

Trastorno de la imagen corporal

Leyre Argüello Peña. Irene Romero Carrera

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II, 3ª Planta. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
Leyre1989@hotmail.com Irene_3314@hotmail.com

Tutor

Alfonso Meneses Monroy

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II, 3ª Planta. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
ameneses@enf.ucm.es

Resumen: el Trastorno de la Imagen Corporal es una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. La labor de la enfermería es fundamental para superar este trastorno, es la persona la que se ve, piensa y se comporta de manera desfavorable hacia su cuerpo, por lo tanto, la enfermera/o ha de ayudar a la persona a aceptarse y comportarse de forma más positiva respecto a su imagen. Este diagnóstico aborda aspectos perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales que ayudan a identificar la existencia de este trastorno a través de cambios que experimenta la persona en el desempeño del rol habitual, de la identidad personal y la autoestima. Es de gran importancia la influencia que ejercen los factores sociales y culturales, además de las características personales. Finalmente, analizaremos los criterios de resultados propuestos por la NANDA-I, para lograr que alcancen unos objetivos que les permitan pensar más favorablemente de sí mismos.

Palabras clave: Imagen corporal – Trastornos. Autoestima.

Abstract: The Body Image Disorder is defined as an exaggerated concern, which produces discomfort, to some imagined or extreme defect of the physical appearance. The work of nursing is essential to overcome the disorder, is the person who sees, thinks and behaves unfavourably to his or her body or to certain parts of it, therefore, the nurse aim is to help people to appreciate more themselves and behave in accordance with a more positive way of seeing themselves. This condition addresses perceptual, cognitive, emotional and behavioural issues that help to identify the existence of this disorder through changes experienced by the person in the performance of the usual role of personal identity and self esteem. The influence of social and cultural factors as well as personal characteristics is very important. Finally, we analyze the performance criteria proposed by the NANDA-I for this diagnosis to ensure that they reach targets that allow them to think highly of themselves.

Keywords: Body Image Disorders. Self- esteem.

INTRODUCCIÓN

Historia de los diagnósticos

La Enfermería como cualquier otra profesión deberá combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos. Pero no sólo entran en juego estos factores, aunque de ellos dependa en gran parte toda la elaboración de un diagnóstico; también tendremos que saber conjugar una buena aptitud para reunir datos y una capacidad intelectual adecuada. Todos estos factores junto con nuestra filosofía personal, el marco conceptual de la profesión y una experiencia cada vez mayor definirán nuestra capacidad para la elaboración de diagnósticos.

Históricamente se ha asociado el diagnóstico exclusivamente con la medicina, por ello hemos de establecer la correcta diferenciación entre el diagnóstico enfermero y el diagnóstico médico.

El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad mientras, el diagnóstico enfermero fija su atención en las respuestas del paciente o familiar a su enfermedad o en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo, debe tenerse en cuenta que los diagnósticos de enfermería se limitan a las áreas de actuación independiente de la enfermera.

Gebbie y Lavin (1974) definieron el diagnóstico de enfermería como “la identificación de los problemas o preocupaciones del paciente realizada con más frecuencia por la enfermera, problemas que generalmente ella identificaba antes de que sean reconocidos por otros profesionales de la salud, y que en la actualidad pueden solucionarse dentro del campo potencial de la práctica de enfermería”⁽¹⁾.

La investigación de los diagnósticos de enfermería es una pieza clave para desarrollar la ciencia enfermera, no sólo genera nuevos diagnósticos, sino que también, sirve para archivar y recuperar la información con criterios propios, facilitando y estimulando nuevas investigaciones, y con ello, la comparación de resultados entre estudios⁽²⁾.

Los diagnósticos de enfermería son esenciales, puesto que sin un diagnóstico enfermero no habría una identificación específica de los problemas de salud o de aquellos estados en los que se inician unos cuidados de enfermería.

Con la clasificación y puesta en práctica de los diagnósticos enfermeros se pueden aclarar las funciones propias y se pueden manifestar aquellas alteraciones específicas de la salud, identificadas tras el análisis de los datos valorables^(1,3).

En 1953, V. Fry introdujo el termino diagnóstico de enfermería para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de enfermería aparecieron solo de forma esporádica en la literatura, hasta el año 1973 en el que KristineGebbie y Mary Ann Lavin organizaron la FirstNationalConferencefortheClassification of Nursing Diagnosis (Primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros) en ST. Louis UniversitySchool of Nursing, para ello convocaron a enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y de todos los campos de la práctica (asistencia, docencia, gestión e investigación), iniciando el esfuerzo formal para identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros. Desde su creación el NationalConferenceGroup se reunió cada 2 años.

A las primeras conferencias solo se podría asistir con invitación personal y las participantes formaron grupos de trabajo a los que se pidió que generasen diagnósticos relacionados con sistemas funcionales específicos basándose en su experiencia clínica y en la consulta bibliográfica⁽⁴⁾.

A partir de la quinta conferencia, realizada en 1982, se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis creándose en su lugar la North American Diagnosis Association (NANDA), cuyo principal objetivo seguía siendo el desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía diagnóstica propia.

El desarrollo de la taxonomía I se produjo durante la tercera, cuarta y quinta conferencias, un grupo presidido por Callista Roy, propusieron los nueve Patrones del Hombre Unitario, que representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno.

Entre la sexta y séptima conferencias, se sustituye la denominación de patrones del Hombre Unitario por la de Patrones de Respuesta Humana (PRH).

La taxonomía II surgió después de la conferencia bianual en abril de 1994, en la que se adaptaron los Patrones Funcionales de Salud de Dra. Gordon, a continuación estos patrones pasaron a llamarse Dominios. Actualmente existen 13 Dominios, 46 Clases, 106 conceptos diagnósticos y 155 diagnósticos⁽²⁾.

Trastorno Imagen Corporal

Para llegar a delimitar el diagnóstico de trastorno de la imagen corporal, es necesario analizar el concepto de forma exhaustiva. Inicialmente se hará a partir de un

análisis acerca del concepto en general, posteriormente se examinarán los principales autores que han estudiado este diagnóstico, las controversias que se han generado en torno al diagnóstico y por último, su relevancia para la práctica profesional de los enfermeros.

El trastorno de la imagen corporal (00118) pertenece al dominio 6 Autopercepción. Este diagnóstico se integró en 1973, en la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros y revisado por última vez en 1998.

Este dominio, Autopercepción, cubre el área de conocimientos y habilidades de enfermería relacionados con el comportamiento emocional, mental y social inadecuado durante la enfermedad, las fases del desarrollo y las crisis vitales. El diagnóstico elegido para elaborar este proyecto, se encuentra dentro de la Clase 3, llamada "Imagen Corporal"

La definición del trastorno de la imagen corporal según la NANDA es confusión en la imagen mental del yo físico⁽⁵⁾.

Esta definición resulta poco clarificadora y escasa puesto que una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto.

El trastorno de la imagen corporal se produce por una preocupación exagerada que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Las primeras referencias a la imagen corporal y alteraciones asociadas aparecen en trabajos médicos sobre neurología de principio del siglo XX.

Existen varias definiciones de que es la imagen corporal, la más utilizada se la debemos a Schilder (1950) que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Decía: "la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos".

Otros enfoques psicoanalíticos, como en el caso de Fisher (1986), entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto; considera que la gente varía respecto a la descripción que adscriben a sus límites corporales.

Además aparecen otras definiciones que muestran una concepción más dinámica del término imagen corporal, basándose en los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Por ejemplo Bemis y Hollon (1990), advierten en la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él^(6,8).

Thomson (1990) decía que la imagen corporal estaba constituida por tres componentes: un componente perceptual, un componente subjetivo y un componente conductual (conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan)^(6,7,8).

Para Cash y Pruzinsky (1990) el concepto de imagen corporal implica: perceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/ displacer, satisfacción/insatisfacción, y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa^(7,8).

Por último haremos referencia a la definición de Rosen (1992) según la cual, la imagen corporal hace referencia a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo contemplando aspectos perceptivos (precisión con que se percibe el propio cuerpo provocando situaciones de subestimación, centrándose principalmente en el tamaño y la forma de nuestro cuerpo y sus partes), subjetivos (insatisfacción, preocupación y ansiedad que provoca en el sujeto su imagen corporal) y aspectos conductuales.

En los últimos años hemos observado que no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, cómo se evalúa y cómo se manifiesta una alteración de ella. Algunos autores han determinado que “el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable” (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001)⁽⁹⁾.

A pesar de no existir ese consenso internacional sobre que es la imagen corporal, podemos resumirla como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

La imagen corporal resulta crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto o para explicar ciertas psicopatologías, ansiedad y/o depresión, o la dificultad de integración social debida a la percepción del propio cuerpo. La imagen que cada individuo tiene de su propio cuerpo es fundamentalmente subjetiva y no tiene por qué corresponderse con la realidad.

En cuanto a las características de la imagen corporal, es un concepto multifacético; está íntimamente relacionada con los sentimientos de autoconciencia; esta socialmente determinada; no es fija y estática sino que varía a lo largo de la vida

según las propias experiencias, influencias sociales...; la imagen corporal influye en el procesamiento de de información; y por ultimo sabemos que la imagen tanto la consciente como la preconscious y la inconsciente influyen en el comportamiento⁽⁷⁾.

Cuando se produce una alteración de la imagen corporal se produce el llamado trastorno de la imagen corporal. Las primeras referencias en este campo surgen a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma) en 1903 Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”.

Se ha de tener en cuenta que el trastorno de la imagen corporal no es una respuesta normal ante la presencia de cambios físicos (ya sean estos reales o imaginarios) y se trata de una situación patológica por lo que es imprescindible estar alerta ante la aparición de signos que muestren el desarrollo de este diagnóstico para poder prestarles ayuda en el proceso de adaptación en aquellos caso en el que los cambios físicos sean reales y proporcionarles apoyo psicológico cuando se considere necesario, especialmente en aquellos casos de distorsión perceptiva⁽¹⁰⁾.

Por último, es necesario realizar una diferenciación entre el diagnóstico enfermero desarrollado a lo largo del trabajo y la existencia de un diagnóstico médico con denominación propia, trastorno dismórfico corporal, un desorden psiquiátrico tipificado en el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), incluido en los trastornos somatomorfos. Estos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que puede explicar por completo todos los síntomas físicos. Las características esenciales de este trastorno son: Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva; la preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de estas áreas importantes de la actividad del individuo; la preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental⁽¹¹⁾.

DESARROLLO

Como dijimos anteriormente, cuando existen alteraciones de la imagen corporal los síntomas se presentan en distintos niveles de respuesta lo que nos ayuda a interpretar las características definitorias más fácilmente (Fig.1).

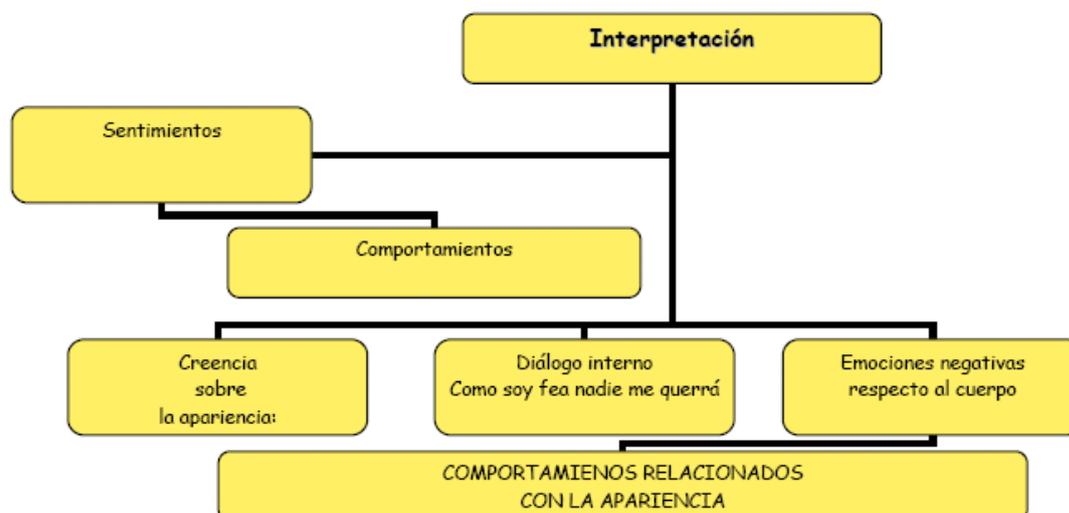


Figura 1. Comportamiento relacionado con la apariencia.

Según los distintos autores, se identifican unos componentes o niveles u otros, pero en general podemos hablar de cuatro dimensiones o componentes fundamentales^(6,10,12-14):

- **Perceptivas:** esta dimensión hace referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño corporal en sus partes o totalidad. Las personas con trastorno de la imagen corporal suelen exagerar, deformar o distorsionar la amplitud de sus medidas corporales. Es importante destacar que no se trata de una alteración visual, ya que si son capaces de percibir con exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que los rodean, únicamente distorsionan o exageran su propio cuerpo. En ciertas enfermedades, como en el caso de la anorexia nerviosa, existe una tendencia a sobrestimar las dimensiones de su cuerpo de una forma más exagerada aunque no es necesario llegar a padecer esta enfermedad para ver ciertas partes corporales más gruesas de lo que están.

Debido a que la gran mayoría de los estudios se centran en la percepción de la imagen en los trastornos de la conducta alimentaria, la percepción hace referencia únicamente al tamaño corporal, pero esta percepción también hace referencia a la forma o cualquier cambio que les haga sentirse diferentes. Existen distorsiones perceptivas tales como la atención selectiva a la zona afectada magnificándola a la hora de percibir el defecto.

- **Nivel cognitivo:** este componente se refiere a pensamientos, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. El modelo cognitivo refleja cómo se siente y como actúa la persona ante su propia imagen corporal. Según este criterio los pensamientos no surgen de un suceso real sino de los pensamientos acerca de

ellos. Puesto que el trastorno de la imagen corporal no se basa en cómo es o qué alteraciones físicas tiene la persona sino como ésta se siente respecto a su imagen, el problema no es el cuerpo sino la concepción que se tiene sobre él. Cuando se ve alterado este nivel la persona siente una preocupación intensa respecto a su aspecto corporal, presenta creencias irracionales, realiza autoverbalizaciones negativas sobre su cuerpo... estas alteraciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.

Algunos autores incluyen en el nivel cognitivo la dimensión perceptiva haciendo referencia a las distorsiones perceptivas, los procesos de sobreestimación y subestimación.

- **Componente emocional:** las personas que sufren un trastorno de la imagen corporal pueden presentar un amplio abanico de reacciones emocionales derivadas de la observación del propio cuerpo (distorsiones perceptivas) o de los pensamientos sobre éste (alteración del nivel cognitivo). Suelen tener sentimientos de insatisfacción, asco, tristeza, ansiedad, frustración, etc. Es conveniente identificar estas emociones negativas hacia la propia persona clasificándolas en “apropiadas” y perturbadoras para poder conocer el grado de trastorno de la imagen que tiene; las apropiadas son aquellas como la preocupación, la tristeza y el enfado entre otras; mientras que las perturbadoras son las que rayan lo patológico como la ansiedad, la depresión, la ira, la culpa o la vergüenza. La propia persona (aunque no exclusivamente, ya que este componente emocional puede verse aumentado por la evaluación realizada a partir de experiencias previas, de burlas o tendencias a la comparación social realizadas tanto por la propia persona como por otras) es la genera sus propias perturbaciones emocionales al creer profundamente en ideas absolutas e irracionales.

Este componente emocional es el que puede llevar al desarrollo de otros diagnósticos enfermeros del ámbito del autoconcepto como ansiedad o baja autoestima situacional, pudiendo llegar a cronificarse según el tiempo en que tarde en solucionarse el trastorno de la imagen corporal podría originar desesperanza, impotencia, aflicción crónica y aislamiento social.

- **Nivel conductual:** aquellas personas con alteración de la imagen pueden organizar su vida entorno a conductas centradas en la preocupación corporal. Las personas con este trastorno pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos evitan mirarse al espejo mientras otros lo observan compulsivamente. Solicitan información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Realizan maniobras de camuflajes de sus defectos o alteraciones, evitando situaciones sociales en las que creen que se fijaran en su defecto o será rechazado por su apariencia. También piensan que su defecto es una prueba de la imposibilidad de ser queridos o apreciados o una muestra de

debilidad. Aunque estas preocupaciones pueden presentarse a lo largo del todo el día son más intensas en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente. Las conductas asociadas a la imagen corporal tienen gran valor informativo acerca del trastorno de la imagen.

Estos son los cuatro niveles más comúnmente utilizados aunque en algunas ocasiones se introduce un nuevo nivel, la dimensión psicofisiológica en la que se incluyen las respuestas de activación del sistema nervioso autónomo (sudor, temblor, taquicardia, alteración de la respiración, etc.). El motivo por el que no se incluye este nivel se justifica en que estas reacciones y respuestas del organismo son producto de las alteraciones del nivel emocional. Aunque también puede concebirse como cambios fisiológicos producto de enfermedades (oncológicas por ejemplo) en los que hay una pérdida de la función vital en la que los pacientes experimentan un cambio de hábitos y sensaciones diferentes a las que han de acostumbrarse constituyéndose así un nivel independiente.

Factores predisponentes

Una persona no se convence de que tiene una imagen corporal negativa de un día para otro. Es una cuestión de tiempo. La imagen corporal comienza en la infancia. Existen varios factores que influyen en la aparición del trastorno de la imagen corporal: unos son predisponentes y otros son mecanismos de mantenimiento^(9, 12).

- **Causas predisponentes**

- ✓ Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal. Toro (1988) señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factores predisponentes.
- ✓ Modelos familiares y amistades: La socialización acerca del significado del cuerpo va más allá de la televisión o de las revistas. Existen otras voces, en muchas ocasiones mucho más eficaces que las anteriores, que influyen en nuestro concepto. Las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, figuras importantes como son los padres, excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. También las amistades tienen un importante papel en el desarrollo del trastorno de la imagen corporal. Igual que los familiares, pueden particularizar para sus amigos los modelos sociales y pueden amplificar los defectos de una persona. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas o rechazo hacia el cuerpo por parte del grupo de

iguales tiene un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal y hace a una persona más vulnerable.

- ✓ Características personales: A pesar de que todos vivimos sumergidos en la misma cultura, no nos vemos afectados en la misma manera ni en la misma magnitud. Algunas personas demuestran que no se ven afectadas ni por la presión cultural, ni por las burlas que pueden haber sufrido ni por tener un defecto desfigurador, sabemos que son personas que tienen una solidad autoestima. Las personas que tienen una cierta seguridad en sí mismas y se creen dignas de ser amadas, competentes y que se enfrentan a los problemas de la vida, poseedoras de esperanza en el futuro y en la vida, no caen fácilmente como las personas que no poseen una buena autoestima.

Estas últimas tienden a sentirse inadecuadas, pueden sucumbir fácilmente a las presiones sociales o de las personas cercanas. La idea básica de que la imagen corporal negativa está asociada a una autoestima negativa y a sentimientos de ineficacia parecen correlacionar en los estudios que se han llevado a cabo. Pero esta situación podría ser bidireccional y producirse también en sentido contrario siendo las personas con trastorno de la imagen corporal las desarrollaran creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones en sí mismo que influyen sus pensamientos, emociones y conductas.

- ✓ Desarrollo físico y feedback social: Los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. El desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad y se puede asociar a insatisfacción corporal.
- ✓ Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física mediado por la baja autoestima.

- **Mecanismos de mantenimiento**

- ✓ Las experiencias pasadas y la presión social pueden ayudar a desarrollar una autoimagen negativa, pero el pasado no lo es todo. Más importante son las causas actuales que afectan las experiencias corporales de la vida diaria.
- ✓ Sentimos tal como pensamos, es decir, de la manera como interpretemos los hechos y los acontecimientos, dependerá como nos sintamos y como actuemos.

- ✓ La atención selectiva vendría determinada por poner todo el interés en aquellas partes del cuerpo que son las que menos agradan. Dedicar mucho tiempo en pensar en ellas, servirá eficazmente para mantener esta preocupación.
- ✓ Las conductas de evitación, como no llevar determinada ropa o asistir a determinadas reuniones, son muy eficaces a corto plazo para paliar o detener el malestar. Esto las hace altamente peligrosas ya que a largo plazo va a tener muchos más miedos.
- ✓ Los rituales de comprobación, como preguntar muchas veces por la presencia o ausencia de un defecto o mirar muchas veces al espejo, producen un efecto parecido. Cada vez es más necesario llevar a cabo tales rituales y cada vez la inseguridad y el desconcierto es mayor.
- ✓ Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo.
- ✓ En todo caso, a veces no necesariamente han de existir diferencias, sino que el sujeto “nota”, “siente” o “juzga” que lo que le dicen está en esa dirección.

En resumen, se aconseja usar este diagnóstico siempre que la persona, tras una enfermedad, traumatismo o lesión que ha modificado su aspecto o función corporal, necesite reajustar la imagen mental que tiene de sí misma.

Debe tenerse en cuenta que la imagen corporal es uno de los cuatro componentes que configuran la percepción de uno mismo (imagen corporal, desempeño del rol, identidad personal y autoestima), por lo que una alteración o cambio en cualquiera de los cuatro repercute necesariamente en las restantes. Esto implica que, al valorar uno de los componentes de la autopercepción, se debe tener en cuenta los otros tres. Por otra parte, la importancia que la sociedad actual confiere al cuerpo hace que la autoimagen sea un aspecto muy importante de la autopercepción⁽²⁾.

Se desaconseja utilizarlo cuando los problemas de ajuste de la imagen mental se deban a trastornos psicopatológicos.

Características definitorias

En el trastorno de la imagen corporal podemos identificar la manifestación de unas características definitorias generales^(2,5):

Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento; manifestaciones que reflejan una alteración de la percepción de la estructura, aspecto o función del cuerpo; conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo; expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

- **Objetivas:** no mirar, no tocar, sobreexponer u ocultar de forma intencionada o no una parte corporal; traumatismo de una parte corporal no funcionate; deterioro de la capacidad para valorar la relación espacial del cuerpo en el entorno; alteración de las relaciones sociales; pérdida o cambio real de una parte, estructura o función corporal; ampliación de los límites del cuerpo hasta incluir objetos del entorno.
- **Subjetivas:** negativa a verificar un cambio corporal real; preocupación por el cambio o pérdida; personalización o despersonalización de la parte afectada o de la pérdida; sentimientos negativos sobre el cuerpo; expresión de cambios en el estilo de vida; centrar la atención en las capacidades, funciones o aspectos anterior; miedo al rechazo o a la reacción de los otros; destacar las capacidades restantes; exagerar los logros.

Factores relacionados

Factores relacionados con la aparición de un trastorno de la imagen corporal, son aquellos factores que pueden favorecer o precipitar un trastorno de este tipo no siendo obligatorio que se produzca esta alteración de la imagen a pesar de que se den estos factores. Como dijimos con anterioridad el trastorno de la imagen corporal no se debe a como soy o como me ven los demás sino más bien a una cuestión interior de cómo se ve y se siente uno mismo con su propio cuerpo⁽⁵⁾.

- **Factores biofisiológicos:** se refiere a los casos en los que hay una pérdida de una función vital como el habla, la deglución, los hábitos de eliminación, etc., lo cual imposibilita cubrir sus necesidades fisiológicas de la manera habitual.
- **Cognitivos:** explicado con anterioridad. Abarca las ideas y pensamientos acerca de sí mismo.
- **Culturales:** a lo largo de la historia podemos observar como las distintas culturas (egipcios, griegos, culturas indígenas, etc.) buscan como obtener la belleza y mantenerla, el concepto de belleza es diferente para cada cultura pero en todas ellas lo bello es lo bueno, ya la poetisa de la Grecia Clásica Safo lo proclamaba “lo que es bueno es bello”. Esta identificación permanece en las sociedades occidentales y la belleza y el atractivo físico se han convertido en un importante valor que se asocia a adjetivos y valores positivos. Lo “bello es bueno” y lo “feo es malo” (Franzoi y Herzog, 1987)^(10,12).

- **Cambios de desarrollo:** la adolescencia es aquella etapa en que más cambios físicos se producen como consecuencia del desarrollo, la imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima en esta etapa de la adolescencia. Los trastornos que se producen en esta etapa en relación al desarrollo físico suelen ser principalmente de carácter alimentario ya que la cultura global en general envía, también, a los adolescentes el mensaje de que se les valora y juzga por su cuerpo. Se les anima a compararse con una versión retocada y realzada de una mujer que coincide con el estereotipo, prácticamente inalcanzable. Los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación acerca de la apariencia física.

Son considerados generalmente grotescos o que les engordan o como una prueba de estar convirtiéndose en personas mayores. Estas modificaciones provocan comentarios de las otras personas, que a su vez influyen la imagen corporal, así como la autoestima pudiendo llevar en ciertas ocasiones a una insatisfacción corporal o a un rechazo de las nuevas formas corporales^(15, 16).

No debemos olvidar que estos cambios de desarrollo también se dan durante el envejecimiento, actualmente existe un rechazo hacia la senectud. Los cambios corporales provocados por la edad producen transformaciones físicas que son incompatibles con los actuales estándares de belleza pudiendo llegar a la obsesión por la juventud y la estética corporal derivando en un posible trastorno de la imagen corporal^(17,18).

- **Tratamiento de la enfermedad:** ciertos tratamientos farmacológicos, quimioterápicos, radioterápicos o resección quirúrgica de lesiones pueden producir cambios en el aspecto físico de la persona aumentando su deterioro o modificando sus características de base y repercutiendo en su estado emocional, calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral⁽¹⁹⁾.
- **Lesiones:** cualquier tipo de lesión puede provocar una insatisfacción corporal, pero la carga emocional invertida en la zona de la cabeza y el cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social, en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales suponen un ataque directo a la identidad personal y a la autoestima. La morbilidad psicológica es aún mayor cuando las lesiones añaden la pérdida de una función corporal^(19, 20, 21).
- **Factores perceptuales:** explicado con anterioridad en el estudio de los diferentes niveles que componen la imagen corporal.
- **Psicosociales:** la sociedad ejerce una gran influencia sobre la imagen corporal, actualmente se propone un ideal estético que se relaciona con el atractivo, la imposición por parte de la sociedad de un determinado modelo estético

supone una importante fuente de presión que puede conllevar un trastorno de la imagen corporal⁽¹⁰⁾.

- **Espirituales:** a lo largo de la historia se han descrito conductas de ayuno, evitación de determinados alimentos, autolesiones, etc., con el fin de encontrar la purificación del espíritu. Estas lesiones que se provocan, podrían dar lugar a la aparición de un Trastorno de la Imagen Corporal⁽²¹⁾.
- **Cirugía:** hace referencia a intervenciones que suponen un cambio en el “esquema corporal” de la persona y se manifiesta en forma de pérdida de valor físico y personal llevándolo hacia la retracción social por miedo al rechazo. Existen evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales, aunque vayan seguidos de una reconstrucción, conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras. En definitiva, todo paciente al que se le vaya a realizar una cirugía que modifique su aspecto físico de manera negativa va a requerir una adaptación tanto a nivel físico como psicológico y socio-familiar^(19, 22).
- **Traumatismo:** aquellos traumatismos que puedan producir lesión (cortes, abrasiones, etc.) las cuales supongan un Trastorno de la Imagen, además de traumatismos que puedan limitar físicamente al paciente viéndose modificado su estilo de vida.

Criterios de resultados

Una vez definido el diagnóstico, planificaremos que pretendemos que ocurra con este problema de salud planteando unos objetivos que deben ser medibles, realistas y basadas en la valoración. Los criterios de resultados que corresponden al diagnóstico enfermero de Trastorno de la Imagen Corporal, aparecen definidos de manera oficial por Nursing Outcomes Classification (NOC), desarrollados en el Patrón 7 Autopercepción-Autoconcepto. A continuación, aparecen detallados los criterios de resultados comunes para aquellas personas que sufren un Trastorno de la Imagen corpora^(5,24,25).

1. Modificación psicosocial: cambio de vida

Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante. Objetivo perteneciente al dominio III salud psicosocial, clase N adaptación psicosocial.

Este problema de salud, se asocian a la percepción más subjetiva de cada persona (aquello que cada uno siente) y estarán directamente relacionados con la calidad de vida y bienestar de la persona y de su entorno (los cambios a nivel emocional como ansiedad, miedos o malhumor, cambios en los hábitos de ocio, en el estilo de vida, en el mundo laboral o en el seno y rutina familiar, etc.).

Un cambio físico y/o psicológico del propio organismo da lugar a una alteración de la imagen corporal, pero también a la autoestima y la identidad puede verse afectada.

Es frecuente que ciertas enfermedades crónicas afectan los roles del individuo que padece, lo que puede tener repercusiones sobre el autoestima y la identidad.

Cuando una parte del organismo cambia su aspecto o función, la imagen corporal puede verse modificada, a través de situaciones como la amputación, la ostomía, la mastectomía, o las alteraciones faciales. Depende de su gravedad, causa o percepción por el paciente, puede resultar destructivo, indiferente o incluso beneficioso para la funcionalidad social del sujeto.

Los pacientes se encuentran en un periodo de adaptación psicosocial, en el cual el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la recuperación y ayuda a su nueva situación. Con frecuencia este tipo de pacientes presentan características definitorias del diagnóstico enfermero: Trastorno de la imagen corporal.

Establecer objetivos realistas. Es importante establecer metas que puede lograr. Todo tipo de gente (empleadores, padres, medios de comunicación, la sociedad) puede establecer objetivos realistas para la persona con el trastorno. A menudo se harán en la ignorancia de sus propios deseos y ambiciones. También puede establecer objetivos que son demasiado altos, porque no puede apreciar bien los obstáculos en el camino o entender bastantes cuánto habilidades que necesita para desarrollar para alcanzar un determinado nivel de rendimiento^(17,26,27).

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 130501 Establecimiento de objetivos realistas.
- 130502 Mantenimiento de la autoestima.
- 130503 Expresiones de productividad.
- 130504 Expresiones de utilidad.
- 130505 Expresiones de optimismo sobre el presente.
- 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro.
- 130507 Expresiones de sentimientos permitidos.
- 130508 Identificación de múltiples estrategias de superación.
- 130509 Uso de estrategias de superación efectivas.
- 130513 Expresiones de apoyo social adecuado.
- 130512 Participación en aficiones recreativas.
- 130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.
- 130512 Expresiones de sentimientos socializados.

Para alcanzar el objetivo mencionado anteriormente se deben llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Asesoramiento: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o ayudar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
- Aumentar el afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los favores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
- Fomento del desarrollo: adolescente: facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.
- Guía de anticipación: preparación del paciente en anticipación de una crisis en desarrollo y/o circunstancial.

2. Autoestima

Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Pertenece al dominio III, clase M bienestar psicológico.

La autoestima es uno los aspectos del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. El autoconcepto y la autoestima juegan un papel importante en la vida de las personas y tienen un gran valor en lo personal, lo profesional y lo social ya que contribuyen a la salud y a un equilibrio psíquico. Desgraciadamente, la autoestima, una variable tan importante para el bienestar personal, queda supeditada a algo tan externo, variable y en gran medida ajeno a nuestro control como es la apariencia física.

La autoestima es la variable que más se ha estudiado en relación con la imagen corporal en la autoestima general la persona (principalmente y en mayor medida la mujer) queda condicionada con su cuerpo, lo que implica que una pobre imagen corporal se asocie con una baja autoestima. La visión subjetiva sobre el atractivo corporal puede influir en gran medida en la experiencia y la autoestima de la propia persona, el hecho de tener una autopercepción positiva de los atributos físicos permite una mayor confianza y seguridad en uno mismo.

Para poder pensar de una forma positiva sobre nosotros mismo en los casos de desarrollo de trastorno de la imagen corporal, ha de trabajarse la aceptación del propio cuerpo tratando de identificar de manera objetiva las cualidades y defectos de una mismo, respetándose y apreciándose por sus logros y cualidades positivas y no únicamente por lo que siente respecto a su físico^(28,29).

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 120501 Verbalizaciones de autoaceptación.
- 120502 Aceptación de las propias limitaciones.
- 120503 Mantenimiento de una postura erecta.
- 120504 Mantenimiento del contacto ocular.
- 120505 Descripción del yo.
- 120506 Respeto por los demás.
- 120507 Comunicación abierta.
- 120508 cumplimiento de los roles significativos personales.
- 120509 Mantenimiento del cuidado/ higiene personal.
- 120510 Equilibrio entre participar y escuchar en grupos.
- 120511 Nivel de confianza.
- 120512 Aceptación de los cumplidos de los demás.
- 120513 Respuesta esperada por los demás.
- 120514 Aceptación de críticas constructivas.
- 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás.
- 120517 Descripción del éxito en grupos sociales.
- 120518 Descripción de estar orgulloso.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
- 120521 Descripción del éxito en el trabajo.
- 120522 Descripción del éxito en la escuela.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar el afrontamiento.
- Fomento del desarrollo: adolescentes.
- Grupo de apoyo: uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud de sus miembros.

- Manejo del peso: facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
- Potenciación de la autoestima: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo: ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.
- Potenciación de la imagen corporal: mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.
- Potenciación de la socialización: facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

3. Desarrollo infantil de 2 a 11 años

En cuanto a los criterios de resultados correspondientes a la etapa del desarrollo infantil (de 2 a 11 años), existe una falta de relación en la mayoría de los indicadores con los trastornos de la imagen corporal. Ya que se centra en la crianza y el fomento de actitudes y aptitudes para un desarrollo adecuado.

La evaluación del esquema corporal está ligada al desarrollo psicomotor en el sentido de una diferenciación progresiva de funciones.

Le Boulch, ha distinguido tres etapas en la evolución del esquema corporal⁽³⁰⁾:

- Etapa del cuerpo vivido (hasta los 3 años): Caracterizada por un comportamiento motor global con repercusiones emocionales fuertes y mal controladas. A los tres años, el niño ha conquistado un “esqueleto” de yo a través de su experiencia y de la relación con el adulto.
- Etapa de discriminación perceptiva (de 3 a 7 años): Se caracteriza por el desarrollo progresivo de la orientación del esquema corporal y la afirmación de la lateralidad. Hacia el final de esta etapa, el niño es capaz de dirigir su atención sobre la totalidad de su cuerpo y sobre cada uno de los segmentos corporales.
- Etapa del cuerpo representado (de 7 a 12 años): Se corresponde sobre el plano intelectual del estadio de las “operaciones concretas” de Piaget. En este estadio juega un papel decisivo el “esquema de acción”, aspecto dinámico del esquema corporal verdadera imagen anticipatoria, por medio de la cual el niño hace más consciente su motricidad. Para alcanzar esta etapa son necesarias una serie de condiciones, raramente encontradas en la educación tradicional, como:

- ✓ Una experiencia suficientemente variada de “cuerpo vivido” en un buen clima emocional.
- ✓ Posibilidad de interiorización y dominio de las relaciones emocionales primitivas.
- ✓ Un buen esquema de actitud, que corresponde al estadio de “imagen del cuerpo” de carácter estático.
- ✓ La posibilidad de integrar conjuntamente las informaciones propioceptivas y exteroceptivas.

El esquema corporal es, pues, resultante de la experiencia del cuerpo (del cual el sujeto toma poco a poco conciencia) y de la manera cómo el cuerpo se pone en relación con el medio, con sus posibilidades propias.

El niño progresivamente se descubre a través de su actividad corporal, global o instintiva en principio, diferenciada e intencional después, y esta actividad corporal le permite descubrir el mundo que le rodea.

El esquema corporal se convierte así en un elemento indispensable en la construcción de la personalidad del niño⁽³¹⁾.

3.1 Desarrollo infantil: 2 años

Metas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial a los 2 años de edad. Pertenece al dominio I (salud funcional), clase B (crecimiento y desarrollo). La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 010401 Camina de forma rápida.
- 010402 Se agacha bien.
- 010403 Sube y baja escaleras de una en una.
- 010404 Camina hacia atrás.
- 010405 Da patadas a una pelota.
- 010406 Lanza una pelota.
- 010407 Hace trazos circulares y horizontales con un lápiz de color.
- 010408 Apila cinco o seis bloques.
- 010409 Come con cuchara y tenedor.
- 010410 Sigue instrucciones con dos componentes.
- 010411 Indica verbalmente sus deseos.
- 010412 Utiliza frases de dos o tres palabras.
- 010413 Escucha un cuento mirando los dibujos.
- 010414 Señala algunas partes de cuerpo.
- 010415 Juego paralelo

010416 Imita a los adultos.

010417 Interacciona con los adultos en juegos simples.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar los sistemas de apoyo: facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
- Ayuda al autocuidado: ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.
- Educación paterna: crianza familiar de los niños: ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebe, niño/s en edad preescolar o escolar.
- Fomento del desarrollo: niño: facilitar o enseñar a los padres / cuidadores a conseguir un crecimiento lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de niños en edad preescolar y escolar.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la socialización.

3.2 Desarrollo infantil: 3 años

Metas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial a los 3 años de edad. Pertenece al dominio I (salud funcional), clase B (crecimiento y desarrollo). La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

010501 Mantiene el equilibrio con un solo pie.

010502 Pedalea una bicicleta de juguete.

010503 Se viste.

010504 Control de la escritura/instrumentos para colorear.

010505 Copia un círculo.

010506 Copia una cruz.

010507 Control intestinal durante el día.

010508 Control vesical durante el día.

010509 Distingue las diferencias entre sexo.

010510 Dice como se llama.

010511 Dice su edad.

- 010512 Posee fantasías o ideas imaginarias.
- 010513 Participa en juegos interactivos con sus compañeros.
- 010514 Comienza a jugar en grupos colaboradores.
- 010515 Utiliza frases de tres o cuatro palabras.
- 010516 Habla inteligible para las personas extrañas.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Ayuda al autocuidado.
- Educación paterna: crianza familiar de los niños.
- Fomento del desarrollo: niño.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la socialización.

3.3 Desarrollo infantil: 4 años

Metas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial a los 4 años de edad. Pertenece al dominio I (salud funcional), clase B (crecimiento y desarrollo). La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 010601 Camina, sube y corre.
- 010602 Sube y baja escaleras.
- 010603 Salta y sube con un pie.
- 010604 Monta en triciclo o bicicleta con cuatro ruedas.
- 010605 Tira la pelota a las manos.
- 010606 Construye torres 10 bloques.
- 010607 Dibuja personas con tres partes.
- 010608 Dice su nombre y apellidos.
- 010609 Utiliza frases de cuatro a cinco palabras, párrafos cortos.
- 010610 Su vocabulario incluye el tiempo pasado.
- 010611 Describe una experiencia reciente.
- 010612 Puede cantar una canción.
- 010613 Distingue la fantasía de la realidad.

010614 Describe el uso de ítems utilizados en casa.

010616 Participa en juegos creativos.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Ayuda al autocuidado.
- Educación paterna: crianza familiar de los niños.
- Fomento del desarrollo: niño.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la socialización.

3.4 Desarrollo infantil: segunda infancia

Metas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 6 y los 11 años de edad. Pertenecen al dominio I (salud funcional), clase B (crecimiento y desarrollo). La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

010801 Practica hábitos higiénicos.

010802 Juega en grupo.

010803 Desarrolla amistades íntimas.

010804 Se identifica con sus compañeros del mismo sexo.

010805 Asume responsabilidades en determinadas tareas domésticas.

010806 Cumple los compromisos de las actividades extraacadémicas.

010807 Expresa sentimientos de forma constructiva.

010808 Manifiesta confianza en sí mismo.

010809 Comprende el bien y el mal.

010810 Cumple las normas de seguridad.

010811 Expresa pensamientos cada vez más complejos.

010812 Muestra creatividad.

010813 Comprende ideas cada vez más complejas.

010814 Asume responsabilidades en las tareas domésticas.

010815 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Asesoramiento.
- Clarificación de valores: Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.
- Educación paterna: crianza familiar de los niños.
- Fomento del desarrollo: niño.
- Identificación de riesgos.
- Manejo del peso.
- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la socialización.

4. Desarrollo infantil: adolescente

Metas del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 12 y los 17 años de edad. Pertenece al dominio I (salud funcional), clase B (crecimiento y desarrollo).

La pubertad y adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la propia imagen cobra una importancia singular ya que tiene una gran repercusión sobre la formación de la personalidad y de la propia imagen. Los adolescentes se ven enfrentados a un desarrollo físico sexual inarmónico y desproporcionado en sus inicios.

En general cuando la preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, generando malestar e interfiriendo negativamente con la vida cotidiana⁽³²⁾.

El adolescente está constantemente preocupado por su apariencia, desea por un lado ser atractivo y exhibirse, y por otro ocultar los atributos físicos que lo avergüenzan. Durante la adolescencia, es fácil que la auto-imagen se base en el aspecto de su cuerpo. Esto es debido a que durante esta etapa el cuerpo está

cambiando y se convierte en el principal foco de atención de los adolescentes. Esta representación o imagen interiorizada del cuerpo está también íntimamente ligada a los lazos afectivos que tiene el sujeto y con la imagen que de su cuerpo, le devuelven los demás.

Por todo esto, la imagen que un individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental. Al encontrar el defecto causante de la autoevaluación negativa de la apariencia física del individuo se podrá determinar la posible existencia del trastorno corporal, es decir que al ser muy notoria la apreciación negativa y obsesiva de la retrato propio de la persona el cual conlleva al punto de relacionarlos con el fin de encontrar el causante del inicio de esa desvalorización.

Las causas de la aparición del trastorno corporal pueden ser una infancia perturbada por los padres o los compañeros del colegio, esto causa que la persona tenga baja autoestima y no se autovalore.

El estudio de la imagen corporal que hasta hace unos años se desarrollaba sólo en el terreno de los trastornos alimenticios comienza a propagarse tanto en personas que padecen dichos trastornos como en pacientes con otros tipos de trastornos donde también existe compromiso de la imagen corporal (acné juvenil, ortodoncia, manchas cutáneas de nacimiento, etc.), de ahí la importancia de detectar estas anormalidades en la misma dentro de una población de alta vulnerabilidad como lo es la de los adolescentes.

Alrededor del 95% de los sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis.

Los TCA constituyen hoy un problema de salud pública endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta. Está demostrado que el constructo "imagen corporal" está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios.

A la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. Esta situación se observa con mayor frecuencia en las mujeres, las que centran su ideal en un cuerpo delgado, en la prevalente focalización en la apariencia externa y la trascendencia de esta figura en el éxito social, tendencia que se acentúa durante la adolescencia. Por otro lado, los hombres también muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no

expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres.

Dos importantes trabajos, Rusell en 1970; Slade y Rusell en 1973 pusieron de manifiesto que el miedo a estar gordo es un elemento central de la psicopatología de los TCA, y que la alteración de la imagen corporal que se detecta principalmente, es la tendencia a ver el cuerpo con más tamaño que el real, lo que se denominó de forma general: sobreestimación^(7,15,16,33).

Para evaluar la existencia de un TCA se han creado distintos tests y escalas de valoraciones, entre ellas podemos encontrar el Body Attitude Test (BAT) de Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden (1995), es un cuestionario que evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal, en concreto una alteración de las actitudes hacia el cuerpo. Aunque está inicialmente previsto para evaluar experiencia corporal y actitudes hacia el propio cuerpo en pacientes con TCA, también ha sido utilizado en población no patológica (Tabla 1)⁽⁷⁾.

Adaptación del Body Attitude Test (BAT) de Probst et al. (1995). A cada ítem se contesta en una escala que va desde 0 (nunca) a 5 (siempre).
1. Si comparo mi cuerpo con el cuerpo de personas de mi edad, me genera insatisfacción sobre el mío.
2. Mi cuerpo parece ser una cosa torpe.
3. Mis caderas parecen demasiado grandes para mí.
4. Me siento a gusto dentro de mi cuerpo.
5. Tengo un fuerte deseo de estar más delgado.
6. Creo que mis pechos son demasiado grandes.
7. Tiendo a ocultar mi cuerpo. (Por ejemplo, poniéndome ropas amplias).
8. Cuando me miro en un espejo, me encuentro insatisfecha con mi cuerpo.
9. Me es muy fácil relajarme físicamente.
10. Pienso que soy demasiado gruesa.
11. Siento mi cuerpo como una carga.
12.-Mi cuerpo se me representa como si no fuera mío.
13. Algunas partes de mi cuerpo parecen que están hinchadas.
14. Mi cuerpo es una amenaza para mí.
15. La apariencia corporal es muy importante para mí.
16. El aspecto de mi vientre es como si estuviera embarazada.
17. Me siento tensa en mi cuerpo.
18. Envidia a otros por su apariencia física.
19. Hay cosas de mi cuerpo que me asustan.
20. Suelo observar mi apariencia en un espejo.

Fuente: Revista de humanidades "Cuadernos del marqués de San Adrián". 2003⁽⁷⁾.

Tabla 1. Los 20 ítems que tiene se agrupan en tres factores principales: Apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general.

En resumen, en esta etapa los adolescentes son más susceptibles a cualquier cambio, dando más importancia de la debida a la imagen corporal que tiene de sí mismos viéndose está influenciada por los comentarios/burlas de los demás.

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 010901 Practica hábitos higiénicos.
- 010902 Describe el desarrollo sexual.
- 010903 Está conforme con su identidad sexual.
- 010904 Utiliza habilidades de interacción social.
- 010905 Utiliza habilidades de resolución de conflictos.
- 010906 Mantiene buena relación con sus compañeros del mismo sexo.
- 010907 Mantiene buena relación con sus compañeros del sexo opuesto.
- 010908 Manifiesta capacidad de intimidad.
- 010909 Practica conductas sexuales responsables.
- 010910 Evita el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- 010911 Manifiesta autosuficiencia.
- 010912 Manifiesta niveles progresivos de autonomía.
- 010913 Describe el esquema de valores personales.
- 010914 Utiliza el pensamiento operativo formal.
- 010915 Establece objetivos académicos.
- 010916 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad.
- 010918 Evita consumir tabaco.
- 010919 Evita el consumo de drogas.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Asesoramiento.
- Clarificación de valores.
- Educación paterna: adolescente: asistencia a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.
- Fomento del desarrollo: adolescente.
- Identificación de riesgos.
- Manejo del peso.
- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.

- Potenciación de la imagen corporal.
- Potenciación de la socialización.

5. Imagen corporal

Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales. Pertenece al dominio III, clase M.

Como dijimos anteriormente, la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

En principio las preocupaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física, aunque tengan una apariencia normal. Algunos pueden presentar unas quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo (delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial o bien pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza o de la forma y tamaño de genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo) mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas (ser feo, ser raro...).

Generalmente aquellas personas que tienen una pobre imagen corporal llevan asociada a una baja autoestima. Es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. No se autovalora por su nivel de insatisfacción corporal. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo.

Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si uno no es capaz de aceptarse creará que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales^(6, 9).

En definitiva, es necesario tomándose un tiempo para reconocer este nuevo cuerpo y adaptarse a los cambios corporales de esta etapa (envejecimiento, lesiones, cirugía...).

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

120001 Imagen interna de sí mismo.

- 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal.
- 120003 Descripción de la parte corporal afectada.
- 120005 Satisfacción con el aspecto corporal.
- 120006 Satisfacción con la función corporal.
- 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico.
- 120008 Adaptación a cambios en la función corporal.
- 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud.
- 120013 Adaptación a cambios corporales por lesión.
- 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía.
- 120015 Adaptación a cambios corporales por envejecimiento.
- 120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada.
- 120017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar el afrontamiento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Ayuda al autocuidado.
- Clarificación de valores.
- Cuidados de la ostomía: asegurar la eliminación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.
- Cuidados del paciente amputado: promover la curación física y psicológica anterior y posterior a la amputación de un miembro corporal.
- Escucha activa: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.
- Facilitar el duelo: ayuda en la resolución de una pérdida importante.
- Grupo de apoyo.
- Manejo del dolor: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable por el paciente.
- Manejo del peso.

- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Terapia de grupo: aplicación de técnicas psicoterapeutas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

6. Resolución de la aflicción

Adaptación a la pérdida real o inminente. Pertenece al dominio III, clase N.

Teniendo en cuenta la definición de este criterio y los indicadores que se desarrollan en él, hace referencia a la labor de duelo, labor mental que realiza una persona ante la pérdida de un ser querido. Esta no es la única vivencia de dolor psíquico ante una pérdida. En este caso nos centraremos ante los casos en los que se produce una pérdida específica, la pérdida de una parte del cuerpo o de una función corporal ocurrida accidentalmente, situación cada vez más frecuente (mutilaciones, amputaciones o pérdidas funcionales acaecidas súbita e inesperadamente en circunstancias accidentales).

El esquema corporal es un elemento fundamental en el proceso de desarrollo, maduración y crecimiento, en la individuación y diferenciación de la persona hasta adquirir su propia identidad. El cuerpo como superficie es la matriz a partir de la cual se desarrollará la noción de una identidad personal. Llamaremos esquema corporal a esta representación del cuerpo en la mente, constituyéndose como objeto nuclear del conjunto de la personalidad, influenciándola mediante las experiencias que se producirán en su recorrido o periplo vital. Mushatt en 1975, sugiere que la formación de una imagen corporal se produce por el depósito de imágenes y símbolos de figuras externas claves para el individuo, internalizadas para la fusión de sus estímulos con las percepciones sensoriales.

No todas las partes corporales tienen la misma representación mental, sino como se recoge en el homúnculo de Penfield.

Ante la pérdida de una parte del cuerpo, el individuo gradualmente tiene que ir comprobando que esa parte de su cuerpo ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional causado por el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe. No sólo tiene que aceptar la pérdida, hecho de por sí laborioso, sino también que es una parte de sí mismo la que se ha perdido, como un anticipo de la muerte como pérdida de la totalidad. La pérdida simboliza la muerte parcial de la muerte total que hubiera podido suceder.

Habitualmente la persona va enfrentando los hechos, asumiendo el dolor por lo sucedido, tomando conciencia de lo que ha pasado entrando en una fase depresiva, indicándonos así el inicio de su labor de duelo hasta lograr aceptar la pérdida.

Los gestos y comportamientos se orientan hacia la disimulación de la parte corporal alterada, como ocurre en el caso de un estoma o un muñón, llegando en ocasiones a no salir de casa para no ser visto por vecinos y amigos, manteniéndose aislados y encerrados en una situación autista. Se culpa al parte corporal alterada del fracaso vital.

En ciertas circunstancias del duelo por la pérdida corporal, el fenómeno del miembro fantasma nos indica los esfuerzos compensatorios para restaurar la imagen corporal (donde no existe un movimiento voluntario intencional no se produce el fenómeno del miembro fantasma), poco a poco se impone el principio de realidad y la labor de duelo se va estableciendo, pasando por sentimientos de aflicción, cólera, desesperanza y depresión, focalizando en la parte lesionada la hostilidad y responsabilidad de la desgracia del sujeto^(34,35).

En definitiva, la pérdida corporal es una realidad irreparable física y emocionalmente en la que se requiere una reorganización emocional y ayuda para poder superar este proceso de aflicción.

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida.
- 130402 Expresa creencias espirituales sobre la muerte.
- 130403 Verbaliza la realidad de la pérdida.
- 130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida.
- 130405 Describe el significado de la pérdida o de la muerte.
- 130406 Participa en la planificación del funeral.
- 130409 Discute los conflictos no resueltos.
- 130410 Refiere ausencia de angustia somática.
- 130411 Refiere disminución de la preocupación con la pérdida.
- 130412 Mantiene el ambiente de vida.
- 130414 Refiere ausencia de trastorno del sueño.
- 130415 Refiere una ingestión nutricional adecuada.
- 130417 Busca apoyo social.
- 130418 Comparte la pérdida con otros seres queridos.
- 130419 Refiere implicación en actividades sociales.
- 130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción.
- 130421 Expresar expectativas positivas sobre el futuro.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Aumentar el afrontamiento.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Escucha activa.
- Facilitar el duelo.
- Grupo de apoyo.
- Presencia: permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

Criterios de resultados adicionales

A parte de los criterios de resultados establecidos por la NANDA I., esta propone otros criterios adicionales de los cuales, hemos recogido aquellos que consideramos que se producen más frecuentemente y originan mayores alteraciones del transcurso del Trastorno de la Imagen Corporal.

1. Adaptación a la discapacidad física

El tipo y grado de discapacidad que la persona padece, le impide valerse por sus propios medios de manera autónoma, viéndose obligada a buscar otras alternativas para satisfacer sus necesidades esenciales.

Aunque las satisfacciones psicológicas que acompañan a la actividad física no han sido estudiadas muy a fondo, está claro que hay una inclinación congénita a usar los recursos propios. Además de los placeres que están directamente relacionados con el uso de las facultades físicas propias, como andar, bailar o nadar, hay otras satisfacciones que sólo se pueden realizar a través del uso de la función ambulatoria o prensil.

Las personas con discapacidades más o menos evidentes pueden sentirse diferentes y pensar que los demás también lo crean así, sintiéndose desplazados; pues se ven muy distintos de los modelos físicos que nos ofrecen los medios de comunicación. Han de ser capaces de mantener una vida social agradable y poder enfrentarse a los problemas concretos que le pueda ocasionar su discapacidad. No han de asumir que se verán rechazado por culpa

de su cuerpo, han de saber que hay muchas personas que les valorarán como personas y aceptarán su discapacidad como algo normal^(26,27,36).

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 130801 Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad.
- 130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad.
- 130803 Se adapta a las limitaciones funcionales.
- 130804 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad.
- 130805 Modifica objetos de carrera para acomodarse a la discapacidad.
- 130806 Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad.
- 130807 Identifica maneras para aumentar el sentido de control.
- 130808 Identifica maneras para enfrentarse a los cambios en su vida.
- 130809 Identifica riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad.
- 130810 Identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.
- 130811 Identifica un plan para cumplir las actividades instrumentales de la vida diaria.
- 130812 Acepta la necesidad de asistencia física.
- 130813 Busca información sobre la discapacidad.
- 130814 Busca grupos de apoyo en la comunidad para la discapacidad.
- 130815 Busca ayuda profesional según proceda.
- 130816 Utiliza apoyo social disponible.
- 130817 Informa de la disminución del estrés relacionado con la discapacidad.
- 130818 Informa de la disminución de los sentimientos negativos.
- 130819 Informa de la disminución de la imagen corporal negativa.
- 130820 Informa del aumento de confort psicológico.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Apoyo emocional.
- Aumentar el afrontamiento.
- Escucha activa.
- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la imagen corporal.
- Presencia.

2. Funcionamiento sexual

Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual. Pertenece al dominio I, clase B.

Vamos a evaluar la relación que tienen diversas variables de la imagen corporal cognitivas (miedo a ganar peso, distorsión de la imagen corporal e insatisfacción corporal) y perceptivas (índice de masa corporal y autopercepción de atractivo) junto con la autoestima sobre la actividad sexual (nivel de experiencia sexual y actividad sexual en la actualidad).

Se considera que la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan. Existe una íntima relación entre la sexualidad, el atractivo físico y la imagen corporal.

El estándar de belleza que se propone en la actualidad es extraordinariamente difícil de conseguir, lo que conlleva un descontento entre el deseo de alcanzar esta apariencia y la realidad. En definitiva, esto provoca un “descontento normativo” de la mayoría de las mujeres con sus cuerpos ya que las chicas muestran mayor insatisfacción corporal que los chicos, aunque en ellos también se está viendo aumentado (Fig. 2).

EVOLUCIÓN DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL CON LA APARIENCIA.
Encuestas de Psychology Today

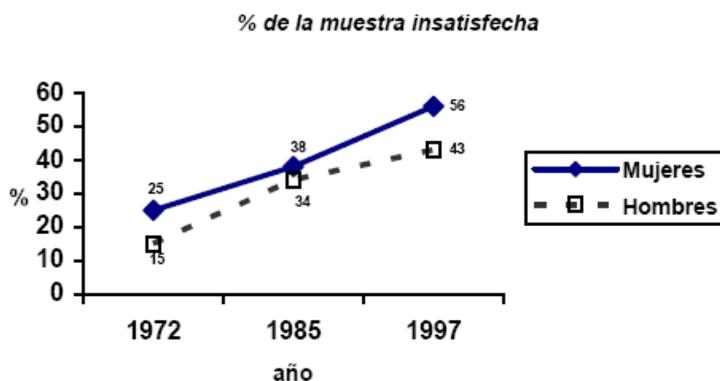


Figura 2. Evolución del grado de insatisfacción corporal en un periodo de 25 años⁽⁴⁰⁾.

Además, los estudios sugieren que las mujeres con mayor autoconciencia de la imagen corporal están más satisfechas con su actividad sexual. Teniendo en cuenta que cualquier forma de distracción cognitiva da lugar a la disfunción sexual, la preocupación creciente por la imagen del cuerpo puede afectar la calidad de las relaciones sexuales. El hecho de tener una autopercepción positiva de los atributos físicos permite una mayor confianza en las relaciones

heterosexuales, lo que significa mayores oportunidades para implicarse y validarse sexualmente.

Las mujeres con mayor insatisfacción corporal y con más miedo a ganar peso podrían tener más interiorizado el ideal corporal de la mujer en la sociedad, y debido a esta mayor toma de autoconciencia corporal se podría producir una evitación de experiencias sexuales⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

La selección de este criterio de resultado está justificada debido a la aparición de los siguientes indicadores⁽²⁴⁾:

- 011901 Consigue la excitación sexual.
- 011902 Erección sostenida del clítoris/pene hasta el órgano.
- 011903 Excitación sostenida hasta el orgasmo.
- 011904 Realiza la actividad sexual con dispositivos de ayuda si es necesario.
- 011905 Adapta la técnica sexual cuando es necesario.
- 011906 Ausencia de consumo de sustancias que afecten negativamente a la función sexual.
- 011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de las imperfecciones físicas.
- 011908 Expresa comodidad con la manifestación sexual.
- 011909 Expresa autoestima.
- 011910 Expresa comodidad con su cuerpo.
- 011911 Expresa interés sexual.
- 011912 Expresa capacidad para intimar.
- 011913 Expresa voluntad sexual.
- 011914 Refiere disposición/disponibilidad a relaciones consentidas.
- 011915 Expresa respeto por la pareja.
- 011916 Expresa aceptación de la pareja.
- 011917 Expresa conocimiento de las capacidades sexuales de la pareja.
- 011918 Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales.
- 011919 Expresa conocimiento de las necesidades sexuales de la pareja.
- 011920 Expresa conocimiento de las necesidades sexuales personales.
- 011921 Se comunica fácilmente con la pareja.
- 011922 Comunica las necesidades sexuales con la pareja.
- 011923 Comunica las preferencias con la pareja.
- 011924 Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado.
- 011925 Realiza la actividad sexual sin coacción de la pareja.

Para conseguir el objetivo mencionado anteriormente es necesario llevar a cabo las siguientes intervenciones⁽²⁵⁾:

- Asesoramiento sexual: utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

- Enseñanza: sexualidad: ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexual.
- Manejo de la conducta: sexual: limitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables.
- Potenciación de la autoestima.
- Potenciación de la conciencia de sí mismo.

Análisis de las intervenciones

Las intervenciones mencionadas anteriormente son generales a cualquier paciente con Trastorno de la Imagen corporal sin hacer referencia a su situación concreta.

A lo largo del análisis de los criterios de resultados hemos podido observar como se repiten principalmente aquellas intervenciones pertenecientes a la esfera psicológica. Estas intervenciones se aplican siempre que exista este trastorno como es el caso de aquellas que hacen relación a la parte emocional (apoyo emocional, asesoramiento, aumento del afrontamiento, potenciación de la autoestima, aumento de los sistemas de apoyo, escucha activa y presencia entre otros) y de autoaceptación de la imagen (potenciación de la imagen corporal, siendo esta el pilar fundamental para la resolución del diagnóstico analizado).

Por el contrario, otras se utilizan en casos concretos como ocurre en el fomento del desarrollo en adolescentes aplicada en situaciones de desarrollo físico, psicológico y psicosocial durante la pubertad; manejo del peso, utilizada en aquellos casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y en situaciones de delgadez extrema no patológica, sobrepeso u obesidad; ayuda al autocuidado en aquellas ocasiones en el que el trastorno de la imagen corporal lleva adherida una limitación física que le dificulta la realización de las actividades básicas de la vida diaria; cuidados de la ostomía aplicado en pacientes con realización de estomas recientes incluyéndose tanto aquellas destinadas a la utilización y manejo de la ostomía como a las que hacen referencia a la repercusión psicológica que ocasione al paciente la alteración de su imagen corporal y las modificaciones fisiológicas (nuevos hábitos de eliminación); cuidados del paciente amputado, en el que se incluyen aquellas actividades necesarias para la adaptación a su nueva situación, tanto esquema corporal como en los casos en los que se produce una limitación física que conlleve un cambio en los roles familiares/laborales; facilitación del duelo, esta intervención se incorpora en el Trastorno de la Imagen corporal porque es aplicada en aquellos casos de pérdida de una parte corporal (amputaciones, resecciones mamarias...); manejo del dolor intervención no relacionada con la insatisfacción corporal pero necesaria en aquellos casos que se de dolor físico producto de una intervención que provoque alteración de la imagen corporal.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se observan las distintas controversias por parte de los diferentes autores, a la hora de definir que es la imagen corporal, cuales son los componentes que la conforman y en qué consiste el Trastorno de la Imagen Corporal. Pero en definitiva coinciden en que la imagen corporal es un constructo teórico multidimensional que se refiere a la representación mental del yo físico, es decir, el modo en el que la persona piensa, siente, percibe y actúa respecto a su propio cuerpo.

Hemos de tener en cuenta que la insatisfacción corporal es un fenómeno que sucede en la mayoría de las personas a lo largo de su ciclo vital y que es de gran importancia diferenciarse esta insatisfacción del Trastorno de la Imagen Corporal. Aunque es cierto que la apariencia no lo es todo, sentirse satisfecho significa mucho y no siempre es fácil. Por ello, consideramos que es necesario unificar criterios de valoración de riesgo, ya que la prevención, la detección e intervención precoz por parte de enfermería, así como la evaluación y la continuidad de cuidados van a ser clave para la salud integral de la persona.

A partir de la segunda mitad del siglo XX la investigación sobre la imagen corporal ha recibido una mayor atención, y actualmente disponemos de gran cantidad de información sobre los factores predisponentes implicados en el desarrollo del Trastorno de la Imagen Corporal, pero es cierto que gran parte de las investigaciones han estado centradas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y no en los trastornos del aspecto físico en general como objeto de los estudios. A pesar de la gran cantidad de información que disponemos, resulta complicado identificar aquellos casos en los que se producen un Trastorno de la Imagen Corporal puesto que, en general los individuos con este tipo de trastorno no buscan ayuda.

Además se trata de un aspecto psicológico centrado en la percepción subjetiva de cada individuo, lo que a una persona puede ocasionarle este trastorno y provocarle una reacción anormal ante la apreciación de su cuerpo, otras personas con las mismas características no convierten su aspecto físico en el centro de su vida, lo aceptan y son capaces de llevar una vida normal. Ya que como hemos dicho se trata de situaciones subjetivas donde las emociones y experiencias de cada individuo son únicas, se hace difícil protocolizar las actividades que debe realizar el personal de enfermería. Es necesario evitar las actividades sistematizadas en el proceso de atención al Trastorno de la Imagen Corporal, pues éstas deben ser ante todo individualizadas y específicas para cada tipo de paciente, consiguiendo así unos cuidados de calidad. A pesar de que unos cuidados de calidad se consiguen tratando a la persona como sujeto único y de manera individualizada, en ocasiones la terapia de grupo puede aportar grandes beneficios en el tratamiento de este trastorno mediante la participación activa por parte de los distintos miembros compartiendo aquellas experiencias comunes y ayudándose unos a otros.

Es necesario recordar que únicamente existe el diagnóstico enfermero de Trastorno de la Imagen Corporal y no aparece ninguno que haga referencia al riesgo de padecer este trastorno, se recomienda estar atentos a los factores predisponentes y procurar identificar este tipo de individuos puesto que como consecuencia de la intensidad de sus pensamientos y la angustia que estos les provocan un porcentaje elevado desarrolla un síndrome depresivo, incluso llegando a fantasear con la idea del suicidio y en algunos casos llevándolo a cabo. Por eso, tenemos que intentar detectarlos a través de preguntas y apreciación de sus comportamientos. Si bien se trata de un cuadro difícil, que requiere paciencia y tiempo por parte del paciente y de la enfermería, las probabilidades de revertir este trastorno son altas.

Como dijimos con anterioridad, la prevención resulta de gran importancia, principalmente durante los años de la preadolescencia y la adolescencia, puesto que la imagen corporal puede ser especialmente vulnerable en este periodo porque la apariencia física cambia mucho y los mensajes culturales que exacerban la insatisfacción corporal pueden ser muy fuertes. Recibir críticas o burlas sobre la apariencia puede ser especialmente dañino a esta edad. Ser demasiado autocrítico sobre la apariencia puede interferir de manera negativa produciendo una imagen corporal deficiente.

La mayoría de los estudios se centran en la mujer cuando se habla de Trastorno de la Imagen Corporal ya que este se presenta en mayor proporción en el sexo femenino pero no tenemos que olvidar que existe una evidencia cada vez mayor de que la población masculina de las sociedades occidentales está preocupada con su imagen corporal y, consiguientemente, insatisfecha con la misma, pero se disponen de pocas investigaciones que exploren este fenómeno ya que se están utilizando técnicas de evaluación diseñadas para mujeres en la evaluación de la imagen corporal de hombres.

Por último, no hemos de olvidar el papel fundamental de la familia, ya que de ella aprendemos nuestros valores y nuestros comportamientos. Las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, sobre todo de las madres, son variables frecuentemente citadas como precipitantes de la preocupación por la figura corporal. Los padres y otros miembros de la familia cumplen un rol importante en apoyar a las personas que sufren este trastorno y que deben aprender a aceptar su cuerpo. En ocasiones los pacientes con este diagnóstico enfermero se niegan a recibir los cuidados y consejos aportados por sus familiares y amigos más cercanos pudiendo incluso llegar a tratarlos de modo cruel viéndose aun más comprometida la situación familiar, la familia no ha de tomarse estos ataques de manera personal, puesto que son producto del proceso del Trastorno de la Imagen Corporal. Tanto los familiares como el personal sanitario en contacto con ellos tendrían que tratar de apoyarles, transmitiendo mensajes positivos y fomentando otras cualidades que mantengan a la apariencia en su verdadera dimensión.

Tener una imagen corporal saludable positiva significa sentir agrado por el propio cuerpo, valorarlo y estar agradecido por sus cualidades y capacidades. Creemos por tanto, que una de las actividades verdaderamente imprescindibles sería desarrollar actividades de comunicación, con el fin de tener la capacidad de llevar a cabo las diferentes situaciones de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell C. Tratado de enfermería: diagnósticos y métodos. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1984.
2. Luis Rodrigo MT, director. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
3. Carlson JH, Craft CA, MacGuire AD. Diagnosticos de enfermeria. Madrid: Piramide; 1985.
4. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería: Aplicación a la práctica clínica. 5ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1995.
5. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2009.
6. Raich R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Rev Avances Psicología Latinoamericana. 2004;22:15-27.
7. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. 2003;(2):53-72.
8. Pruzinski T, Cash T. Body images. Development deviance and change. New York: Guilford Press; 1990.
9. Raich RM. Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2001.
10. Baile JI. Imagen corporal: Perspectiva psicológica. México D.F.: ACD; 2004.
11. López-Ibor JJ. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
12. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. Osasunaz. Cuadernos de ciencias médicas. 2007;8:171-183.

13. Lega LI, Caballo VE, Ellis A. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Madrid: Siglo XXI; 2002.
14. López JA, Valle P. Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentario. En aspectos actuales en medicina. Libro homenaje al Dr. Morchón. Palencia: Colegio Oficial de Médicos. 2008. p. 89-92.
15. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. Chile Neuro-Psiquiatría. 2010;48(4):319-334.
16. Rivarola MF. La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos Humanidades. 2003;4:149-152.
17. Luna-Montaña I. Imagen corporal y envejecimiento. Avances en Psiquiatría Biológica. 2009;9:58-60.
18. Ferraro FR, Muehlenkamp JJ, Paintner A, Wasson K, Hager T, Hoverson F. Aging, bodyimage, and body shape. J Gen Psychol. 2008 Oct;135(4):379-392.
19. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. 2004;1(2-3):171-175.
20. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breastcancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. J ConsultClinPsychol. 2000;68(4):697-709.
21. Rodríguez J, Garzón AM. Sistemas de creencias de un grupo de sujetos quemados con respecto a su imagen corporal y su relación con el proceso de adaptación frente a la misma. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2004.
22. Guisado JA, Vaz J, Guisado J, Torres MI, Peral D, Fernández MA. Conducta alimentaria en comunidades religiosas. Rev Psiquiatría FacMed Barcelona. 2000;27(7):388-390.
23. García JM, Domínguez ML. Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada. Análisis de Psiquiatría. 2007;23(5):235-240.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
25. Bulechek GM, Butcher HK, Mccloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
26. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería IX. 2003;(2):9-21.

27. Espina A, Ortego MA. Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos familiares y sociales. Madrid: CCS; 2003.
28. McKay M, Fanning P. Autoestima. Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
29. Montilla M, López PJ. Percepción de la imagen corporal con el nivel de autoestima por la apariencia física en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes. Mérida: Universidad de Los Andes; 2007.
30. Le Boulch J. Desarrollo psicomotor desde el nacimiento hasta 6 años. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.
31. Fernández Y. Algunas consideraciones sobre psicomotricidad y las necesidades educativas especiales (NEE). Efdportes Buenos Aires [Internet]. 2007 May [citado 15 abril 2011];12(108). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd108/psicomotricidad-y-necesidades-educativas-especiales.htm>
32. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente. 2000;30:45-48.
33. Perpiña C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal. Un estudio con adolescentes. Anales de psicología. 1990;1(6):1-9.
34. Lillo JL. Duelo y pérdida corporal. Informaciones psiquiátricas. 2001;163:43-56.
35. Mushatt C. Mind-body-environment: toward understanding the impact of loss on psycho and soma. Psyc Quart. 1975;44(1):81-86.
36. Garret J, Levine S, editors. Psychological practices with the physically disabled'l. New York: Columbia University Press; 1961.
37. Calado M, Lameiras M, Rodriguez Y. Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004;4(2):357-370.
38. Lameiras M. Sexualidad e imagen corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. Anuario de Sexología. 2001;7:63-74.
39. Paredes J, Pinto B. Imagen corporal y satisfacción sexual. Ajayu: Universidad Católica Boliviana "San Pablo". 2009;7(1):28-47.

40. Baile JI. Evaluación de alteraciones de la imagen corporal en hombres. Cuadernos del Marqués de San Adrián. 2003;4:45-58.

Recibido: 1 octubre 2012.
Aceptado: 7 octubre 2012.