado en una escala tipo Likert, desde 0

(para nada) a 3 (mucho más que la mayoría de las personas).

El cuestionario de preocupación dismórfica (DCQ), tiene excelentes propiedades psicométricas, que confirman su utilidad en población no clínica, lo que lo vuelve hasta cierto punto predictor de las preocupaciones dismórficas (Oosthuizen et al., 1998).

4.4.5. Escala de comparación corporal (BCS)

Esta escala evalúa los procesos de comparación social cognitiva con respecto a la apariencia física. Ha resultado muy útil para trabajar con adolescentes. La investigación para construir la BCS demostró la existencia de dos dimensiones de comparación primarias: peso / no peso y músculo / no músculo. Esta escala diferencia la comparación social de la apariencia entre los hombres y las mujeres, debido a la organización cognitiva de los esquemas de que el BCS. No identifica tendencias de desarrollo, pues al medir con el BCS los esquemas de comparación entre un chico de séptimo y un universitario, los resultados no varían significativamente (Fisher et al., 2002).

4.4.6. Escala de comparación de apariencia ascendente (UPACS) y la Escala de comparación de apariencia descendente (DACS)

Son escalas de comparación de apariencia direccional, creadas para hombres y mujeres, como medio para evaluar los trastornos alimentarios, preocupación por la gordura y el afecto negativo a partir de las comparaciones de apariencia física ascendente y descendente.

El UPACS de 10 elementos y el DACS de 8 elementos (O'Brien et al., 2009) están compuestas por una escala que va desde 1 = nunca a 5 = siempre. Las puntuaciones totales de la escala reflejan comparaciones más frecuentes ascendentes y descendentes. Estas escalas han tenido unas propiedades psicométricas satisfactorias en Australia (O'Brien et al., 2009) y en China (Liao et al., 2014).

Los estudios que han determinado que el UPACS podría ser una referencia

que predice cambios en los trastornos alimentarios para las mujeres y preocupaciones sobre la gordura para los hombres, independientemente de las alteraciones iniciales (Liao et al., 2014).

La evaluación de la apariencia física toma en cuenta la comparación social, dimensión en la que se supone que las personas a menudo se evalúan a sí mismas al compararse de forma innata con los demás, especialmente en características que se consideran relevantes.

4.4.7. La escala de comparación de la apariencia física (PACS)

Este instrumento, mide la tendencia de las personas a realizar comparaciones de apariencia física con otras personas en diferentes situaciones sociales. Por ejemplo, uno de sus descriptores indica: “tiendo a comparar mi figura con la figura de los demás en situaciones sociales”.

Esta prueba consta de cinco preguntas, cuyas puntuaciones altas muestran una fuerte correlación con la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios, e indica la internalización de los ideales de apariencia (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991).

4.4.8. Cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal

La escala fue diseñada para evaluar la naturaleza percibida de otros (la madre, el padre, amistades) para participar en estrategias de cambio corporal (ganar peso, perder peso y aumentar el tono muscular) (McCabe y Ricciardelli, 2001).

Su estructura consta de 8 subescalas que trata sobre mensajes de las madres, padres, compañeros y medios de comunicación sobre el aumento de peso y / o músculo. Su estructura consta de 3 factores para las 4 escalas relacionadas con la retroalimentación percibida de la madre, el padre, el mejor amigo y la mejor amiga. Comentarios sobre el tono muscular cargados de pérdida y aumento de peso.

Los tres factores del cuestionario sobre las influencias socioculturales percibidas en la imagen corporal y el cambio corporal, parecen estar relacionados

con: a) retroalimentación general; b) animar, provocar, y modelar para ganar peso y aumentar el tono muscular, y c) estimular, provocar y modelar para perder peso y aumentar el tono muscular (McCabe y Ricciardelli, 2001).

4.4.9. La escala de comparación de la apariencia física revisada (PACS-R)

Esta escala está formada por 11 ítems (0 “nunca” a 4 “siempre”), que miden la frecuencia con la que los participantes comparan su apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales. De manera categórica, se diferencia de la escala de comparación de la apariencia física (PACS) (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991), por presentar limitaciones al analizar el género, pues fue desarrollada para aplicar exclusivamente a mujeres (Robinson et al., 2017). Esta prueba predice significativamente la satisfacción corporal y patología alimentaria. Incluye aspectos de apariencia física que podrían ser la base de comparación en mujeres y hombres, así como en una amplia gama de contextos para la comparación de la apariencia (Schaefer y Thompson, 2014).

Conviene recalcar que fue desarrollada con la intención de incorporar un lenguaje más neutral al género (Khaled et al., 2018), es decir, se aumentó la escala de relevancia para los hombres, además, de una evaluación de peso y forma, dos aspectos de la apariencia importantes para medir la IC (Schaefer y Thompson, 2014).

La PACS-R fue examinada al español por Alcaraz-Ibáñez et al. (2020), sobre todo la estructura factorial y la naturaleza invariante de sus puntuaciones. Del estudio se obtuvo evidencia que apoya la naturaleza unidimensional de las puntuaciones; las variables analizadas se correlacionaron positivamente con los trastornos alimentarios en los dos sexos. Se encontraron diferencias de sexo de débiles a medianas a favor de las niñas (Alcaraz-Ibáñez et al., 2020).

4.4.10. La escala de la comparación de la apariencia física- 3 (PACS-3)

Este instrumento contiene 27 ítems de tipo Likert en un rango de (1 “Nunca”

a 5 “Casi siempre”), que evalúan la comparación de apariencia física general, peso/forma y musculatura.

La escala PACS-3, está conformada por tres factores: comparaciones proximales (generalmente son comparaciones con sus iguales o personas cercanas o del entorno social en el que pertenece el individuo), comparaciones distales (comparaciones con personajes importantes o artistas de la farándula) y comparación muscular.

Además, de nueve subescalas (frecuencia de la comparación, dirección de la comparación y efecto/impacto) (Schaefer y Thompson, 2018).

Como resultado, se obtiene la dirección de las comparaciones hacia arriba, cuando los objetivos de comparación son considerados por los individuos que se comparan como más bellos atractivos, o hacia abajo, cuando los objetivos de comparación son considerados por los individuos en niveles inferiores y llegan a sentirse como personas poco atractivas (Schaefer y Thompson, 2018).

4.5. Medidas que evalúan el componente comportamental de la IC

Las medidas que evalúan el componente comportamental de la IC, han recibido un análisis y un estudio muy limitado (Cash y Pruzinsk, 2002). Estas medidas, están encaminadas a valorar las conductas frecuentes y evitativas que adoptan las personas en relación a su imagen corporal.

Además, las medidas que evalúan el componente comportamental de la IC, hacen referencia a todas las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción de la IC (Thompson et al., 2012).

A continuación, el detalle de algunas medidas que evalúan el componente comportamental de la IC:

4.5.1. Cuestionario multidimensional de autorrelaciones corporales (MBSRQ)

Este inventario de autoinforme de versión completa de 69 ítems consta de 10

subescalas: evaluación y orientación con respecto a apariencia, estado físico y salud/enfermedad, más preocupación por el sobrepeso, peso auto-clasificado y la satisfacción de áreas corporales. Esta versión del MBSRQ evalúa diversos componentes de la IC, la orientación con respecto a la apariencia, estado físico y salud, pero sobre todo mide la preocupación por la IC, la actitud hacia el yo físico, que incluye componentes evaluativos, cognitivos y conductuales. El yo físico abarca solo la apariencia física de uno, sino también la competencia o "aptitud" del cuerpo. Este instrumento fue diseñado para ser aplicado en adultos y adolescentes (15 años o más) (Cash, 2000).

4.5.2. Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI)

Este instrumento mide el grado de adaptación donde los sujetos intentan manejar situaciones donde ponen a prueba sus experiencias de imagen corporal. Esta medida está formada por 29 ítems y 3 subescalas que reflejan: evitación, fijación de la apariencia y aceptación racional positiva (Cash, Santos y Williams, 2005). La fiabilidad de las puntuaciones del inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal, ha sido comprobada en población joven de ambos sexos.

Los autores del BICSI, manifiestan que cuenta con garantías psicométricas y correlaciona con la autoestima, el apoyo social y los trastornos alimentarios (Cash y Grasso, 2005; Cash et al., 2005).

También, Hrabosky et al. (2009) utilizaron este inventario para identificar diferencias en los enfoques de afrontamiento de la imagen corporal entre los grupos clínicos con trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa. Además, del trastorno dismórfico corporal (Hrabosky et al., 2009).

4.5.3. Cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales (BESAQ)

Este cuestionario mide la intersección del funcionamiento sexual y la imagen corporal. Está formado por 28 ítems listos para evaluar, el grado de autoenfoco ansioso del individuo y la evitación de exponer su apariencia física en contextos sexuales.

El cuestionario de exposición corporal durante actividades sexuales, ha sido utilizado ampliamente donde la evidencia manifiesta haber brindado buenas propiedades psicométricas en población de hombres y mujeres universitarios (Cash, 2004; Phillips et al., 2004).

Los autores de este instrumento manifiestan que muestra correlaciones con la satisfacción corporal y la inversión en apariencia e inclusive le catalogan como un instrumento que pudiera predecir el funcionamiento sexual, especialmente las etapas de placer y deseo (Cash, Jakatdar et al., 2004).

4.5.4. Cuestionario-Escala de Apariencia (MBSRQ-AS)

Este instrumento evalúa las actitudes de la imagen corporal valorando la apariencia física.

Está formada por 34 elementos o ítems y de 5 subescalas.

Los factores resultantes que contiene el MBSRQ-AS son: evaluación/orientación de la apariencia, evaluación/orientación de la condición física, evaluación de la salud y orientación a la enfermedad de la apariencia, preocupación por el sobrepeso y preocupación por áreas del cuerpo (Cash, 2000).

El MBSRQ-AS explora la satisfacción/descontento con partes específicas del cuerpo y atributos (por ejemplo, la cara, el torso medio, el peso, etc.). Los evaluados responden en una escala de 5 puntos desde *muy insatisfechos* a *muy satisfechos* con las áreas y atributos del cuerpo. La validación fue realizada en 1064 mujeres y 988 hombres (Cash, 2000).

4.5.5. Inventario de esquemas de apariencia revisado (ASI-R)

Esta medida evalúa la inversión de las personas en su propia apariencia. Está formada por 20 ítems y dos subescalas para evaluar, las creencias de los individuos sobre cómo su apariencia influye en su valor personal o social y en su Yo.

Además, de la relevancia motivacional de la apariencia para poner atención o tratar de controlar su apariencia. El valor convergente y predictivo permite su uso también en grupos clínicos (Cash, Jankin y Williams, 2004).

4.5.6 Cuestionario de evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ)

El Cuestionario para medir la evitación a causa de la Imagen Corporal (BIAQ), es una medida autoinforme de la evitación conductual de las experiencias que podrían aumentar la angustia o la insatisfacción relacionada con el cuerpo (Rosen et al., 1991). El Cuestionario para medir la evitación a causa de la Imagen Corporal, mide el componente conductual de la IC y la frecuencia de conductas de evitación relacionadas con la IC.

Como medida de autoinforme el BIAQ, también analiza las tendencias de comportamiento, por ejemplo, la evitación de situaciones que provocan preocupaciones sobre la apariencia física y la frecuencia con la que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física.

El BIAQ, está formado por cuatro factores que son:

1) actividades sociales, 2) arreglarse y pesarse, 3) vestimenta y 4) restricción de la alimentación (Rosen et al., 1991). El BIAQ, ha sido validado en distintos idiomas con diversas poblaciones: adolescentes, jóvenes y adultos, con y sin psicopatología (Brytek-Matera y Rogoza, 2016); entre ellos destacan las versiones al italiano (Riva y Molinari, 1998), alemán (Legenbauer et al., 2007; Steinfeld et al., 2018), francés (Maïano et al., 2009), portugués (Campana et al., 2009) y polaco (Rogoza, 2015). Estas validaciones han demostrado sus aceptables propiedades psicométricas para medir la evitación a causa de la IC.

La imagen corporal, considerada por Cash (2012), como una construcción multidimensional, tiene diferentes matices cuando se busca medir ciertos aspectos o dimensiones específicas, por lo que, tras un exhaustivo análisis se escogieron tres medidas que evalúan el componente comportamental y cognitivo de la IC. Se ha elegido al cuestionario BIAQ y las escalas PACS-R y al PACS-3, para ser adaptadas y validadas al español, pues, se distinguen por sus adecuadas propiedades psicométricas y por sus cualidades para identificar elementos distintos de la imagen corporal y algunos componentes de las alteraciones de la imagen corporal en adolescentes y jóvenes, mencionadas anteriormente.

Psicométricamente, el cuestionario BIAQ y las escalas PACS-R y al PACS-3, son medidas sólidas y bien consolidadas que tienen una clara relevancia clínica y empírica, y que son necesarias en una versión al español, ya que, contribuirán y conducirán a los investigadores y Psicólogos a usar la versión española de estos instrumentos de evaluación.

Por su parte, las escalas PACS-R y al PACS-3 han sido seleccionadas debido, en primer lugar, a su especificidad y su fiabilidad especialmente al evaluar la comparación de apariencia física en ambos sexos. En segundo lugar, porque permiten predecir algunas AIC, tales como las alteraciones alimentarias y preocupaciones dismórficas, que podrían ser un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria o el trastorno dismórfico corporal.

Además, el PACS-3 es una medida que permite obtener la dirección y el impacto emocional causado por la comparación social.

CONCLUSIONES

La Imagen corporal es un constructo multidimensional complejo referido a la imagen mental que el sujeto se representa sobre la forma y el tamaño de su cuerpo, imaginario que se configura por la interacción de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos. La imagen corporal engloba las percepciones, pensamientos, actitudes y sentimientos del ser humano sobre su cuerpo, la manera en que estima su tamaño, evalúa su atractivo, las emociones asociadas con su forma y apariencia, así como las conductas dirigidas a su manejo.

Subrayamos que la prevención, evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con la IC, encuentran en los instrumentos un valor singular para el estudio de los comportamientos alterados en los jóvenes tomando en cuenta la evitación a causa de la imagen corporal, la comparación de la apariencia física general, es decir, peso / forma y musculatura y la comparación de la apariencia física con la de otras personas en diferentes situaciones sociales.

Una evaluación breve pero cuidadosa de algunas características de las alteraciones de la imagen corporal que pudieran generar preocupación clínica y deterioro psicosocial en la persona.

Contar con instrumentos validados en distintas poblaciones, permite a la Psicología avanzar hacia los estudios comparativos, considerando que los instrumentos estudiados, ya han mostrado su utilidad y, han contribuido a detectar diversos problemas relacionados con la IC, tomando en cuenta las dimensiones que más afectan, pudiendo mejorar con ello la calidad de vida las personas con alteraciones en la imagen corporal.

REFERENCIAS

- Ahern, A. L., & Hetherington, M. M. (2006). The thin ideal and body image: An experimental study of implicit attitudes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 338-342. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.338>.
- Alcaraz-Ibáñez, M., Sicilia, Á., Díez-Fernández, D. M., & Paterna, A. (2020). Physical appearance comparisons and symptoms of disordered eating: The mediating role of social physique anxiety in Spanish adolescents. *Body Image*, 32, 145–149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.005>
- Alleva, J. M., Holmqvist Gattario, K., Martijn, C., & Lunde, C. (2019). What can my body do vs. how does it look? A qualitative analysis of young women and men's descriptions of their body functionality or physical appearance. *Body Image*, 31, 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.008>.
- Almenara, C. A., & Ježek, S. (2015). The Source and Impact of Appearance Teasing: An Examination by Sex and Weight Status Among Early Adolescents From the Czech Republic. *Journal of School Health*, 85(3), 163-170. <https://doi.org/10.1111/josh.12236>.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000. p. 507–10.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. E. Médica Panamericana.
- Andersen, S. B., Lindgreen, P., Rokkedal, K., & Clausen, L. (2018). Grasping the weight cut-off for anorexia nervosa in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1346-1351. <https://doi.org/10.1002/eat.22977>.

- Bailey, S. D., & Ricciardelli, L. A. (2010). Social comparisons, appearance related comments, contingent self-esteem and their relationships with body dissatisfaction and eating disturbance among women. *Eat. Behav*, 11, 107-112.
- Bell, C., Kirkpatrick, W and Rinn, R.C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.
- Betz, D. E., Sabik, N. J., & Ramsey, L. R. (2019). Ideal comparisons: Body ideals harm women's body image through social comparison. *Body Image*, 29, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.004>.
- Bolton, M. A., Lobben, I., & Stern, T. A. (2010). The impact of body image on patient care. In *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 12, Issue 2). Prim Care Companion J Clin Psychiatry. <https://doi.org/10.4088/PCC.10r00947blu>.
- Bordo, S. (2003). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. 10th ed. University of California Press.
- Boroughs, M. S., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2010). Body Dysmorphic Disorder among Diverse Racial/Ethnic and Sexual Orientation Groups: Prevalence Estimates and Associated Factors. *Sex Roles*, 63, 725-737.
- Borowsky, H. M., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., Piran, N., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Feminist identity, body image, and disordered eating. *Eating Disorders*, 24(4), 297-311. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1123986>.
- Bozsik, F., Whisenhunt, B. L., Hudson, D. L., Bennett, B., & Lundgren, J. D. (2018). Thin is in? Think Again: The Rising Importance of Muscularity in the Thin Ideal Female Body. *Sex Roles*, 79(9-10), 609-615. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0886-0>.
- Braun, T., Park, C., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and

- disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>.
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal Body-Image Assessment: Factor Analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 135-144.
<https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>.
- Brytek-Matera, A., & Rogoza, R. (2016). The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach. *Eating and Weight Disorders*, 21(1), 65-72.
<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0206-z>.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The impact of thin-ideal internalization on body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(1), 421-433.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi053>.
- Cafri, G., & Thompson, J. K. (2004). Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 18-29.
<https://doi.org/10.1037/1524-9220.5.1.18>.
- Campana, A. N. N. B., Da Consolação, M., Tavares, G. C. F., Da Silva, D., & D'Elboux Diogo, M. J. (2009). Translation and validation of the body image avoidance questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. *Behavior Research Methods*, 41(1), 236-243. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.1.236>
- Carey, R. N., Donaghue, N., & Broderick, P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girls: The role of body comparisons with models and peers. *Body Image*, 11(1), 81-84.

- <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.006>.
- Cash, T. F. (2000). Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 2, 1-4.
https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_3-1
- Cash, T. F. (2000). *User’s manual for the Multidimensional BodySelf Relations Questionnaire*. V. O.
D. U. Norfolk.
- Cash, T. F. (2002). The situational inventory of body-image dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 362-366. <https://doi.org/10.1002/eat.10100>
- Cash, T. F. (2002). A “negative body image”: Evaluating epidemiological evidence. In: Cash T. F., Pruzinsky T. (Eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford & Press.
- Cash, T. F. (2006). Developmental Teasing About Physical Appearance: Retrospective Descriptions and Relationships With Body Image. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(2), 123-130.
<https://doi.org/10.2224/sbp.1995.23.2.123>.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In *Body image: a handbook of science, practice and prevention*, Vol. 1, Issue 1 (pp. 39-47). Elsevier Inc.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, Academic Press (Elsevier), San Diego, CA (2012), pp. 334-342, 10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.
- Cash, T. F., & 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(2), 107-126.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<107:AID-EAT1>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107:AID-EAT1>3.0.CO;2-J).
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond bodyimage as a trait: The development and validation of the body image states scale. *Eating Disorders*, 10(2), 103-113.
<https://doi.org/10.1080/10640260290081678>.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The Assessment of Body Image Investment: An Extensive Revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 305-316.
<https://doi.org/10.1002/eat.10264>.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363–372.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>.
- Cash, T. F., & Pruzinsk, T. (2002). Body Image: A Handbook of Theory, Research, and ClinicalPractice. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (Vol. 289, Issue 14). G.Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. G. Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 509-516). 2da ed. Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nded. G. Press.
- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The Development and Validation of the Body-Image IdealsQuestionnaire. *Journal of Personality Assessment*,

- 64(3), 466-477. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6403_6.
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image*, 29, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>.
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549-555. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>.
- Crowther, J. H., & Williams, N. M. (2011). Body image and bulimia nervosa. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 288-295). Guilford.
- Cruz R. M., Ávila M. L., Velázquez H.J., & Estrella, D. F. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Rev. Mex. de trastor. alimenticios*, 4(1), 37-44.
- Dafferner, M., Campagna, J., & Rodgers, R. F. (2019). Making gains: Hypermuscularity and objectification of male and female Olympic athletes in Sports Illustrated across 60 years. *BodyImage*, 29, 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.001>.
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., Hutchinson, A. D., & Coro, D. G. (2020). Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. *BodyImage*, 35, 126–141. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.009>
- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., Vachon, P., Perron, M., & Touchette, É. (2014). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 3843, 37-41. <https://doi.org/10.1080/02673843.2014.985320>.
- Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (1990). Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image

- concerns. *Body Image*, 12, 82-88.
- Fallon, A. E. (1990). *Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image*. Guilford.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>.
- Fingeret, M. C., Gleaves, D. H., & Pearson, C. A. (2004). On the methodology of body image assessment: The use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. *Body Image*, 1(2), 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.003>.
- Fisher, E., Dunn, M., & Thompson, J. K. (2002). Social comparison and body image: An investigation of body comparison processes using multidimensional scaling. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(5), 566-579. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.5.566.22618>.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>.
- Gardner, R.M., Jappe, L.M. y Gardner, L. (2009). Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body Image Assessment: The Bias-BD. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 113-122.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.08.017>.
- Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (1989). Effects of Upward and Downward Social Comparison on Mood States. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(1), 14-31. <https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.1.14>.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J.,

- Nicholls, D., & Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: Position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 496-503. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.08.004>.
- Gorrell, S., Kinasz, K., Hail, L., Bruett, L., Forsberg, S., Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Rituals and preoccupations associated with bulimia nervosa in adolescents: Does motivation to change matter? *European Eating Disorders Review*, 27(3), 323-328. <https://doi.org/10.1002/erv.2664>.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>.
- Grogan, S. (2008). Body Image. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2da ed., Vol. 53, Issue 9. Routledge.
- Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* 3rd ed. Routledge.
- Halliwel, J., Tylka, T., & Slater, A. (2017). Adapting the Body Appreciation Scale-2 for Children: A psychometric analysis of the BAS-2C. *Body Image*, 21, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.03.005>.
- Harrison, K. (2000). Television Viewing, Fat Stereotyping, Body Shape Standards, and Eating Disorder Symptomatology in Grade School Children. *Communication Research*, 27(5), 617-640. <https://doi.org/10.1177/009365000027005003>.
- Hogue, J. V., & Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image*, 28, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>.
- Hou, L., Li, Q., Jiang, L., Qiu, H., Geng, C., Hong, J. S., Li, H., & Wang, Q. (2018). Hypertension and Diagnosis of Parkinson's Disease: a meta-analysis of cohort Studies. *Frontiers in Neurology*, 9(3), 1-9.

- <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00162>.
- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Tovée, M. J., & Cornelissen, P. L. (2019). Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122, 38-50.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.015>.
- Izydorczyk, B., Khanh, H. T. T., Lizińczyk, S., Sitnik-Warchulska, K., Lipowska, M., & Gulbicka, A. (2020). Body dissatisfaction, restrictive, and bulimic behaviours among young women: A Polish–Japanese comparison. *Nutrients*, 12(3), 1-20.
<https://doi.org/10.3390/nu12030666>.
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, 3(4), 325-333.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.001>.
- Jáuregui-Lobera, I., Ezquerro-Cabrera, M., Carbonero-Carreño, R., & Ruiz-Prieto, I. (2013). Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients*, 5(11), 4486-4502. <https://doi.org/10.3390/nu5114486>.
- Khaled, S. M., Kimmel, L., & Le Trung, K. (2018). Assessing the factor structure and measurement invariance of the eating attitude test (EAT-26) across language and BMI in young Arab women. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0199-x>.
- King, I. C. C. (2018). Body image in paediatric burns: a review. *Burns & Trauma*, 6(1), 4-9. <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>.
- Leahey, T. M., Crowther, J. H., & Mickelson, K. D. (2007). The Frequency, Nature, and Effects of Naturally Occurring Appearance-Focused Social Comparisons. *Behavior Therapy*, 38(2), 132-143.

- <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.06.004>.
- Legenbauer, T., Vocks, S., & Schütt-Strömel, S. (2007). Validierung einer Deutschsprachigen Version des Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ. *Diagnostica*, 53(4), 218-225. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.4.218>.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(12), 1-24. <https://doi.org/10.3390/nu9121294>.
- Liao, J., Jackson, T., & Chen, H. (2014). The structure and validity of directional measures of appearance social comparison among emerging adults in China. *Body Image*, 11(4), 464-473. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.001>.
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>.
- Lydecker, J. A., Cotter, E. W., Mazzeo, S. E. (2014) Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women. *Eat Behav* 15, 13-16. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.009.
- Lydecker, J. A., Shea, M., & Grilo, C. M. (2018). Driven exercise in the absence of binge eating: Implications for purging disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 139-145. <https://doi.org/10.1002/eat.22811>.
- Maïano, C., Morin, A. J. S., Monthuy-Blanc, J., & Garbarino, J. M. (2009). The body image avoidance questionnaire: Assessment of its construct validity in a community sample of french adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 125-135. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9035-7>.
- Mancuso, S. G., Knoesen, N. P., & Castle, D. J. (2010). The Dysmorphic Concern Questionnaire: Ascreening measure for body dysmorphic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 535-542. <https://doi.org/10.3109/00048671003596055>.

- Marchessault, G. (2000). One mother and daughter approach to resisting weight preoccupation. In B. Miedema, J. M. Stoppard, & V. Anderson (Eds.), *Women's bodies, women's lives* (203-26). S. Press.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., Roncero, M., & Botella, C. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales in early adolescents. *Body Image*, 21, 15-18. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.01.003>.
- Marengo, D., Longobardi, C., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2018). Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolescence: The mediating role of body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 82, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.003>.
- McLean, S. A., Wertheim, E. H., Marques, M. D., & Paxton, S. J. (2019). Dismantling prevention: Comparison of outcomes following media literacy and appearance comparison modules in a randomised controlled trial. *J. Health Psychol*, 24, 761-776.
- Mills, J. S., Mort, O., & Trawley, S. (2019). The impact of different responses to fat talk on body image and socioemotional outcomes. *Body Image*, 29, 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.009>.
- Mills, J. S., Musto, S., Williams, L., & Tiggemann, M. (2018). "Selfie" harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*, 27, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.007>.
- Mineka, S., & Sutton, S. K. (1992). Cognitive Biases and the Emotional Disorders. *Psychological Science*, 3(1), 65-69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00260.x>.
- Mitchison, D., Crino, R., & Hay, P. (2013). The presence, predictive utility, and clinical significance of body dysmorphic symptoms in women with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 1-10. <https://n9.cl/vbza>.

- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 118-126. <https://doi.org/10.1002/eat.22592>.
- Möllmann, A., Hunger, A., Schulz, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2020). Gazing rituals in body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101522. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.101522>.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Anson, M., Iervolino, A. C., Cherkas, L., Spector, T., & Mataix-Cols, D. (2012). A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychological Medicine*, 42(9), 1949-1955. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002741>.
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7–16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Murray, S. B., Nagata, J.M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., Blashill, A. J., & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin. Psychol. Rev.*, 57, 1-11.
- Mustapic, J., Marcinko, D., & Vargek, P. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 329-335. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0183-2>.
- Myers, T. A., Ridolfi, D. R., Crowther, J. H., & Ciesla, J. A. (2012). The impact of appearance- focused social comparisons on body image disturbance in the naturalistic environment: The roles of thin-ideal internalization and feminist beliefs. *Body Image*, 9(3), 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.03.005>.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011).

- Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012>.
- O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image*, 6(3), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.03.003>.
- Onden-Lim, M., & Grisham, J. R. (2013). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 99-105. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9318-1>.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129-132. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1998.00377.x>.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. O. U. Press.
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. O. U. Press.
- Phillips, K. A. (2017). *Body dysmorphic disorder: Advances in research and clinical practice*. O. U. Press.
- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 170-175. <https://doi.org/10.1097/00005053-200003000-00007>.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., Albertini, R. S., Tignol, J., Biraben-Gotzamanis, L., Martin-Guehl, C., Grabot, D., & Aouizerate, B. (2014). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: Evolution of 24 subjects

- with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Focus*, 22(2), 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.05.003>.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317-325. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317>.
- Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 18(3), 183-198. <https://doi.org/10.1080/10640261003719435>.
- Polivy, J., Herman, C. P., & Pliner, P. (1990). Perception and evaluation of body image: The meaning of body shape and size. In J. M. Olson, & M. P. Zanna (Eds.). *Self-inference processes: The Ontario symposium* (pp. 87-114). Erlbaum.
- Porras-García, B., Ferrer-García, M., Yilmaz, L., Sen, Y. O., Olszewska, A., Ghita, A., Serrano-Troncoso, E., Treasure, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2020). Body-related attentional bias as a mediator of the relationship between body mass index and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 454-464. <https://doi.org/10.1002/erv.2730>.
- Pöttsch, A., Rudolph, A., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2018). Two sides of weight bias in adolescent binge-eating disorder: Adolescents' perceptions and maternal attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1339-1345. <https://doi.org/10.1002/eat.22982>.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557-580.
- Rancourt, D., Leahey, T. M., Larose, J. G., & Crowther, J. H. (2015). Effects of weight-focused social comparisons on diet and activity outcomes in overweight and obese young women. *Obesity*, 23(1), 85-89.

- <https://doi.org/10.1002/oby.20953>.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 324-333. <https://doi.org/10.1002/eat.10012>.
- Riva, G., & Molinari, E. (1998). Replicated factor analysis of the Italian version of the body image avoidance questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 86(3), 1071-1074.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044-1056.
- Rivière, J., Rousseau, A., & Douilliez, C. (2018). Effects of induced rumination on body dissatisfaction: Is there any difference between men and women? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.05.005>.
- Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C., Drummond, M., & Tiggemann, M. (2017). Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *Body Image*, 22, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.06.001>.
- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 3(2), 267-307. <https://psycnet.apa.org/record/1989-29311-001>.
- Rodríguez-Testal, J. (2013). *Alteraciones de la Imagen Corporal*. Síntesis.
- Rogoza, A. B. R. (2015). The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0206-z>.

- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3(1), 32-37. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32>.
- Rosen, J.C. y Reiter, J.T. (1995). Development of Body Dysmorphic Disorder Examination (DBDE).
S/p. University of Vermont.
- Rosewall, J. K., Beavan, A., Houlihan, C., Bates, S., Melhuish, L., Mountford, V., & Lacey, J. H.(2020). Evaluation of Teen BodyWise: A pilot study of a body image group adapted for adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 25(3), 609-615. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00658-z>.
- Rosewall, J. K., Gleaves, D. H., & Latner, J. D. (2020). Moderators of the Relationship BetweenBody Dissatisfaction and Eating Pathology in Preadolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 40(3), 328-353. <https://doi.org/10.1177/0272431619837385>.
- Sadibolova, R., Ferrè, E. R., Linkenauger, S. A., & Longo, M. R. (2019). Distortions of perceivedvolume and length of body parts. *Cortex*, 111, 74-86. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.10.016>.
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2014). The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R). *Psychological Assessment*, 15(2), 209-217. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.001>.
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2018). The Development and Validation of the PhysicalAppearance Comparison Scale-3 (PACS-3). *Psychological Assessment*, 30(10), 112. <https://doi.org/10.1037 / pas0000576>.
- Senín-Calderón, C., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M. M., Núñez-Gaitán, M. C., Perona- Garcelán, S., Martínez-Cervantes, R., & Rodríguez-Testal, J. F. (2017). Validation of Spanishlanguage evaluation instruments for body

- dysmorphic disorder and the dysmorphic concern construct. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01107>.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body Checking and its Avoidance in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101. <https://doi.org/10.1002/eat.10228>.
- Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of body image and some of contributing factors in Iranian population. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(1). https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_293_18.
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: A systematic review. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 65(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Kevin Thompson, J. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 216-223. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2<216: AID-EAT1011>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<216: AID-EAT1011>3.0.CO;2-V).
- Spreckelsen, P., Glashouwer, K. A., Bennik, E. C., Wessel, I., & De Jong, P. J. (2018). Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. *PLoS ONE*, 13(6), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198532>.
- Stasik-O'Brien, S. M., & Schmidt, J. (2018). The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image*, 27, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.011>.
- Steinfeld, B., Waldorf, M., Bauer, A., Huber, T., Braks, K., & Vocks, S. (2018). Körperbezogenes Vermeidungsverhalten: Validierung des deutschsprachigen Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) an Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia Nervosa sowie einer gesunden Kontrollgruppe. *PPmP*

- *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68, 126-136.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-116848>.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985- 993. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00488-9).
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A Meta-Analytic Review of Eating Disorder Prevention Programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 207-231.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>.
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>.
- Strahan, E. J., Wilson, A. E., Cressman, K. E., & Buote, V. M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. *Body Image*, 3, 211-227.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders*. (pp. 115-120). New York: Raven Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007) *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. P. Press.
- Thompson, J. K., Burke, N. L., & Krawczyk, R. (2012). Measurement of body image in adolescence and adulthood. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol. 2). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00081-X>.
- Thompson, J. K. Covert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social

- comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 43-51. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R).
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., & Tantleff-Dunn, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist*, 14, 174.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. A. P. Association.
- Tiggemann, M., & Polivy, J. (2010). Upward and downward: Social comparison processing of thin idealized media images. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 356-364. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01581.x>.
- Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43(1-), 119-127. <https://doi.org/10.1023/A:1007095830095>.
- Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. C. (2017). Body Image Dissatisfaction and Anxiety Trajectories During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 00(00), 1-11. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390755>.
- Vartanian, L. R., & Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 10(4), 495-500. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.004>.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dermatologic Clinics*, 1-5. <https://doi.org/10.1002/9780470684610>.
- Wambach, L., & Schmidt, J. (2020). Body-related concerns and attention bias for socially threatening stimuli: Systematic review. *Psychotherapeut*, 65(2), 71-78. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00406-0>.

- Williamson, D. A. (1996). Body image disturbance in eating disorders: A form of cognitive bias? *Eating Disorders*, 4(1), 47-58. <https://doi.org/10.1080/10640269608250075>.
- Williamson, D. A., Womble, L. G., Zucker, N. L., Reas, D. L., White, M. A., Blouin, D. C., y Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *International journal of obesity*, 24(10), 1326-1332.
- Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2017). Doubt and fear of self in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1437-1441. <https://doi.org/10.1002/eat.22789>.
- Wilver, N. L., Summers, B. J., & Coughle, J. R. (2020). Effects of safety behavior fading on appearance concerns and related symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), 65-74. <https://doi.org/10.1037/ccp0000453>.
- World Health Organization. (1992). *World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE10)*. Meditro.
- World Health Organization. (2017). *World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE11)*.

La Imagen Corporal es un constructo multidimensional complejo que engloba las percepciones, pensamientos, actitudes y sentimientos del ser humano sobre su cuerpo, la manera en que estima su tamaño, evalúa su atractivo, las emociones asociadas con su forma y apariencia, así como las conductas dirigidas a su manejo.

En este libro se describe la psicopatología de la imagen corporal, sus definiciones, alteraciones, teorías y evaluación, permitiendo al lector conocer sobre las preocupaciones exageradas sobre la percepción de la imagen del cuerpo, que pueden incluso llegar a desencadenar serias alteraciones de la imagen corporal.



El Autor:

Es Doctor PhD por la Universidad de Sevilla-España. Departamento de Psicología Experimental y Departamento de Personalidad, Evaluación, y Tratamiento Psicológicos. Línea de investigación en Intervención Psicológica en Clínica y Salud. "CumLaude" Grado Científico Magíster en Investigación de la Salud, realizada en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca Ec. Tiene una alta formación, Maestría y Subespecialidad en Psicología Clínica.

Enero 2022 – CID – Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright© – CID – Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright del texto © 2022 de Autores

Formato: PDF

Páginas: 84 p

Tamaño: Sobre C5

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acceso: World Wide Web

ISBN: 978-99925-264-2-2

DOI: doi.org/10.37811/cli_w731

libros.ciencialatina.org

editorial@ciencialatina.org

Atención por WhatsApp al +52 1 999 102 8914

ISBN: 978-99925-264-2-2

