

**IMAGEN CORPORAL PARA EL ARTE, EL ARTE
PARA LA IMAGEN CORPORAL**

BODY IMAGE FOR ART, ART FOR BODY IMAGE

Almudena Ortega¹

Ignacio Jáuregui Lobera²

¹ Facultad de Bellas Artes. Sevilla

² Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC). Sevilla

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera, ignacio-ja@telefonica.net

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

La imagen corporal es un complejo constructo que incluye lo que percibimos, lo que sentimos y lo que hacemos en relación con nuestro cuerpo. Es algo personal y social, que se va construyendo desde la infancia.

El tratamiento del sufrimiento psicológico relacionado con la imagen corporal más destacado y eficaz ha sido el cognitivo conductual.

En el presente estudio se presenta un tratamiento (de autoayuda) de las alteraciones de la percepción de la imagen corporal en una paciente con un trastorno de la conducta alimentaria.

Palabras clave: imagen corporal, tratamiento de percepción de la imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria

ABSTRACT

Body image is a complex construct that includes what we perceive, what we feel and what we do related with our body. Body image is something personal and social that will be developed from childhood.

The most outstanding and effective treatment of body image's psychological suffering has been the cognitive behavioral therapies.

In this study, a self-help treatment, focused on the body image perception disturbances, with a patient with an eating disorder is shown.

Key words: body image, body image treatment, eating disorders

INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros conceptos que pudieran relacionarse con lo que hoy conocemos como “imagen corporal” es el de *cenestesia*. Leibniz se refería a la conciencia como una sensación global, un conjunto de percepciones emanadas del cuerpo. A esa sensación global, esa sensibilidad interna, Höffding la denominó *cenestesia* en 1891. De un modo diferente, Scheler afirmaba la existencia de una percepción global-inmediata, que no sería una simple suma de percepciones, opinión compartida por Ortega y Gasset (1946) (1), quien también consideraba la existencia de una percepción inmediata del intracuerpo (2). Otro concepto a considerar es el de *esquema postural y corporal*. Head y Holmes (1911) (3) planteaban el concepto de *esquema postural*, que se formaría a través de estímulos que recibimos del cuerpo y de la comparación con estímulos de momentos previos. En 1912, Pick fue quien introdujo el término *esquema corporal* estimando que en su formación intervendrían todas las percepciones y no sólo las propioceptivas (2), como afirmaban Head y Holmes. En el estudio del citado *esquema corporal* pronto aparecieron conceptos psicoanalíticos con nuevas expresiones como *imagen corporal* (4). A partir de su trabajo, la percepción del cuerpo se consideraba fruto de todos los sentidos de tal modo que esta unidad sería más una representación que una mera percepción. La *imagen corporal* es una percepción indisolublemente unida a movimiento y acción, y, por otra parte, se trata de una experiencia afectiva. El resultado es una representación mental. Otro concepto a considerar es el de *corporalidad*, referencia expresa a una superación del dualismo cartesiano. El cuerpo no sólo es un objeto (tener cuerpo), sino que resulta sujeto mismo (ser cuerpo). La idea cartesiana de una naturaleza humana como suma de la *res*

extensa (cuerpo) y *la rex cogitans* (alma) es una mera abstracción, pues nuestra vivencia es sólo unitaria. De hecho, hay expresiones como *soy y tengo cuerpo* (Marcel, 1955) o *estoy en mi cuerpo* (Marías, 1973) que apuntan en este sentido (2).

Desde la filosofía, Sartre (1965) consideró la existencia de tres dimensiones en relación con el cuerpo. Habría un *cuerpo pasado por alto*, experiencia cotidiana de la acción en la que nos encontramos. Un viandante, por ejemplo, no está pendiente de los músculos que contrae al caminar, de algún defecto al pisar, etc. Otra dimensión sería la *observación externa del cuerpo*, el cuerpo mirado, observado durante la acción. Finalmente, se llegaría a un *sujeto observado*. En este caso, el viandante cae en la cuenta de que le miran, de que su cuerpo es observado. La mirada del otro rompe el silencio, ya no cabe un cuerpo pasado por alto. Pero la mirada del otro no siempre resulta alienante como pensaba el propio Sartre; cabe una mirada de comprensión, simpatía, amistad, deseo, etc (2).

En cuanto a la confrontación entre cuerpo y corporalidad, habitualmente no hay conflicto entre el hecho de tener un cuerpo y ser un cuerpo, pues generalmente ignoramos el cuerpo. No obstante, surgen discrepancias, como se observa en la anosognosia, el fenómeno del miembro fantasma, etc. La confrontación de cuerpo y corporalidad suele originar desagrado como ocurre al ver el cadáver de un ser querido, al escuchar nuestra voz grabada o en la insatisfacción corporal de los adolescentes, etc. A todo ello le llamó Janet (1908) la *vergüenza del cuerpo* (2). A veces, el carácter revelador de la corporalidad resulta insoportable; el aspecto, la forma, están en el origen del malestar: eritrofobia, dismorfofobia, transvestismo, transexualismo, etc. Y en

otras ocasiones, uno no se confronta con su aspecto, sino con su interior. De hecho, hay un interior anatómico y una interioridad, una intimidad. Para llegar al primero hay que abrir, disecar o cortar; para acudir a la intimidad hace falta desvelar, desentrañar. Esto explica que, hoy, la tecnología aplicada al cuerpo logre maravillosas operaciones, tatuajes preciosos y una construcción corporal que, en absoluto, mejora el mal de la intimidad, del interior. No basta con pasar por el quirófano y, en muchas ocasiones, ni siquiera sirve pasar por él.

En el terreno de la patología no hay que olvidar, por último, que para el sujeto sano el cuerpo acompaña en silencio; para el enfermo surge un conflicto al tomar conciencia de que tiene un cuerpo que avisa y dice que está enfermo. Estructura ambigua la del cuerpo, que pasa del silencio cotidiano a la llamada de nuestra atención cuando algo va mal.

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA IMAGEN CORPORAL

Desde el punto de vista neurobiológico, puede decirse que, con relación a la *conciencia del cuerpo*, sólo somos conscientes de lo que supone actividad neocortical. Habría una conciencia de fondo, habitual, con nuestras vivencias de identidad, control, localización y cuerpo; y una vivencia temporal, actual, con estados concretos, como las percepciones sensoriales del exterior o del propio cuerpo, estados y actividades mentales, deseos, intenciones o actos voluntarios. A través de la formación reticular y con estación en el tálamo e hipocampo se llegaría al córtex, a la toma de conciencia. En cuanto a las *sensaciones del cuerpo*, el placer, bienestar y satisfacción con respecto al cuerpo guardan relación con la actividad del sistema mesolímbico (núcleo accumbens y área tegmental ventral). Finalmente hay que recordar, en relación con la *sede de la*

conciencia, que el neocórtex tiene áreas sensoriales, motoras y asociativas, y que sólo la actividad de las últimas resulta consciente. Pues bien, en el córtex asociativo de la porción media, posterior e inferior del lóbulo parietal, radica la percepción consciente y la identidad del propio cuerpo.

En cuanto a los aspectos psicológicos, autores como Rosen (5-7) han estudiado bien el tema y han señalado que el concepto de imagen corporal incluye un aspecto perceptivo (percibir el cuerpo), otro subjetivo (imaginar, sentir... el cuerpo) y uno conductual. Lo perceptivo sería la precisión con la que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes o del cuerpo en su totalidad. Este componente estaría sobrestimado en patologías como la anorexia o bulimia, y subestimado en la denominada anorexia inversa. En cuanto a lo subjetivo, serían actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que suscita el cuerpo, por ejemplo sobre el tamaño, peso, partes del cuerpo y, en general, la apariencia. Aquí entraría el concepto de insatisfacción corporal. Finalmente, lo conductual se refiere a cuanto la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan, por ejemplo conductas de exhibición o evitación, estas últimas muy características de los trastornos alimentarios.

Para Cash y Pruzinsky (1990) (8) los componentes de la imagen corporal serían el perceptivo, el cognitivo y el emocional. En todo caso, se trata de un complejo constructo que incluye lo que percibimos, lo que sentimos y lo que hacemos en relación con nuestro cuerpo.

Pueden analizarse cada uno de los componentes señalados en relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

En el componente perceptual encontramos el hecho de que una persona

se vea gorda estando en peso normal o incluso por debajo del mismo. Suele haber también una exageración de la amplitud de las medidas y una incapacidad para medir adecuadamente el propio cuerpo.

Desde el punto de vista cognitivo, puede observarse un pensamiento dicotómico (si no estoy delgado, estaré gordo), un ideal estético (persona alta, delgada, esbelta, escultural, etc.), comparaciones injustas (considerarse siempre peor que los demás) con gente real, el fenómeno de la lupa o atención selectiva (fijar la atención en aspectos que no gustan y exagerarlos), generalización de algún aspecto negativo, culpabilización, proyecciones, expectativas negativas, autolimitaciones basadas en la poca belleza, inferencias, etc.

En el componente afectivo, el elemento básico aglutinador es la ansiedad que puede encontrarse en forma de temores fóbicos hacia el peso, el cuerpo y la comida. Junto a ello, no suele faltar la sintomatología depresiva.

En cuanto al despliegue conductual pueden observarse múltiples conductas de evitación (del espejo, la báscula, cierta ropa como el traje de baño o el bikini, la falda, etc.) que afectan también a situaciones específicas como puede ser comer en público. Algunos rituales (tocarse las zonas que se consideran gordas o defectuosas, permanecer de pie, agacharse repetidas veces, etc.) completan las conductas observables de los pacientes.

Finalmente, la perspectiva social queda bien ilustrada y resumida con el hecho de que la preocupación por la imagen ha ido aumentando, especialmente entre las mujeres (9). Esa creciente preocupación suele concretarse en el peso y el tono muscular y presenta algunas diferencias de género. Así, mientras en los hombres destaca la preocupación por cintura, estómago y peso, en las mujeres

son las nalgas y muslos los mayores motivos de insatisfacción. Entre los adolescentes la tendencia es a la sobrestimación del peso y al deseo de perder algunos kilos para acomodarse más a sus aspiraciones (10).

Los deseos expresados en relación con el peso fueron bien recogidos por Raich (11), encontrando, entre otros datos, que los hombres desean pesar más, incluso un 12% de los hombres que presentan sobrepeso, entre las mujeres con bajo peso, el 18% desea pesar aún menos y el 66% desea seguir en bajo peso, entre las mujeres con peso normal, el 82% quiere pesar menos y el 100% de las mujeres con sobrepeso desea adelgazar.

La construcción de la imagen corporal es algo personal y social. La imagen corporal se va estableciendo desde la infancia; hacia los dos años muchos niños ya se reconocen en el espejo y desde la etapa preescolar se van teniendo datos de la imagen que se debe tener y cómo no se debe ser. Como dice Raich (11), Cenicienta y Blancanieves representan el físico, la imagen, de las vencedoras frente a hermanastras o madrastra, feas y malas.

En la pubertad aparece, con gran fuerza, la retroalimentación social de una determinada imagen, nos vemos y nos ven. Y en ese vernos y que nos vean hay un referente, el concepto de belleza de la cultura y época en la que nos desarrollamos. Lo bello y lo feo quedan establecidos como canon, es decir como una regla que es necesario seguir. Pues bien, la presión hacia la delgadez y el refuerzo de la misma, junto con la estigmatización del sobrepeso y la obesidad, son las reglas con las que nos ha tocado vivir en la construcción de nuestra imagen corporal. Pero la persona tiene unas características determinadas, y no es cierto que la presión o el estigma afecten a todos por

igual. De hecho, tal presunción es rigurosamente falsa. Hay personas que no se ven afectadas por la presión social en igual medida que otras, ni por las burlas que puedan sufrir, ni por el hecho de estar *gorditos*, llevar gafas o tener pecas. Parecen resistentes, los estudios vienen constatando que son personas con sólida autoestima, con seguridad en sí mismas, que se sienten dignas de ser amadas, competentes y con fuerte capacidad de afrontamiento frente a los problemas de la vida.

Parece, pues, que el máximo riesgo para la insatisfacción viene dado por la inseguridad personal, la baja autoestima. Y se lleva todo ello a la apariencia, más centrada en el peso y la figura en el caso de las mujeres. Parece que el ideal de belleza masculino *todavía* se acerca más a un ideal de salud, un ideal médico. No obstante, el fenómeno llamado *metrosexual* (término acuñado por Mark Simpson en 1994) parece ir en otra dirección más patógena.

Del caldo de cultivo social relacionado con la imagen se derivan determinadas situaciones de riesgo relacionadas con el peso y las dietas. La persecución de los *gordos*; la presión de los medios para *perder peso* (con machacante proliferación de anuncios de dietas, productos *light*, gimnasios y artilugios gimnásticos, fomento de determinadas tallas de ropa -cada vez menor talla y menos ropa-, la asociación de actrices y personajillos famosos con delgadez y éxito social...); una autoestima de la mujer muy centrada en su aspecto físico, y en concreto en la delgadez, frente a la del hombre, todavía más centrada en la fuerza y la destreza; una educación con diferencias de género aún escandalosas en la que a la mujer se la entrena más para la *apariencia*; la perversa asociación actual entre delgadez y salud con el único y claro objetivo de vender delgadez y no salud; y una engañosa igualdad hombre-mujer que ha

llevado a una sobrecarga de responsabilidades en la mujer, pues la igualdad, en casa, ha resultado un fiasco en muchísimos casos. Y finalmente, otro engaño, el de las dietas. Se venden dietas como si la pérdida de peso estuviera al alcance de *comprar un producto y un poco de voluntad*. El consumista concepto de *peso ideal* está muy por debajo del peso promedio de la población normal, y las pérdidas de peso con *dietas-consumo-engaño* no las mantienen más del 5% de los consumidores. La dieta repetida, que promocionan las empresas dedicadas a ello, si algo asegura es *engordar con facilidad*. Y la *práctica de la dieta* parece un deporte de masas, sin duda reflejo de una alienación social sin parangón histórico.

En resumen, cabría resaltar que los ideales de belleza y aspectos relacionados con la imagen corporal varían entre culturas. No en todas está *mejor vista* la delgadez. Un ejemplo pueden constituirlo las comunidades musulmanas y, entre nosotros, la gitana. En cada cultura, los citados aspectos varían con el tiempo. En los años 40, en España, estar delgado representaba el hecho de estar enfermo, en la actualidad cualquier gramo de grasa parece nocivo. El tema de la imagen corporal ha ido dando lugar a todo un vocabulario propio (12): imagen corporal, alteración de la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal (sobrestimación del tamaño), insatisfacción corporal, preocupación excesiva por la forma y el tamaño, disforia en relación con el cuerpo, tamaño real / ideal / razonable, conductas de adelgazamiento.

Finalmente, el tratamiento de todo lo relacionado con la imagen corporal se dirige hoy en día a los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno dismórfico corporal, la obesidad y toda una amplia población subclínica formada por personas insatisfechas con su imagen corporal y con un gran

sufrimiento psicológico por ello.

EL TRABAJO CON LA IMAGEN CORPORAL

Antes de la década de los 80 no son muchos los trabajos al respecto. Desde entonces, como en los trastornos de la conducta alimentaria, el tratamiento cognitivo conductual de las alteraciones relacionadas con la percepción de la imagen corporal han sido los más destacados y eficaces. Para dicho tratamiento se han utilizado programas de duración breve (por ejemplo seis semanas), con sesiones individuales de una o dos horas y apoyadas con vídeos, manuales, ejercicios, etc. El contenido suele ser psicoeducativo, incluye técnicas de desensibilización sistemática y otras técnicas cognitivas habituales (inoculación de estrés, prevención de recaídas, etc.), así como técnicas de estimación y corrección de la propia figura. También se han aplicado tratamientos grupales con contenidos similares. En general, todos estos abordajes mejoran el grado de satisfacción corporal, si bien, en los trastornos alimentarios debe tenerse en cuenta la específica psicopatología de los mismos que requiere de un abordaje simultáneo, junto con el tratamiento de la psicopatología general siempre presente en mayor o menor grado.

Desde hace unos años se viene trabajando con realidad virtual, aplicada a diversos trastornos psicológicos. En el caso de la imagen corporal y sus alteraciones, la gran aportación de la realidad virtual es la capacidad de concretar y mostrar, tanto a pacientes como a terapeutas, un constructo psicológico (imagen corporal) difícilmente objetivable. Además, permite trabajar con técnicas de *role playing*, exposición, exposición con prevención de respuesta, pruebas de realidad, conciencia de enfermedad, técnicas de contraste

(imagen percibida/imagen real, imagen deseada, imagen real, etc.). Es importante que los pacientes se habitúen a una imagen de su cuerpo con un peso normal (el miedo a pasar de un peso bajo a la obesidad subyace en la mente de los pacientes).

Entre las técnicas de estimación y corrección, de contraste, a través de la experiencia clínica hemos tenido ocasión de trabajar con la superposición de imágenes dibujadas (plasmar la imagen corporal percibida en un boceto) con fotografías. El origen fue la idea de que pacientes con habilidad suficiente para realizar dichos bocetos (por ejemplo estudiantes de Bellas Artes) y que sufren un trastorno de la conducta alimentaria, pudieran llevar a cabo esta técnica de autoayuda supervisada por sus terapeutas. Evidentemente no es una técnica al alcance de todos los pacientes pero se muestra de utilidad en ese pequeño grupo de personas que disponen de la habilidad suficiente para trabajar de forma autónoma con su imagen corporal.

La imagen corporal ha sido objeto de la pintura a lo largo de la historia, reflejando en cada momento determinados cánones de belleza. Tal vez la insatisfacción corporal de muchas personas tendría que ver con la adecuación a aquellas imágenes dibujadas y que marcaban la estética a seguir. Hoy disponemos de la información acerca de lo que es un peso normal y tenemos que trabajar para que pacientes, y no pacientes, encuentren una sana satisfacción cuando alcancen no una imagen gorda o delgada sino una imagen que se corresponda con dicho peso normal. Una estética deseada no puede hacerse corresponder con un cuerpo enfermo o al borde de la enfermedad. Estética adecuada y peso adecuado deben ser la denominación de lo deseable. En este sentido el trabajo personal con la técnica señalada ayuda al paciente a

acercar su imagen (la que plasma en un boceto) a la imagen fotográfica correspondiente a un peso adecuado. La paciente puede ir cambiando su boceto para acercarlo a lo normal en cuanto a peso e imagen real. El grado en que vaya coincidiendo su percepción con la real indicará la evolución en cuanto a las alteraciones que presenta, su insatisfacción, su grado de distorsión.



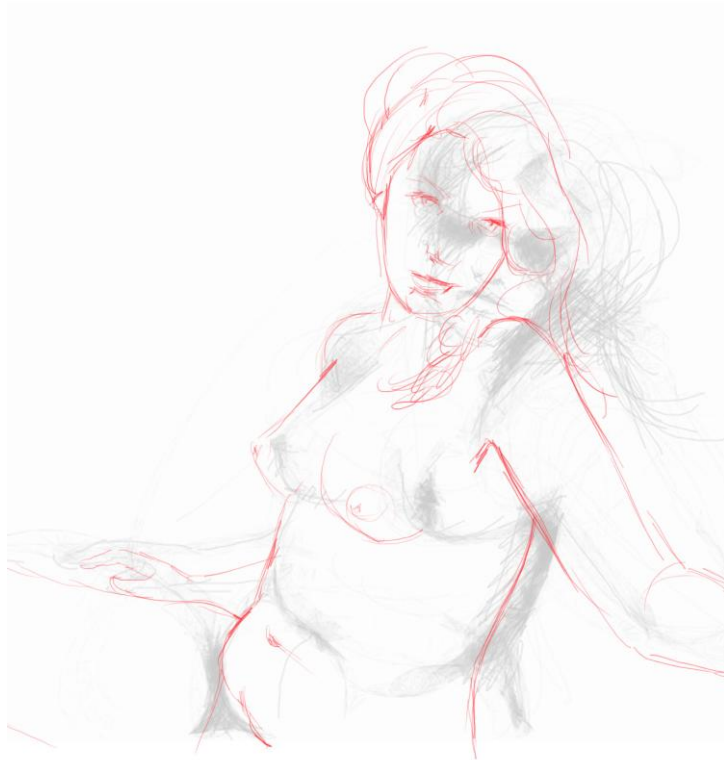
En la superposición adjunta la silueta calcada (en rojo) corresponde a una fotografía, mientras que los contornos en lápiz negro son los correspondientes a la imagen que la paciente considera tener antes de efectuar la superposición y que “ve” frente a un espejo. En el estudio, tanto el boceto realizado a partir de la imagen proyectada en el espejo como la fotografía se llevan a cabo en idéntica posición. La superposición de imágenes es el material utilizado

posteriormente en consulta para el trabajo junto con los terapeutas. Sin embargo, el trabajo personal de la paciente con esta técnica es lo



que parece fundamental, como los son, por ejemplo, los registros diarios de alimentos o el trabajo con fotografía digital de la dieta semanal de los pacientes.

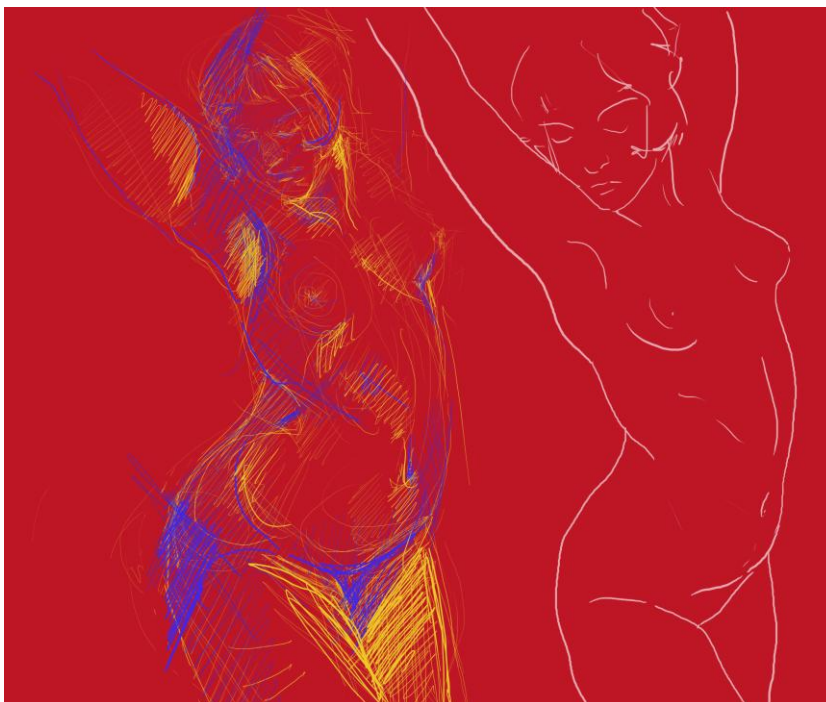
Tanto en la imagen superior como en la de la derecha resulta fácil observar la discrepancia entre la imagen de sí misma “vista” por la paciente y dibujada (en lápiz negro) y el contorno calcado de la imagen de una fotografía de la paciente en igual posición.



La técnica permite ver a la paciente qué partes de su cuerpo percibe más voluminosas y permite, mediante registro de estados emocionales, analizar la relación entre las discrepancias entre las imágenes superpuestas y distintos estados emocionales que quedan

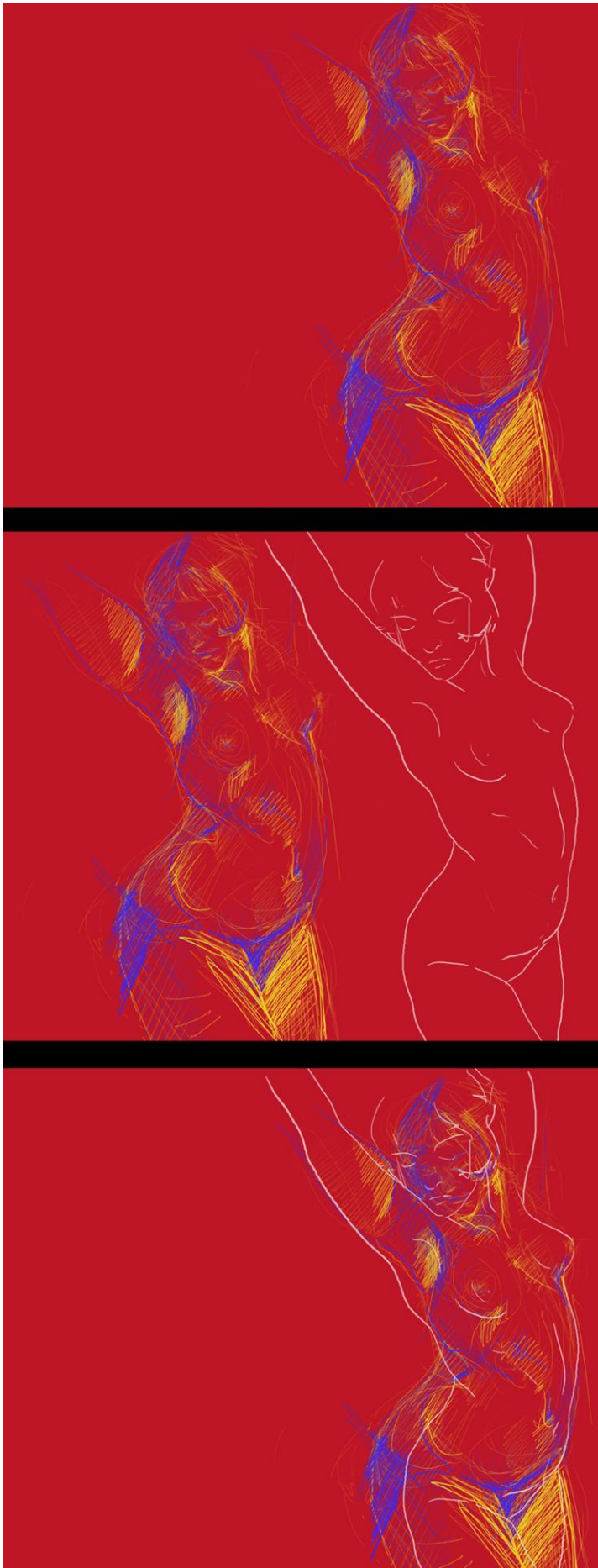
recogidos en el momento de dibujarse” ante el espejo. La parte emocional ligada a la percepción de la imagen corporal es esencial para el aprendizaje por parte de los pacientes de algo fundamental: lo que percibimos es algo distinto de lo que vemos. Sensaciones y percepciones no son el mismo fenómeno psicológico.

Usando términos lingüísticos podríamos hablar de aposición de imágenes (abajo), para hacer referencia al hecho de que en la construcción de elementos unidos el segundo explica el primero. En la imagen, el contorno de la derecha (obtenido de la fotografía) parece venir a especificar, concretar, de alguna manera “devolver a la realidad”, la imagen dibujada de sí misma



realizada por la paciente. Este trabajo personal “en casa” unido al trabajo en consulta van haciendo posible un progresivo acercamiento a la realidad de la paciente. La paciente, como se ve en las imágenes de la izquierda, hace su boceto frente al espejo (como se ve), hace la fotografía en idéntica posición y, finalmente, tras la aposición antes citada, lleva a cabo la superposición de imágenes. El trabajo le va indicando su “alejamiento de la realidad” y el tratamiento y el tiempo van acercando su percepción a la realidad de su imagen, que corresponde además a la de un peso normal basado en criterios de salud y de una estética también de salud.

Con relación al proceso aquí mencionado, una paciente nos recuerda que en la antigua Grecia, se establecieron los Cánones con el objetivo de alcanzar una belleza objetiva. Primero fue Policleto quién afirmó que para que algo fuese bello, todas las partes debían estar proporcionadas, por lo que era



necesario que la cabeza fuese la séptima parte de la altura total de la figura. Más tarde fue Lisipo quien alargó las figuras otorgándoles ocho cabezas para estilizarlas. Este Canon se estableció tanto en la escultura como en la pintura, y de esta forma ha llegado a nuestros días. Así, cuando pensamos en escultura griega vienen a nuestra mente innumerables imágenes, todas bien proporcionadas, todas bellas, todas iguales. En los propios bustos romanos y griegos podemos ver cómo tendían fuertemente a la estilización de los rasgos, hasta tal punto que la escultura guardaba poco parecido con el sujeto retratado en concreto. En la

actualidad y en nuestra cultura ocurre algo similar, sólo que las esculturas somos las propias personas, a las que quieren establecer cánones imposibles que atentan contra nuestra propia salud, aunque intenten unir este último concepto al de belleza.

En relación con el trabajo realizado, la paciente expresa:

Me apliqué como terapia de choque el autorretrato, lo cual puede dar lugar a pensar en ciertos rasgos de egocentrismo y narcisismo, pero lo que voy a explicar a continuación se aleja bastante de esto. Intenté unir la actividad que más me gusta, mi razón de ser (pintar, dibujar) representando aquello que más odio y repulsión me provocaba, es decir, mi propio cuerpo. Comencé a retratarme desnuda a través del espejo, instantáneamente vinieron a mi mente pensamientos ofensivos contra mi físico, pero a los diez minutos estos pensamientos humillantes, crueles y agresivos fueron sustituidos por las posibles soluciones respecto a problemas que se le presentan a cualquiera que se enfrenta a comenzar una obra determinada, es decir, cómo abordar el soporte, cómo manejar la composición, los colores etc., para que todo el conjunto funcione. Así fui siendo capaz (cada vez durante más tiempo) de estar frente a mi reflejo desnudo y no pensar en lo asquerosa que era y en toda la grasa que se acumulaba en las distintas zonas de mi cuerpo.

No investigué con el espejo únicamente sino que además me hice fotografías en poses que para una persona con un trastorno alimentario como el mío pueden denominarse como conflictivas, es decir, tendrían que aparecer principalmente aquellas zonas de mi cuerpo con las que peor me encuentro y serían posturas en las que apareciesen los pliegues de la barriga o la cintura,

muslos apoyados y en escorzo, etc. Inmediatamente después de hacerme y de ver las fotografías comenzaba a dibujar, ya que era cuando peor me sentía.

También utilicé el método de la retentiva para mis bocetos, es decir, cogía alguna de las fotografías y la observaba durante unos pocos minutos, finalizado este tiempo comenzaba a dibujar sin volver a mirar la fotografía, simplemente valiéndome de mi memoria.

Podemos decir pues, que estuve investigando estos tres recursos para autorretratarme (directamente desde un espejo, desde una fotografía y a través de la retentiva) y cómo desproporcionaba según qué método.

Una vez hechos los bocetos, se me ocurrió que con un programa informático destinado a la edición de imágenes podría calcar la silueta de las fotografías que me habían servido para realizarlos y superponer ambos dibujos, así vería el grado de distorsión que padezco “sin trampa ni cartón”, ya que no intervenían terceras personas en ningún momento.

Descubrí que el recurso de la retentiva era el más conflictivo de todos, quizá porque intervenía no sólo cómo me veo sino cómo me siento, por lo que en estos bocetos es donde la curva unida a la desproporción está completamente desatada.

La imagen corporal es un constructo complejo y multidimensional que incluye autopercepciones y actitudes (pensamientos, sentimientos, conductas) relacionadas con el cuerpo (13-16). Aspectos relacionados como la evaluación de la apariencia, la orientación de la apariencia, la estima corporal o la exactitud en la percepción del tamaño pueden ser más o menos positivos, pero el estudio de la imagen corporal y su evaluación se ha centrado sobre todo en la

parte negativa, como insatisfacción o distorsión (14).

El intento de tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal presentado, aporta no sólo el trabajo con aspectos negativos relacionados con el cuerpo sino que también puede contribuir a mejorar aspectos positivos con relación a la propia corporalidad. Así, lo refiere quien se inicia en esta técnica que combina una actividad habitual académico-profesional con un enfoque terapéutico, en este caso a modo de autoayuda.

REFERENCIAS

1. Obras completas de José Ortega y Gasset. 12 vols. Madrid: Revista de Occidente; 1946-1983.
2. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Lecciones de psicología médica. Barcelona: Masson; 1999.
3. Head H, Holmes GM. Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*. 1911; 34: 102-254.
4. Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Barcelona: Paidós; 1983.
5. Rosen JC. Body image disturbance in eating disorders. En Cash TF, Pruzinsky T. *Body images. Development, deviance and change*. New York: Guilford Press; 1990. p. 190-214.
6. Rosen JC, Cado S, Silberg S, Srebnik D, Wendt S. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*. 1990; 21: 481-498.
7. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*. 1995; 26: 25-42.

8. Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: development, deviance, and change*. New York: Guilford Press; 1990. p. 190-214.
9. Cash, T.F. The emergence of negative body images. En Blechman E, Brownell K. *Behavioral Medicine for Women: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford; 1997. p. 386-391.
10. Perpiñá C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*. 1990; 6 (1): 1-9.
11. Raich RM. *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide; 2000.
12. Stewart TM, Williamson DA. Assessment of body image disturbances. En Thompson JK. *Handbook of eating disorders and obesity*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
13. Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*. 2005; 2: 285-297.
14. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. En Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. p. 38-46.
15. Cash TF, Jakatdar TA, Williams EF. The Body Image Quality of Life Inventory: Further validation with collage men and women. *Body Image*. 2004; 1: 279-287.
16. Thompson JK, Heiberg L, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exactng beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.