



Universidad Autónoma Del Estado De México

Centro Universitario UAEM Ecatepec



Imagen corporal en personas con discapacidad física

Tesis

que para obtener el grado de:

Licenciado en Psicología

Presenta:

Cesar Ivan Melchor Davila

Asesora

Lic. Maricruz Larios López

Revisoras

Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León

Dra. Brenda Sarahi Cervantes Luna

Ecatepec de Morelos Estado de México, 17 de Noviembre de 2022

Índice

	Pág
Resumen.....	13
Introducción.....	14
Capítulo 1. Discapacidad.....	16
1.1. Definición.....	16
1.2. Historia de la discapacidad.....	17
1.2.1. Historia de la discapacidad en el mundo.....	17
1.2.2. Historia de la discapacidad en México.....	20
1.3. Causas de la discapacidad.....	22
1.4. Consecuencias de la discapacidad.....	23
1.5. Datos estadísticos por sexo.....	25
1.6. Discapacidad a nivel nacional.....	26
1.7. Discapacidad a nivel Latinoamérica.....	27
1.8. Discapacidad a nivel Internacional.....	28
1.9. Tipos de discapacidad.....	29
1.10. Discapacidad física.....	29
1.10.1. La amputación.....	29
1.10.1.1. Causas de la amputación.....	30
1.10.1.2. Consecuencias de la amputación.....	30
1.10.1.3. Niveles de amputación.....	31
1.10.1.4. Miembro fantasma.....	32
1.11. Discapacidad motora.....	32
1.11.1. Características de la discapacidad motora.....	32
1.11.2. Clasificación de la discapacidad motora.....	33
Capítulo 2. Imagen corporal.....	45
2.1. Definición.....	45
2.2. Historia sobre el estudio de la imagen corporal.....	45
2.3. Importancia de la imagen corporal.....	48
2.4. Componentes de la imagen corporal.....	48

2.4.1. Estima corporal.....	49
2.4.2. Aprecio corporal.....	49
2.5. Alteraciones de la imagen corporal.....	49
2.6. Formación de la imagen corporal negativa.....	50
2.7. Instrumentos que evalúan la imagen corporal.....	52
Capítulo 3. Imagen corporal y discapacidad física.....	57
3.1. Imagen corporal en personas con discapacidad física.....	57
3.2. Variables relacionadas con el cambio en la imagen corporal.....	59
Capítulo 4. Metodología.....	61
4.1. Planteamiento del problema.....	61
4.2. Justificación.....	62
4.3. Pregunta de investigación.....	63
4.4. Objetivo general.....	63
4.5. Objetivos particulares.....	63
4.6. Hipótesis.....	64
4.7. Tipo y diseño de la investigación.....	64
4.8. Participantes.....	64
4.9. Instrumentos.....	64
4.10. Procedimiento.....	65
4.11. Análisis de Datos.....	65
Capítulo 5. Resultados.....	66
Descripción de los participantes.....	66
5.1 Estima corporal.....	67
5.2 Aprecio corporal.....	73
Discusión.....	74
Conclusiones.....	76
Limitaciones y sugerencias.....	76
Referencias.....	77

Anexos..... 86

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Causas de la discapacidad física según el momento de la lesión.....	35
Tabla 2. Causas de la discapacidad según la etiopatología.....	37
Tabla 3. Clasificación de la discapacidad física según la topografía (dificultad, pérdida, parálisis o daño).....	38
Tabla 4. Discapacidad de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza.....	40
Tabla 5. Discapacidades de las extremidades superiores.....	42
Tabla 6. Insuficientes especificadas del grupo de discapacidades motrices.....	44
Tabla 7. Datos sociodemográficos.....	66

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Distribución porcentual de las discapacidades por causa de la discapacidad.....	22
Figura 2. Distribución porcentual de las discapacidades por sexo según la causa.....	23
Figura 3. Porcentaje de población con discapacidad, por actividad con dificultad 2014 y 2018.....	26
Figura 4. América latina (países seleccionados): población con al menos una discapacidad, censos de la década de 2000 y 2010.....	27
Figura 5. Representación de la clasificación del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.....	28
Figura 6. Clasificación topográfica de Schwartz.....	31
Figura 7. Modelo de imagen corporal de Slade.....	47
Figura 8. Variables que influyen en el cambio con la imagen corporal.....	60
Figura 9. Estima corporal hacia los brazos en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.	67
Figura 10. Estima corporal hacia los ojos en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.	68
Figura 11. Estima corporal hacia el deseo sexual en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.....	68
Figura 12. Estima corporal hacia la anchura de los hombros en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.....	68
Figura 13. Estima corporal hacia la salud en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.....	69
Figura 14. Estima corporal hacia el apetito en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.....	69
Figura 15. Estima corporal hacia los muslos en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	70

Figura 16. Estima corporal hacia las piernas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad	70
Figura 17. Estima corporal hacia los genitales en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	70
Figura 18. Estima corporal hacia los pies en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	71
Figura 19. Estima corporal hacia las mejillas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	71
Figura 20. Estima corporal hacia los labios en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	71
Figura 21. Estima corporal hacia las orejas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.....	72

Resumen

En nuestro contexto, la evidencia disponible sobre imagen corporal en personas con discapacidad es insuficiente, por lo que se requieren más investigaciones que contribuyan a su comprensión. Se realizó una investigación cuantitativa, transversal con un alcance descriptivo para comparar la estima corporal y el aprecio corporal entre personas con discapacidad física, con base en el sexo, la edad y el momento en el que se originó la discapacidad. Participó una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 78 hombres y mujeres con discapacidad física, de entre 18 y 80 años de edad ($M = 45.06$, $DE = 15.35$). Previo consentimiento informado, todos los participantes respondieron una hoja de datos generales y dos instrumentos. El análisis de resultados indicó que las mujeres informaron mayor estima corporal que los hombres, específicamente hacia los senos y la cara. También se encontraron diferencias en el aprecio corporal hacia los brazos, la apariencia de los ojos, el deseo sexual, la anchura de hombros, la salud y el apetito, entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad. Al comparar el aprecio corporal con base momento en el que se originó la discapacidad física, se encontraron diferencias en el aprecio hacia los muslos, las piernas, los genitales, los pies, las mejillas, los labios y las orejas. En cuanto el aprecio corporal no se encontraron diferencias por sexo, por grupos de edad ni por el momento en el que se originó la discapacidad física. Los profesionales de la salud deben su mayor esfuerzos que potencialicen el aprecio corporal y la estima corporal entre personas con discapacidad física.

Introducción

La discapacidad es un tema que se remonta desde la antigüedad, donde diversas instituciones han tratado de brindarles un trato digno a través de instituciones o lugares de resguardo, a fin de mejorar su calidad de vida, en donde se ha visto mayor impacto psicológico en función de su apariencia física y percepción de la misma, por eso, se brindará un panorama con mayor amplitud respecto a la discapacidad física e imagen corporal. La primera de ella nos hablará sobre las distintas definiciones existentes respecto a la discapacidad, así como un resumen sobre su historia, causa, consecuencias y datos estadísticos a nivel nacional e internacional, sin dejar dalo las diferentes tipos de discapacidad , ello nos llevará a retomar los conceptos de discapacidad física y motora, haciendo hincapié en algunas diferencias, las cuales nos hablan acerca de la dificultad en el movimiento total o parcial en la primera definición y en el segunda respecto a la ausencia del algún miembro, mismo que no lleva a retomar la definición de discapacidad física, amputación, consecuencias y nivel de la amputación.

Se brindará un acercamiento e introducción sobre diversos conceptos de imagen corporal, dadas por algunos precursores o eruditos en la materia, historia e importancia sobre el estudio del mismo, el cual nos llevará a retomar los principales componentes, relacionados con la estima y aprecio corporal, así como las diversas alteraciones, el cómo se forma una imagen negativa de si y algunos instrumentos que evalúan el impacto sobre dicha problemática, las cuales se han visto desarrollados sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

Posteriormente, se mencionarán algunos estudios que refuerza la idea/importancia de estudiar e investigar las consecuencias en relación de la imagen corporal y la discapacidad física, en donde se han reflejado datos sobre el impacto negativo que se tiene, pese a existir escasa información a nivel nacional (México), encontrándose resultados a nivel nacional, así como el retomar estudio en personas con alguna amputación o extracción, como es el caso de mujeres mastectomizada, en función del impacto sufrido tras una operación, ello para generar mayor importancia a dicho estudio.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

En el método se describe la muestra, el procedimiento que se siguió para recabar la información y la estrategia para el análisis de los datos. Finalmente, se presentan los hallazgos, la discusión de los resultados y las conclusiones.

Capítulo 1

Discapacidad

1.1. Definición

El ministerio de Educación, Desarrollo de Calidad y Desarrollo Educativo [DICADE] (2006) describe la discapacidad temporal o permanente, como una deficiencia física, cognitiva o sensorial, viéndose afectada igualmente por el contexto económico, físico o social, llegando a ocasionar limitaciones en las actividades diarias del individuo.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) la define como aquellas limitaciones mentales, intelectuales, sensoriales o físicas que, al enfrentarse a diferentes barreras, impide de manera correcta un pleno desarrollo en el medio de manera igualitaria.

También Padilla-Muñoz (2010) define la discapacidad como un término que tiene influencia en distintos ámbitos, tales como el físico, psíquico y el contexto donde se desarrolla el individuo, incluyendo algunos componentes, tales como los problemas en la función o estructura del cuerpo (parálisis, sordera, ceguera o sordoceguera) y en las limitaciones de la vida cotidiana relacionadas a tareas o acciones (problemas relacionados con la audición y visión, hasta las restricciones físicas en la realización de tareas de la vida cotidiana).

Finalmente, la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (2014) define la discapacidad como una deficiencia, restricción o limitación que reduce la colaboración de estos, afetándose negativamente la participación del individuo (estado de salud) y los factores contextuales (factores ambientales e individuales).

Dicho lo anterior, la discapacidad puede definirse como una limitación cognitiva, sensorial, motora o múltiple, ocasionando restricciones y déficits en la participación de un individuo de manera temporal o permanente.

1.2. Historia de la discapacidad

1.2.1. Historia de la discapacidad en el mundo

A través de la historia de la discapacidad, se han realizado cambios en las políticas y leyes, relacionadas con la forma de pensar y en las creencias respecto a esta problemática. A continuación, se mencionarán algunos datos relevantes sobre la discapacidad, personajes que han tratado de beneficiar a estas personas y organizaciones que se han creado en beneficio de las personas con alguna discapacidad.

José Luis Fernández-Iglesias, en su artículo “Historia, discapacidad y valía” habla sobre la discapacidad desde tiempos muy remotos y su vínculo desde el aspecto de la valía (Verdugo et al., 2001).

En la Grecia antigua siglo IV A.C. se solía sacrificar a las personas que presentaban alguna malformación o debilidad, haciendo tributo a los dioses, aunque no se tiene la exactitud si este sacrificio estaba relacionado con un privilegio, o una forma de erradicar a las personas con alguna discapacidad, ya que no eran capaces de adaptarse a la sociedad de aquella época (Melegar, 1987).

Los antiguos Romanos, establecieron los efectos civiles para las personas con alguna discapacidad cognitiva, creando las *curatelas*, estas eran instituciones creadas para administrar los bienes de las personas que no eran capaces de hacer valer sus derechos. También, se crearon dos términos: 1) *Furiosis* o discapacitados mentales y 2) *Mente Captus*, personas con alguna deficiencia en el desarrollo de sus facultades intelectuales (Petit, 2007).

A través de la historia, las enfermedades han recibido diversos términos, por ejemplo, la epilepsia, también conocido como “mal divino” o “mal caduco”, debido a que cualquier tipo de ataque convulsivo era relacionado con lo natural (Kramer y Sprenger, como se citó en Padilla-Muñoz 2010).

Durante la edad media, gracias a las cruzadas y las guerras, hubo un incremento de personas con alguna discapacidad, por ello, fueron creadas instituciones en apoyo para ellos, formadas en su mayoría por la Iglesia. Pese a esto, aun se marginaban y aislaba a estas personas. Otras instituciones, familias e

incluso señores feudales participaron en la construcción de asilos, cofradías o grupos de apoyo (Fernández-Iglesias como se citó en Padilla-Muñoz, 2010).

En el s. XVI se crearon las primeras prótesis de mano y Jun Luis Vives habló sobre la educación como medios de rehabilitación. Pedro Ponce de León fue precursor de la educación especial y Juan de Dios fundó una de las primeras instituciones para personas con discapacidad, aunque estas continuaban siendo relacionadas con lo sobrenatural (Ledezma, 2008).

Durante los siglos XVIII y XIX se presentaron diversos cambios, entre los que se desatacan los escritos de Denis Diderot acerca de las competencias de los ciegos, las primeras escuelas para estos y los sordomudos, en donde se instruyó a Louis Braille, quien desarrolló su famoso método de enseñanza a personas con alguna discapacidad visual en el año de 1878. En esa misma época, Nicolás André, desarrolla el término de “ortopedia” dándose un gran avance en esta rama, evitando la amputación de algún miembro a consecuencia de las guerras.

En el año de 1884, se aprobó la primera ley que reconocía los accidentes de trabajo, así como la publicación de algunos tratados sobre discapacidad, por ejemplo, *Diagnosis and Prognosis of Idiocy and Imbecility* de William Wetherspoon, acerca de la discapacidad intelectual (Cárdenas-Reyes, 2008 como se citó en Padilla-Muñoz 2010).

Posterior a la primera Guerra Mundial en el año de 1919, se desarrollaron los principios de rehabilitación médica y a finales de la segunda guerra mundial se comenzó a desarrollar actividades tal y como se conocen actualmente. En esa misma época, el Doctor Howard Rusk en el centro de convaleciente por la guerra de Missouri en los Estados Unidos, dio origen el movimiento panamericano enfocado al tratamiento médico (Rusk, 1972).

En el año de 1948 dio origen a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En 1971 se promulgó la Declaración de los Derechos de Retrasado Mental durante la Asamblea General de las Naciones Unidas. Esta misma institución adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos.

La UNESCO en el año de 1974, planteó el proceso de rehabilitación en cinco pasos, relacionados con el grado de desarrollo y el nivel económico de determinados contextos:

- 1) Etapa filantrópica. El pensamiento está centrado en la idea de enfermedad e invalidez como característica principal de la persona.
- 2) Etapa de asistencia social. Ayuda al lisiado con alguna carencia.
- 3) Etapa de los derechos fundamentales. Se establecen los derechos universales, así como el concepto de discapacidad.
- 4) Etapa de igualdad de oportunidades. Se pone de manifiesto la relación persona –medio, apareciendo el concepto de desventaja.

Etapa del derecho a la integración. Con todos los conocimientos y políticas relacionadas con la discapacidad, se amplía el concepto de desventaja y se unen los derechos a la integración y participación.

En el año de 1980, se aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud.

En el año de 1982 las Naciones Unidas desarrollaron el programa de Acción Mundial para los Impedidos.

En 1983, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lanzó el Convenio 159 el cual habla sobre la readaptación profesional y el empleo de personas invalidad y la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de Minorías de las Naciones Unidas elaboró Los principios, directivas y garantías para la protección de las personas detenidas que padezcan o sufran trastornos mentales.

Las Naciones Unidas en el año de 1991 acogieron los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

En 1992, Minaire expone el modelo de intervención en el marco de la rehabilitación en cuatro modelos: biomédica, de la discapacidad, situacional y de calidad de vida.

En 1993 se publicó las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad

En 1995 se aprobó el Programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos.

En el año de 2001, la OMS publica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

En julio del 2001, el Instituto Interamericano del Niño de la Organización de Estado Americanos (OEA), da a conocer el concepto de discapacidad a través del tiempo, desde el s. XVII, según el modelo: 1) preformista o negativista, 2) predeterminado médico, 3) determinista funcional, 4) interaccionalista o estructuralista e 5) inclusivo de los derechos humanos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006).

1.2.2. Historia de la discapacidad en México

Sales (2014) brinda un acercamiento sobre la historia de la discapacidad en México, retomando dicha temática desde los tiempos de la colonia, en donde refiere que desde siglo XVI fueron inaugurados hospitales que prestaban servicios a personas con alguna discapacidad mental y el segundo estaba enfocado a tratar a personas con los estragos de la lepra. En el siglo XIX, a partir de la década de los 70, el presidente Juárez a partir de su iniciativa, inaugura una escuela para sordomudos y ciegos, y también una institución para maestros que pudieran atender a este tipo de población.

La atención a la discapacidad (mitad del s. XX) se convierte de forma institucional y sistemática, en el año de 1950 se abre el Centro Nacional de Rehabilitación, que posteriormente se transformaría en el Instituto Nacional de Ortopedia en 1976. En la década de los 50 se desato la pandemia de Polio, lo que dio lugar a la investigación, el desarrollar terapias y terapeutas en el Hospital Infantil de México. En este mismo año se crearon diferentes Centros de Rehabilitación en todo el país.

En los años setenta se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con el objetivo de brindar apoyo a personas con alguna discapacidad o desventaja social. En los ochenta se crean programas nacionales con el fin de atender cualquier necesidad de las personas con discapacidad. En el

año de 1986 se crea la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, pero esta fue suspendida en el 1994 para crear la Ley de Asistencia Social. Ambas leyes hacen hincapié en que el estado es responsable de atender a aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas.

En el plan Nacional de Desarrollo de 1994-2000 se retoman algunas leyes y objetivos internacionales de las Naciones Unidas, para incorporarlos a nuestros programas nacionales en pro de ayudar a las personas con discapacidad. Debido al gran número de personas con discapacidad (datos retomados por el Censo del 2000) fueron creadas comisiones especiales en el Poder Legislativo Federal y algunos congresos locales. En el 2001 se introduce un parrado en la constitución para prohibir cualquier tipo de discriminación en contra de las personas con discapacidad.

En el 2003 se publica la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, ley que apoya en la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

En el 2005 se publica la Ley General de las Personas con Discapacidad la cual regula la creación de instituciones en pro de ayudar, promover, regular y vigilar los programas a raíz de esta Ley. El Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, formado por diferentes secretarías de estado, las cuales eran encargadas, por medio de la secretaría técnica de organizar las políticas de estado relacionado con lo anterior.

En el 2006 la Constitución cambio el término de “Capacidades diferentes” por “discapacidades”.

En el 2011 se sustituye la Ley General de las Personas con Discapacidad por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. En este mismo año se forzaron algunas leyes relacionadas con los derechos humanos para las personas con necesidades especiales. Finalmente, el 20 de mayo del 2014, se publica el diario Oficial de la Federación el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con discapacidad, el cual se validó hasta el 2018.

1.3. Causas de la discapacidad

Existen diferentes causas para desarrollar alguna discapacidad en población mexicana, entre ellas se encuentran: 1) *las enfermedades* con un 41.3% y 2) *la edad avanzada* en el 33.1%; siendo estas las causas principales; identificándose en 3 de cada 4 discapacidades registradas. Además, existen otras causas de la discapacidad, como son los 3) *problemas originados en el embarazo* en un 10.7%, también, es importante mencionar que la categoría de otra causa (5.5%) está relacionada con factores ambientales y contextuales, ello según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014).

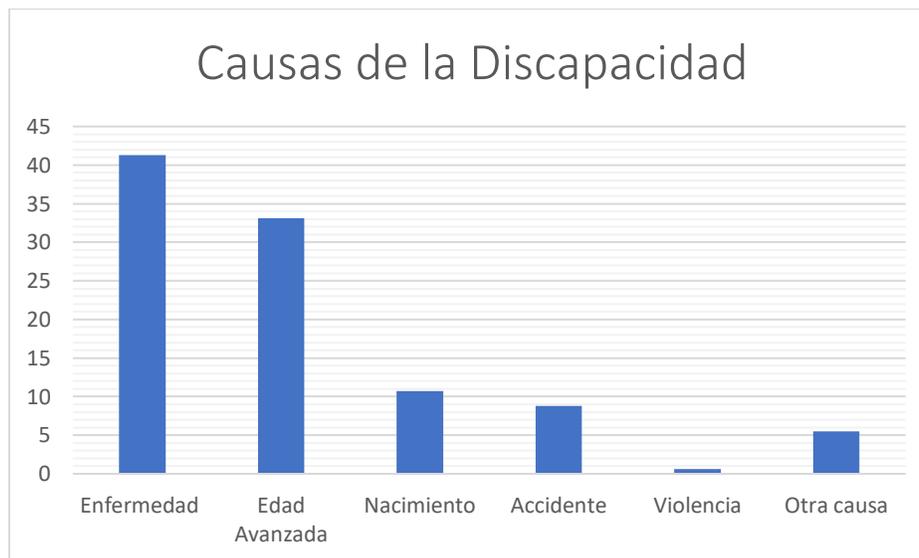


Figura 1. Distribución porcentual de la discapacidad por causa de la discapacidad (INEGI, 2014).

Al realizarse el estudio de las causas de la discapacidad por sexo, se ha observado que las mujeres tienen un mayor índice de discapacidad a causa de las enfermedades (43.5%) y por la edad avanzada (35.6%), mientras que, en los varones, las causas principales son originadas en el nacimiento (13.2%) y los accidentes (11.9%). Estos resultados se pueden originar debido a la mayor expectativa de vida en las mujeres y una mayor exposición a situación de riesgo en el caso de los varones durante el transcurso de vida [ver figura 2].

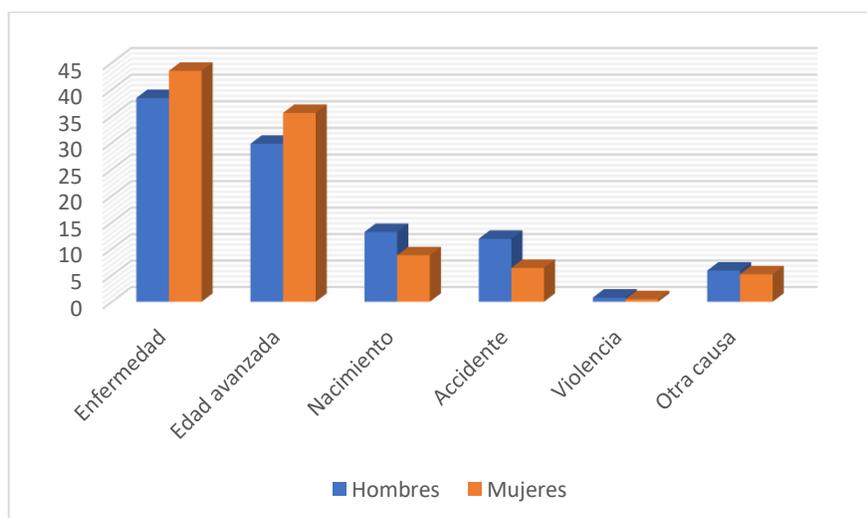


Figura 2. Distribución porcentual de las discapacidades por sexo según la causa (INEGI, 2014).

1.4. Consecuencias de la discapacidad

A continuación, se mencionarán algunas de las consecuencias de la discapacidad que se desarrollan en diferentes contextos:

El ambiente: El lugar en donde vive el individuo con una discapacidad temporal o permanente es vital para su desenvolvimiento social y afectivo, si este no es adecuado a sus necesidades genera barreras que impiden su plena participación e inclusión (OMS, 2012).

Atención de la salud en general: Los individuos que padecen una discapacidad son más vulnerables a recibir una mala atención en salud y, por ende, no pueden cumplir sus necesidades como el resto de la población.

Condiciones de salud primaria: La discapacidad suele asociarse con una gran variedad de condiciones de salud primaria. Algunas debilitan la salud y requieren mayor atención.

Riesgo de desarrollar condiciones secundarias: La depresión puede ser una condición secundaria, la cual puede presentarse en personas con alguna discapacidad.

Riesgo de desarrollar condiciones concurrentes: Las personas con discapacidad no están exentas de padecer una enfermedad como la mayoría de la

población, p.ej. gripe o neumonía, incluso, pueden estar en mayor riesgo de adquirir una enfermedad crónica, debido a que estas pasan mayor tiempo en reposo o tienen una baja actividad física.

Mayor vulnerabilidad a condiciones relacionadas con la edad: Las personas que presentan alguna discapacidad pueden tener un proceso de envejecimiento mucho más progresivo, esto puede ser más evidente entre los 40 y 50 años, presentando así, condiciones en su salud con relación en su edad.

Tasas más altas de comportamiento de riesgo: Se ha realizado estudios que las personas con alguna discapacidad, son más propensos a padecer sobrepeso y el fumar la mayor parte del día.

Mayor riesgo de exposición a la violencia: La violencia está relacionada con consecuencias en la salud a corto y largo plazo, las cuales incluyen lesiones, condiciones en salud física, abuso de sustancias e incluso la muerte. Se ha comprobado que las personas con discapacidad están más propensas a sufrir violencia por parte de otros individuos, incluso se han realizado estudio relacionados con el abuso de sustancias y la discapacidad, encontrándose que esta población es más vulnerable ante esta problemática.

Mayor riesgo de sufrir lesiones no intencionales: Las personas con alguna discapacidad son propensas a sufrir todo tipo de lesiones no intencionales y que no sean mortales, tales como accidentes de tránsito, quemaduras, accidentes o caídas.

Mayor riesgo de muerte prematura: Esta condición varía dependiendo de las condiciones de salud que presente la persona con discapacidad. P.ej. las personas con esquizofrenia y depresión, son propensos a padecer una muerte anticipada.

Existe necesidades y necesidades no satisfechas en el espectro de servicios de salud: promoción, prevención y tratamiento.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades: Se tiene una idea equivocada que las personas con discapacidad no necesitan acceso a la promoción de la salud ni a la prevención de enfermedades. Se ha comprobado que, al promover las intervenciones en salud, como la actividad física, tiene un efecto benéfico para personas que viven en situación de discapacidad

Servicios de salud sexual y reproductiva: Los adolescentes y adultos que presentan alguna discapacidad suelen presentar algunas de estas necesidades y estar insatisfechos con los resultados debidos, debido a su condición, incluso, no tiene acceso a la información relacionada con la educación sexual.

Atención odontológica: Las personas con discapacidad suelen presentar una mala atención bucal y una mala atención en este tipo de servicio.

Servicio de salud mental: La población que padece una enfermedad mental suele no recibir una adecuada atención, a pesar de existir tratamiento y fármacos adecuados para ellos (Collado, 2013).

Trabajo: Entre las posibles barreras que existen en una persona con alguna discapacidad temporal o permanente, son es el costo excesivo en la adaptación de los lugares de trabajo, que su productividad sea más baja o incluso, que sus clientes o compañeros tengan cierta incomodidad por trabajar con este tipo de personas. También la familia puede experimentar diversos cambios, uno de ellos son las relaciones afectivas a consecuencia de la discapacidad de una persona cercana a ellos, que anteriormente era productiva en el ámbito laboral. El trabajador experimenta un cambio en sus funciones, afectando a familiares y personas cercanas, debido a que el mismo era independiente y autosuficiente, asumiendo una situación de dependencia pasiva y causando en él o ella autoritarismo, exigencia, fluctuaciones en el estado de ánimo y en mayor medida, episodios depresivos (Momm y Ransom, 2001).

1.5. Datos estadísticos por sexo

Por sexo, los hombres superan a las mujeres en un rango de edad de 0 a 39 años a tener algún tipo discapacidad, pero esta relación se invierte cuando las mujeres superan la edad de 45 años, alcanzando las mayores diferencias a partir de los 65 años. Las causas de estos resultados pueden ser por la mayor esperanza de vida en las mujeres y el riesgo de tener alguna discapacidad debido a la avanzada edad (INEGI, 2015).

Por su parte la ENADID en el 2018, refiere que, en México, la personas con discapacidad abarcan el 45.9% en el caso de los hombres, mientras que las mujeres

tienen el 54.1%. Es importante mencionar que la mitad de la población con discapacidad son personas de la tercera edad (49.9%), es decir, de 60 años en adelante.

1.6. Discapacidad a nivel nacional

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) refiere los siguientes tipos y porcentajes a Nivel Nacional sobre la discapacidad en el 2014 y 2018: Caminar, subir o bajar usando sus piernas (50.2/52.7%); ver [aunque use lentes] (39.2/39.0%); mover o usar brazos o manos (17.0/17.8%); aprender, recordar o concentrarse (19.0/19.1%); escuchar [aunque use aparato auditivo] (19.0/18.4%); bañarse, vestirse o comer (14.0/13.8%); Hablar o comunicarse (11.4/10.5%) y problemas emocional o mentales (11.7/11.9%).

Cabe mencionar que se dará mayor énfasis a los párrafos relacionados con la discapacidad física, encontrándose un incremento en el “caminar, subir o bajar sus piernas entre el 2014 y 2018 del 2.7%, mover o usar brazos o manos del .8% y un decremento en el bañarse, vestirse o comer del 0.2% [ver figura 3].

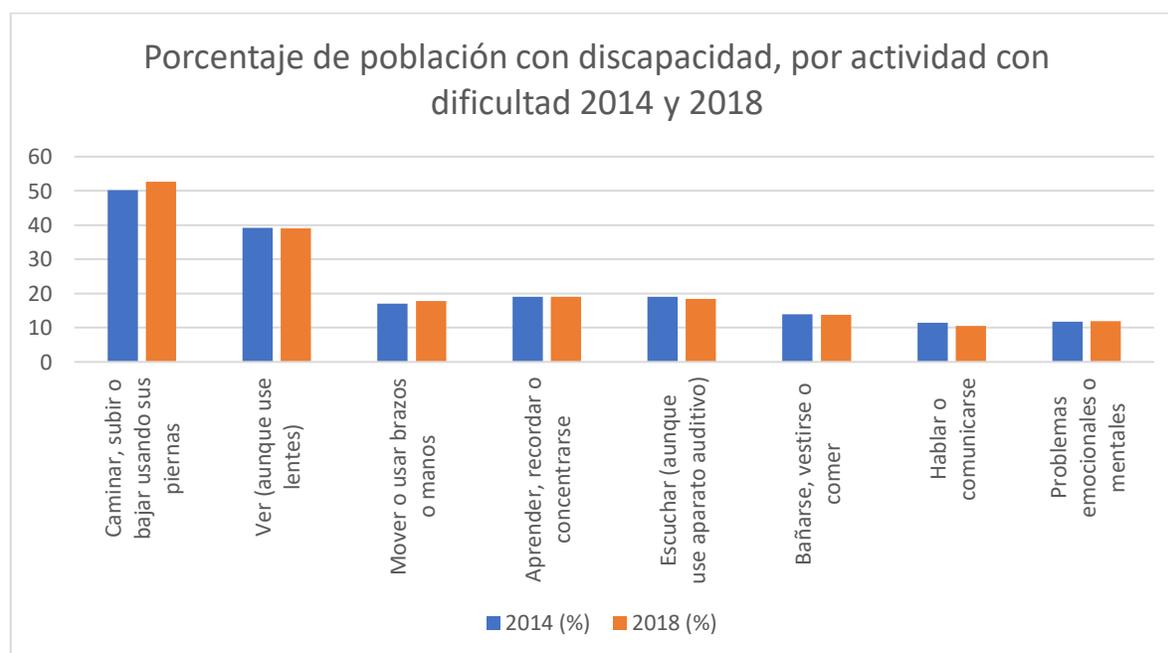


Figura 3. Porcentaje de población con discapacidad, por actividad con dificultad 2014 y 2018 (ENADID, 2014-2018).

1.7. Discapacidad a nivel Latinoamérica

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014). Para realizar este censo población en personas con discapacidad, se utilizaron las cuatro dimensiones de la discapacidad [movilidad, visión, audición y capacidad cognitiva] sugeridos por las Naciones Unidas en el 2010 (Como se citó en CEPAL, 2014) en Brasil, mientras que en México se utilizaron dos complementos más para realizar dicho estudio [autocuidado y comunicación]. Con estos datos se obtuvo que en ambos países hubo un notable incremento en cuanto a la prevalencia de discapacidad (Brasil con un 14.5% y México 2.3% [Año 2000]). Al realizarse una comparación entre el año 2000 y 2010 se notó un aumento en el porcentaje de personas con discapacidad, algunos países son: Brasil con el 23.9% en el 2010, en Costa Rica también se duplico el número de personas con discapacidad, Republica Dominicana (4.6% [2002], 11.8% [2010]), Panamá (1.8% [2000], 7.7% [2010]), Venezuela (3.7% [2001], 5.3% [2011]), Uruguay (16.3% [2010]) y Ecuador (4.7% [2001], 5.6% [2010]) [ver figura 4].



Figura 4. América latina (países seleccionados): población con al menos una discapacidad, censos de la década de 2000 y 2010 (CEPAL, 2014).

1.8. Discapacidad a nivel internacional

A continuación, se mencionará la clasificación internacional sobre la discapacidad. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2014), refiere los siguientes tipos de discapacidad según 1) Funciones, estructuras corporales y deficiencias; 2) Actividades y Participación/limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y 3) Factores Contextuales:

La CIF consta de tres escalas importantes, el primero de ellos, nos habla sobre las funciones fisiológicas y psicológicas, así como los elementos anatómicos, y el que estos se encuentren ausentes o alterados, es lo que se conoce como *deficiencias* en funciones y estructuras; el segundo, hace mención sobre las actividades y las problemáticas que pudiesen presentar los individuos de forma personal, conocidas como *limitaciones*. El tercero de ellos, nos habla sobre el actuar en un ambiente social, así como las problemáticas a las que se enfrentan los sujetos, las cuales se manifiestan como restricciones [ver figura 5].

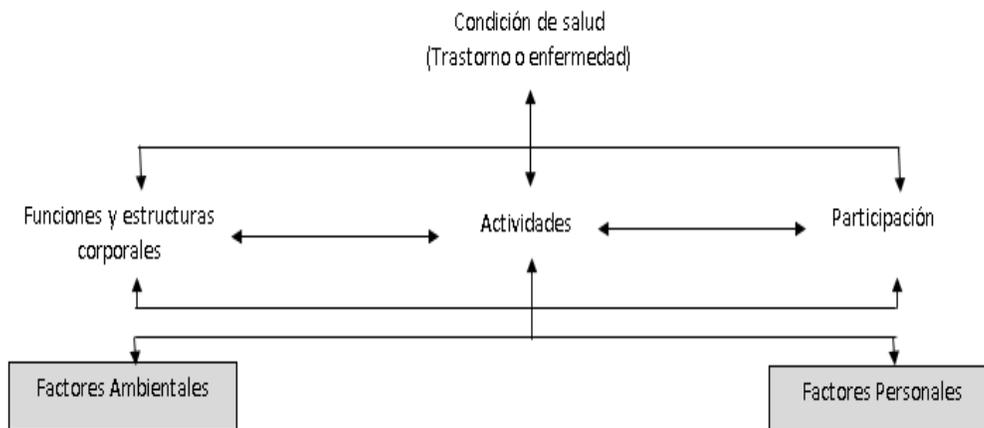


Figura 5. Representación de la Clasificación del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2014).

Los tres componentes, están integrados bajo los términos *funcionamiento* y *discapacidad*, los cuales están relacionados con la salud, así como los factores personales y ambientales. *La discapacidad* hace mención sobre aquellas limitaciones o restricciones en las cuales se enfrentan los individuos, indicando aspectos negativos entre persona (condición de salud) y los factores del ambiente

(factores ambientales y personales). En contraste, *funcionamiento* hace referencia a la actividad o participación, las cuales indican características positivas de esta interacción. Ambos dependen de la condición de salud y el cómo afecta/beneficia los factores externos.

Los factores externos pueden ser ambientales o personales. El primero hace mención sobre actitudes sociales, características de los inmuebles o construcciones, el clima, geografía, estructuras legales, sociales, etc. El aspecto personal se refiere a la edad, sexo, biografía del individuo, educación, profesión, comportamientos, carácter, etc.

Es de suma importancia las características en cuanto a los factores externos, respecto al *funcionamiento*, pudiendo actuar como facilitador o barrera.

1.9. Tipos de discapacidad

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, s/f) clasifica la discapacidad en cuatro tipos: sensoriales (discapacidad para oír, hablar, comprensión del lenguaje y comunicación), 2) mentales (retraso mental), 3) múltiples (personas que tiene dos o más discapacidades) y, 4) físicas (discapacidad en extremidades superiores o inferiores).

1.10. Discapacidad física

Se define como una problemática a nivel locomotor y caracterizada por la falta o deterioro de cualquier extremidad superior o inferior del cuerpo en el individuo, según el Ministerio de Educación, Dirección y Calidad y Desarrollo Educativo (DICADE, 2006).

1.10.1. La Amputación

La CareFirst en el 2018, refiere que la amputación es la extracción de algún miembro superior/inferior, o cualquier otra parte del cuerpo, como el dedo de un pie o mano, a consecuencia de alguna enfermedad, infección, accidente o cirugía.

1.10.1.1. Causas de la Amputación

Rusk como se citó en La O y Baryolo (2005) refiere las siguientes causas de la amputación:

- Accidentes por agentes externos (accidentes de tránsito o industriales).
- Enfermedad vascular periférica (existe una lenta irrigación por los vasos sanguíneos hacia las extremidades del cuerpo).
- Muerte por tejido
- Neoplasias malignas (infección en huesos u otros tejidos).
- Lesiones por calor o frío
- Deformidad en el miembro superior o inferior
- Accidentes vascular o mordeduras por algún animal
- Falta del miembro desde la formación del feto

1.10.1.2. Consecuencias de la Amputación

Según Gayoso en el 2010, refiere las siguientes consecuencias de la amputación, dependiendo también por la edad y motivo de la discapacidad:

- Adaptarse emocionalmente a la situación actual de la amputación.
- Padecer trastornos del estado de ánimo (cuadros depresivos).
- Mayor dificultad en la adaptación, dependencia a otros individuos, ansiedad o compulsividades.
- Atravesar un proceso de duelo por la pérdida de o los miembros (si es el caso).
- Pérdida de la capacidad física con limitaciones funcionales.
- Presencia de dolor físico.
- Sintomatologías del miembro fantasma
- Cambios en la apariencia física.
- Cambios en la imagen corporal (la forma respecto a cómo la persona siente, piensa y actúa respecto a su cuerpo).

- Cambios en la socialización (menor convivencia con las demás personas).
- Dificultad en formar lazos afectivos con otras personas.
- Baja autoestima.
- Frustración.
- Interpretaciones negativas sobre el futuro.

1.10.1.3. Niveles de Amputación

A continuación, se mencionará la clasificación topográfica de Schawatz (Herrera y Vélez, 2009), en la cual se ejemplifica su localización en miembros superiores e inferiores [ver figura 6]:

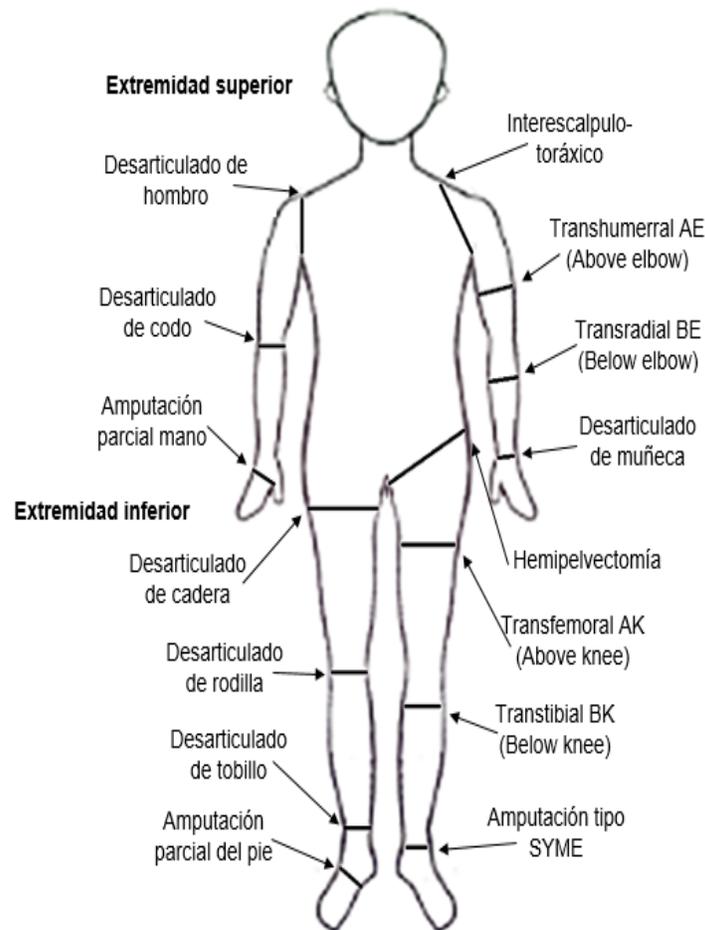


Figura 6. Clasificación topográfica de Schwartz (Herrera y Vélez, 2009).

1.10.1.4. Miembro Fantasma

Esta problemática puede presentarse después de la amputación de un miembro superior o inferior, caracterizada por la sensación parcial o total de molestia en cualquier extremidad. Usualmente, aquellas personas que han pasado por un proceso quirúrgico que conlleve una amputación, llegan a padecer un dolor intenso, sin embargo, otras solo tienen una sensación continua del miembro faltante (Bittar et al., 2005).

Según Flor et. al (1995) y Hunter et al. (2008) estos son algunos síntomas del miembro fantasma, a partir de las descripciones de algunos pacientes con una extremidad amputada:

- Sensación de hormigueo y calidez, pero sin dolor, localizada en aquellas partes del cuerpo como los dedos y manos de los pies
- Cuando existe presencia de dolor, se describe una sensación punzante o ardor, presentándose diaria o semanalmente, con una duración de segundos a horas, y que esporádicamente esta puede ser de días o semanas.

1.11. Discapacidad Motora

Según el Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE] (2010) refiere que la discapacidad motriz es una alteración en donde se ve afectado, en distintos niveles, el desplazamiento, manipulación o respiración, limitando el desarrollo individual o contextual. Puede ocurrir cuando existe alguna alteración en huesos, músculos o articulaciones, o también, alguna alteración a nivel neurológico que afectan la motricidad, causando dificultad en la movilidad adecuada o realizar cualquier otro tipo de movimiento que requiera mayor precisión.

1.11.1. Características de la discapacidad motora

Según el Ministerio de Educación (2013), la característica principal en la discapacidad motora es la alteración en el aparato locomotor, relacionado con los trastornos del movimiento, y con el funcionamiento en el sistema osteoarticular

(conjunto de huesos, articulaciones y ligamentos), muscular y nervioso. Puede limitar en algún grado una o varias actividades de la persona afectada.

Términos que se utilizan en la discapacidad motora:

- Parálisis: Puede verse afectado uno o varios músculos relacionados con la falta, pérdida o reducción de la movilidad ya sea temporal o permanente.
- Alteraciones del tono muscular:
 - Hipotonía: Disminución en el tono muscular.
 - Hipertonía: Tono muscular exagerado, manifestando cuello y extremidades flexionadas o rígidas.
 - Distonía: Movimiento involuntarios causantes de dolor, posturas anormales y movimiento repetitivos.
 - Ataxia: Alteración o pérdida de la coordinación y el equilibrio.
 - Movimientos involuntarios: alteraciones en el movimiento sin control realizadas conscientemente.

1.11.2. Clasificación de la discapacidad motora

Según el Ministerio de Educación, Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo (2006), clasifican la discapacidad motora de la siguiente forma:

- Parálisis Cerebral: Provocado por un daño irreversible a nivel cerebral, limita la capacidad para controlar músculos o extremidades.
- Epilepsia: Es ocasionada por descargas eléctricas desordenadas (mala transmisión entre neuronas o, por el contrario, no hay transmisión neuronal).
- Problemas que afectan las articulaciones: Esta problemática se presenta debido a la inflamación de las articulaciones, incluso puede causar alguna deformidad.
- Problemas que afectan los huesos: Escoliosis (desviación en la columna vertebral) y osteogénesis imperfecta (fragilidad en los huesos).

- Problemas que afectan los músculos: Distrofia muscular (enfermedad degenerativa que debilita los músculos, puede ser hereditaria y afecta principalmente a hombres).
- La artrogriposis Es congénita y está presente desde el nacimiento, se caracteriza por articulaciones rígidas y músculos blandos.
- La atrofia muscular espinal de la niñez: enfermedad degenerativa y progresiva en las células motoras, se caracteriza por una debilidad en los músculos.

Por su parte, el Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010), refiere la siguiente clasificación:

1. Trastornos físicos periféricos: Existe una afectación en huesos, extremidades, articulaciones y músculos. Pueden presentarse durante el nacimiento p. ej. malformaciones en huesos, o bien, o enfermedades durante la infancia y/o tuberculosis ósea articular. Pueden existir lesiones en la espalda a nivel de medula espinal que interrumpen la correcta comunicación en miembros superiores e inferiores, cerebro y viseras, ocasionados por accidentes o lesiones.
2. Trastornos neurológicos: Pueden existir un daño a nivel cerebral (corteza motora cerebral) la cual está encargada de procesar y enviar la información a cada parte del cuerpo. Ocasiona dificultad en la movilidad, uso de sensaciones y el control motor en ciertas áreas del cuerpo, p ej. parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos y los tumores a nivel cerebral.

El Ministerio de Educación (2013) menciona la siguiente clasificación, según el momento de la lesión, etiopatología, topografía y el origen de la deficiencia:

Según el momento de la lesión

A continuación, se mencionan las causas de la discapacidad física tomando en cuanto el momento de la lesión [ver tabla 1]:

Tabla 1

Causas de la discapacidad física según el momento de la lesión

1. Originadas en el nacimiento	
Enfermedad/lesión	Descripción Holística
Malformaciones Congénitas	Malformaciones desarrolladas durante el primer trimestre de embarazo en la mujer.
Parálisis braquial obstétrica (PBO)	Sesión mecánica del plexo braquial que se desarrolla durante el nacimiento, esto depende de las raíces nerviosas que estén lesionadas y el nivel de gravedad del traumatismo.
Continuación de la tabla	
Espina bífida	Problemática que se desarrolla en el sistema nervioso central (SNC) durante el desarrollo intrauterino. Continúa la tabla en la página 31 Asociado a la hidrocefalia. Se caracteriza por una parálisis por debajo de la lesión, anestesia cutánea, incontinencia y problemáticas a nivel sexual.
Artrogriposis	Enfermedad caracterizada por una deficiencia en los músculos esqueléticos. Se relacionada con contracturas esqueléticas musculares articulares.
2. Originadas después del nacimiento	
Parálisis cerebral	Esta problemática es permanente, no degenerativa, que produce una alteración a nivel locomotor. Puede desarrollarse por herencia o durante el embarazo, parto, periodo neonatal y el los primero dos años del bebe.
Miopatía de Duchenne	Esta enfermedad esa relacionada con un trastorno degenerativo en el cromosoma "X" que puede complicarse con el tiempo.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Su característica principal es una debilidad muscular.

Esta se presenta en dos etapas:

1. Al inicio el desarrollo motor es normal, los síntomas se presentan aproximadamente a los 3 años (problemas en la movilidad). También, se puede manifestar problemas en la columna (lordosis), que puede verse afectado en mayor medida con la edad.

Continuación de la tabla

2. Existe manifestación en los miembros inferiores. Continúa la tabla en la página 32
individuos requieren apoyo para realizar sus actividades cotidianas.

3. Originadas a lo largo de toda la vida

Traumatismos

Puede causarse en madres primerizas, debido a una caída o accidente en él bebe.

Se desarrolla por lesiones internas.

El nivel de gravedad depende del accidente, afectando el Sistema Nervioso Central

Tumores

La discapacidad física está relacionada con anomalías musculares, compresión y presencia de tumores en el SNC.

Nota: Adaptado de discapacidad física y motora estudio de caso (El Ministerio de Educación, 2013)

Según la etiopatología

A continuación, se menciona las causas de la discapacidad física motora tomando en cuenta la etiopatología (Ministerio de Educación, 2013) [ver tabla 2]:

Tabla 2

Causas de la discapacidad física según la etiopatología

1. Causas por transmisión genética	
Enfermedad/lesión	Descripción Holística
Miopatía de Duchenne	Esta problemática está relacionada al cromosoma "X" que empeora con el tiempo, siendo su principal característica la debilidad muscular.
Hemofilia	Enfermedad hereditaria relacionada con al cromosoma "X". Su característica principal es la coagulación en la sangre, afectando principalmente las rodillas y codos. Continúa la tabla en la página 33 antebrazos, deficiencia en las articulaciones. - Produce dificultad en la marcha y dificultad en la movilidad de los miembros superiores.
2. Causas por transmisión genética	
Traumatismo de cráneo requimedular	Se caracteriza por una mayor dificultad física, debido al componente neural que existe en dichas áreas. Al iniciar dicho padecimiento, puede ser un poco agresivo, dependiendo del área afectada.
Amputaciones	Es la extracción total o parcial de cualquier extremidad del cuerpo. Esto se puede deber a defectos congénitos, accidentes externos o tumores
3. Causas por infecciones	
Poliomielitis	Está relacionada con el virus de la polio, afectando la asta anterior de la medula espinal, causando parálisis con hipotonía.

4. Accidente

Agentes externos	Factores que ponen en riesgo la vida de las personas, la cuales pueden ocasionar la pérdida total/parcial del miembro o la dificultad para moverse de forma adecuada (accidentes de automóvil, en el trabajo, etc.)
------------------	---

Nota: Adaptado de Discapacidad Física y Motora Estudio de Caso (El Ministerio de Educación, 2013)

Según la topografía

A continuación, se mencionan las causas de la discapacidad física tomando en cuenta la localización y extensión de la afección (Consejo nacional de fomento educativo, 2010; Ministerio de Educación, 2013) [ver tabla 3]:

Tabla 3

Clasificación de la discapacidad física según la topografía (dificultad, pérdida, parálisis o daño).

Monoplejía	Parálisis en una extremidad del cuerpo.	
Diplejía	Existe parálisis en los cuatro miembros, sin embargo, existe una mayor afección en miembros inferiores.	

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Tríplejia	Afecta un miembro superior y ambas extremidades inferiores.	
Paraplejia	Parálisis en ambos miembros inferiores.	
Hemiplejia	Parálisis en extremidades de un solo extremo del cuerpo, sea izquierdo o derecho.	
Cuadriplejia	Parálisis en las cuatro extremidades del cuerpo	

Nota: Adaptado de Discapacidad Física y Motora Estudio de Caso (El Ministerio de Educación, 2013) y Discapacidad Motriz Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010)

Según el origen de la deficiencia

Estas son las causas de la discapacidad física motora según su origen:

- 1) Cerebrales: Lesión de origen central
- 2) Espinales: Afección en medula espinal fuertemente relacionada con la poliomielitis, espina bífida y traumatismo

Finalmente, la INEGI (s/f) divide la discapacidad motora en tres subgrupos:

1. Discapacidad de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza,
2. Discapacidades de las extremidades superiores y
3. Insuficientemente especificadas del grupo de discapacidades motrices.

1. Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza

En este grupo se incluyen a personas con alguna dificultad para moverse o trasladarse de un lugar a otro, debido a la falta total o parcial de las piernas. También se incluye a individuos que conservan sus piernas, pero no hay movimiento en estas, por ello necesitan algún tipo de apoyo, tales como silla de ruedas, andadera o una prótesis (ver tabla 4):

Tabla 4.

Discapacidad de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza.

Acortamiento óseo extremidad inferior	Monoplejía de piernas
Agenesia de una o ambas piernas (falta de extremidad inferior)	Monoplejía en un pie
Alteración de la médula espinal	Monoplejía extremidad inferior
Amputación congénita extremidad inferior	No camina
Amputación de alguna parte de extremidad inferior	No mueve el pie
Amputación de pierna(s)	No mueve la pierna
Amputación de pie(s)	No puede caminar
Amputación extremidad inferior	No puede caminar, usa andadera
Amputación genética extremidad inferior	No puede caminar, usa silla de ruedas
Amputación quirúrgica de pie(s)	No puede mover el pie
Amputación quirúrgica de pierna(s)	No puede mover la pierna
Amputación traumática de pie(s)	No puede mover la(s) extremidad(es) inferior(es)
Amputación traumática de pierna(s)	No puede pararse
Anquilodactilia <i>discapacitante</i> en pie(s) (dedos unidos). Excluye: anquilodactilia en pie(s)	No tiene estabilidad para caminar
Apraxia	No tiene estática para caminar
Artritis reumatoide grave (<i>avanzada</i>) de piernas. Excluye: artritis reumatoide	Parálisis de pierna(s)
Artritis y problemas circulatorios graves de piernas	Parálisis motora de piernas
Ataxia	Parálisis parcial de piernas
Atetosis	Paralizado de pie(s)
Atrofia de piernas	Paralizado de pierna(s)
Atrofia muscular de pie(s)	Paraplejía en piernas
Atrofia muscular de pierna(s)	Pie bot o contrahecho. Excluye: pie plano

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Ausencia de extremidad(es) inferior(es)	Pie cavo
Ausencia de pie(s)	Pie cavus
Ausencia de pierna(s)	Pie de cigüeña
Camina con andadera	Pie equino
Camina con prótesis	Pie equinovalgo
Ciática <i>discapacitante</i> . Excluye: ciática	Pie equinovaro
Ciática <i>invalidante</i>	Pie equinobado
Cojera	Pie más corto
Cojo	Pie tabético
Columna en <i>grave</i> estado. Excluye: mal de columna	Pie talo
Columna vertebral quebrada	Pie valgo
Daño en la médula espinal	Pie valgus
Dedos unidos en pies, <i>discapacitante</i> . Excluye: dedos unidos en pies	Pie varo
Defecto en huesos de los pies	Pie zambo
Dependencia para deambular	Polio
Desgaste de coyunturas extremidad inferior	Polio en piernas
Desviación de la columna (escoliosis)	Poliomielitis
Discapacitado de pierna(s)	Poliomielitis en piernas
Discapacitado de pie(s)	Postrado sin movimiento
Diplejía extremidades inferiores	Problema serio (<i>grave</i>) psicomotriz en piernas
Distrofia muscular inferiores	Problema psicomotor en piernas
Distrofia muscular en piernas	Retraso psicomotor en piernas
Distrofia muscular progresiva en piernas	Secuela de polio
Dorsopatía deformante (escoliosis)	Secuela de polio en piernas
Efectos tardíos de poliomieltis	Secuela de poliomieltis
Efectos tardíos de poliomieltis en piernas	Secuela de poliomieltis en piernas
Encubrimiento de la columna (escoliosis)	Sindactilia <i>discapacitante</i> en pie(s) (dedos unidos). Excluye: sindactilia en pie(s)
Escoleosis (dorsopatía deformante, encubrimiento de la columna)	Tuberculosis osteoarticular en piernas
Escoliosis (desviación de la columna)	Usa andadera para caminar
Escoliosis (dorsopatía deformante, encubrimiento de la columna)	Usa silla de ruedas
Espina bífida	
falta de un pie	
falta de una pierna	
falta de dedos del pie(s)	

falta total de uno o más dedos del pie(s)
fiebre reumática invalidante de piernas
<i>gota que no le permite caminar o trabajar.</i>
excluye: gota
hemimelia extremidad inferior
hemiparesia extremidad inferior
imposibilidad para caminar
le amputaron la(s) pierna(s)
le amputaron el (los) pie(s)
luxación congénita de la cadera
Meningocele
Mielocele
Mielomingocele

2. Discapacidades de las extremidades superiores

Son aquellas personas que presentan una pérdida total o parcial de las extremidades superiores (brazos y manos). También, puede existir una pérdida de movimiento aun teniendo estos miembros, ocasionando problemas al sostener, agarrar, abrir, cerrar puertas/ventanas, empujar, tirar, etc. (ver tabla 5):

Tabla 5.

Discapacidad de las extremidades superiores

Acondroplasia de los codos	No puede mover la mano
Acortamiento óseo extremidad superior	Parálisis de brazos y manos
Agenesia de una o ambas manos (falta de una o ambas manos)	Parálisis parcial de brazos
Agenesia de uno o ambos brazos (falta de extremidad superior)	Parálisis parcial de manos
Amputación congénita de extremidad superior	Paralizado de brazo(s)
Amputación de brazos	Paralizado de mano(s)
Amputación de manos	Paraplejía braquial o superior
Amputación extremidad superior	Polio en brazos
Amputación genética extremidad superior	Poliomielitis en brazos
Amputación o falta de una parte de brazo(s) o manos(s)	Problema grave en brazos y manos
Amputación quirúrgica de brazo(s)	Problema psicomotor en brazos y manos
Amputación quirúrgica de mano(s)	Secuela de polio en brazos

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Amputación quirúrgica extremidad superior	Secuela de poliomielitis en brazos
Amputación traumática de brazo(s)	Sindactilia discapacitante en mano(s) (dedos unidos). Excluye: sindactilia en mano(s)
Amputación traumática de mano(s)	Tiene una mano de fierro
Anquilodactilia discapacitante en mano(s) (dedos unidos). Excluye: anquilodactilia en mano(s)	Tiene una mano de plástico
Artritis reumatoide grave en brazos y manos	Tuberculosis osteoarticular en extremidad(es) superior(es)
Atrofia muscular de brazo(s)	Usa prótesis en el brazo
Atrofia muscular de mano(s)	Usa prótesis en la mano
Ausencia de brazo(s)	
Ausencia de extremidad(es) superior(es)	
Ausencia de mano(s)	
Dedos unidos de manos (<i>discapacitante</i>). Excluye: dedos unidos de mano(s)	
Defecto en huesos de las manos	
Desgaste de coyunturas de extremidad superior	
Diplejía de brazos	
Discapacidad de brazo(s) o mano(s)	
Diplejía de brazos	
Distrofia muscular superior	
Efectos tardíos de polio en brazos	
Efectos tardíos de poliomielitis en brazos	
Falta de dedos de la mano(s)	
Falta parcial de uno o más dedos de la mano(s)	
Falta total de uno o más dedos de la mano(s)	
Falta de desarrollo de la rótula de codo	
Falta de brazo(s)	
Falta de mano(s)	
Fiebre reumática invalidante en brazos y manos	
Hemimelia extremidad superior	
Hemiparesia extremidad superior	
Manco	
Monoplejía extremidad superior	
Mutilado de manos o brazos	
No mueve las manos	
No mueve los brazos	
No puede mover brazos y manos	
No puede mover el brazo	

Espina bífida

Parálisis cerebral

Nota: Se agregó la espina bífida y parálisis cerebral como parte del estudio para imagen corporal con personas en situación de discapacidad física.

3. Insuficientes especificadas del grupo discapacidades motrices

En este grupo, se clasifican aquellas descripciones que no están claramente especificada o tiene un término ambiguo (ver tabla 6):

Tabla 6

Insuficientes especificadas del grupo de discapacidades motrices

Anquilodactilia discapacitante	Mutilado
Artritis reumatoide grave avanzada	No mueve medio cuerpo
Desgaste de la columna	Paralítico
Desviación de cadera	Parálisis
Dipléjico	Problema psicomotor grave
Distrofia muscular progresiva	Problema psicomotor
Fiebre reumática invalidante	Sindactilia discapacitante
Lesionado de la columna	

Capítulo 2

Imagen Corporal

2.1 Definición

Rosen (como se citó en Raich, 2004) define la imagen corporal como la forma en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto al propio cuerpo.

Por su parte Salazar (2008) define imagen corporal como la representación mental que tenemos de nuestra figura, tamaño y la forma de nuestro propio cuerpo, es decir, como me percibo y como me perciben los demás.

Finalmente, Vaquero-Cristóbal et al. (2013) la definen como la forma que percibimos nuestro propio cuerpo, es decir, como se manifiesta ante nosotros.

2.2 Historia sobre el Estudio de la Imagen Corporal

Los primeros trabajos relacionados con la imagen corporal y las alteraciones asociadas a este, se encuentran a principios del siglo XX en los trabajos médicos sobre neurología (Baile, 2003).

Fisher (1990) refiere que Bonnier en el año de 1995 conceptualiza el término de “aschemata” utilizándolo para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral.

Henry Head en los años 20 refiere que cada individuo va formando un modelo o imagen de sí mismo relacionando los movimientos corporales, acuñando el término de “esquema corporal” (Baile, 2003).

Baile, en el 2003 hace una primera definición de imagen corporal, utilizando diferentes aportes, tales como la fisiología, psicoanálisis, sociología y tomando en cuenta aspectos neurológicos, considerando a este autor como un pionero sobre dicho termino, en el cual alude dicho constructo en función de la forma que genera nuestra mente, es decir, el cómo la representamos a partir de lo visto (Baile, 2003)

También se considera que la corriente psicoanalítica influyó en las primeras explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos, relacionándolo con manifestaciones inconscientes, esto en la primera mitad del siglo XX (Baile, 2003).

En la actualidad, se han utilizado diversos términos relacionados con esta área, siendo similares conceptualmente. Por ejemplo: imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia, etc.; y dentro de las alteraciones se encuentra el trastorno de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, dismorfia corporal, entre otras.

Thompson et al. (1998) analizaron diferentes términos relacionados con la imagen corporal, como: “satisfacción corporal” “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, tratando de conceptualizar con mayor profundidad dichos términos.

Aun no se ha llegado a un consenso sobre un concepto de imagen corporal, debido a que se le considera como un constructo multidimensional, por ello también se han analizado a diferentes autores, mencionando que existen diferentes vertientes de la imagen corporal; por ello Pruzinsky y Cash, 1990 proponen diferentes imágenes corporales que se relacionan entre ellas:

- 1) Imagen perceptual: La forma en que se percibe nuestro cuerpo, relacionado con el esquema corporal
- 2) Imagen cognitiva: La forma en que pensamos sobre nuestro cuerpo
- 3) Imagen emocional: Implica sentimientos relacionados con la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo.

Para dichos autores se pone de manifiesto que la imagen corporal de cada individuo es formada subjetivamente, y que no siempre está acompañada con la realidad, por ello refieren que el concepto de imagen corporal, tiene las siguientes características:

1. Concepto multifacético.
2. Relacionado con los sentimientos de autoconciencia, es decir, el cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos y como se relacionan significativamente al cómo nos percibimos a nosotros mismos.
3. Está determinada socialmente e influenciada por los demás.

4. La imagen corporal no se considera estática, es un constructo que va cambiando a lo largo de la vida.
5. Está influenciada por lo que pensamos y sentimos respecto a nuestro propio cuerpo.
6. Está influenciada por el comportamiento, desde lo consciente, preconscious e inconsciente.

Thompson (1990) agrega el componente conductual a la definición dada por los autores anteriores, debido a que los individuos manifiestan diferentes conductas en relación a la forma del propio cuerpo y la satisfacción con él.

Baile (2003) centra el concepto de imagen corporal en una representación mental, en cual tiene factores psicológicos personales y sociales, dicho autor retoma la forma y tamaño del cuerpo, misma que se ha visto influenciada por la historia, cultura, aspectos sociales, personales y biológicos, que tiene influencia en función del tiempo [ver figura 7]:

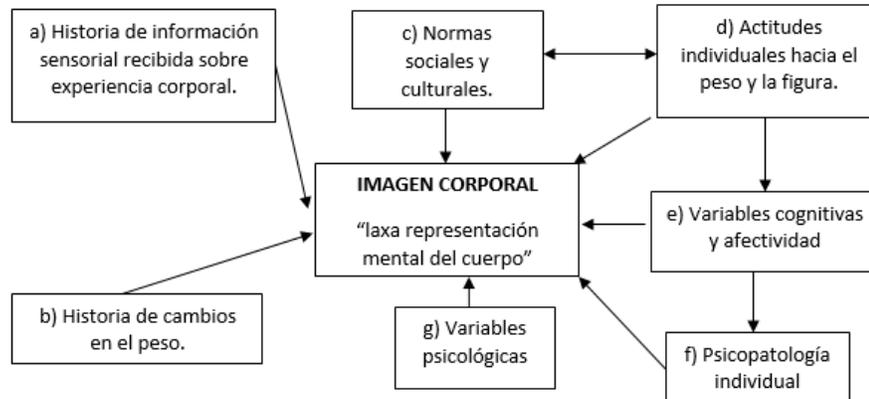


Figura 7. Modelo de imagen corporal de Slade (Baile, 2003).

Según Raich, Torras y Figueras (1996) proponen una versión resumida del concepto de imagen corporal, en donde hace énfasis en lo que una piensa, siente, percibe y actúa respecto a su cuerpo

Específicamente, la Doctora Rosa María Raich es una de las principales investigadoras que han trabajado el constructo de imagen corporal, por ello, hace

énfasis en función de la percepción que se tiene del cuerpo y de sus partes, así como el movimiento y los límites del mismo, ello en relación a la actitud de individuo, pensamiento, emociones y valor que se le da, relacionado con la cognición y emociones que experimenta

2.3 Importancia de la Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal ha sido utilizado prioritariamente en el área de las ciencias de la salud, tales como la psicología, psiquiatría, medicina e incluso la sociología. Se usa generalmente para explicar aspectos relacionados con la personalidad, como la autoestima, auto concepto; y también para atender ciertas psicopatologías, como el trastorno dismórfico corporal (TDC) el trastorno de la conducta alimentaria (TCA), o bien, para explicar la integración social de los adolescentes

Prioritariamente, el concepto de imagen corporal es relacionado con los TCA, tales como la anorexia y bulimia nerviosas, generando especial atención en cuanto al ámbito social y en el corpus científico, analizando el origen, clínica asociada, tratamientos específicos, entre otros aspectos. Debido a que al generarse una alteración con la imagen corporal (por ejemplo: insatisfacción corporal) es considerado como un componente clave dentro de los posibles factores predisponentes y las alteraciones relacionadas con las distorsiones perceptivas del tamaño corporal. El estudio de la imagen corporal ha generado gran información científica, sin embargo, esta se ha reducido principalmente a la investigación relacionada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Baile, 2003).

2.4 Componentes de la Imagen Corporal

La imagen corporal está compuesta por un componente: 1) perceptual, el cual hace la referencia a la manera en cómo se percibe el propio cuerpo; 2) subjetivo, que se refiere a las actitudes y los sentimientos hacia el cuerpo; y 3) conductual, que considera las acciones o comportamientos que surge ante la percepción y los sentimientos hacia el propio cuerpo (Thompson como se citó en Raich, 2004).

2.4.1. Estima Corporal

La estima corporal hace referencia a la percepción que tienen las personas respecto a su cuerpo, relacionada con su atractivo estético y sexual (Franzoi y Herzog, 1986).

2.4.2. Aprecio Corporal

El aprecio corporal hace referencia al aspecto positivo de la imagen corporal (Avalos et al., 2005), ahora bien, Avalos (2005) en otro estudio (como se citó en Tylka, 2015) refiere que el aprecio corporal es una forma favorable de aceptar el cuerpo y discriminar cualquier tipo de comentario negativo sobre este, influenciado por los ideales estéticos que se presenten en los medios.

2.5 Alteraciones de la Imagen Corporal

Cash y Brown (1987) refiere que las alteraciones de la imagen corporal se dividen en dos partes, la primera de ellas es 1) alteración cognitiva y afectiva, haciendo referencia sobre la insatisfacción con el cuerpo y sentimientos negativos hacia el mismo, y 2) alteraciones perceptivas, relacionados con la distorsión de la imagen corporal y la estima al cuerpo, tamaño y forma de este.

Por su parte, Rosen (1995) hace mención que, al existir alteraciones con la imagen corporal, se pone de manifiesto las siguientes niveles cuando el sujeto es observado:

- Nivel psicofisiológico: relacionada con el sistema nervioso autónomo, p. ej. sudoración, temblor, cambios en la presión arterial y la respiración.
- Nivel conductual: conductas evitativas, rituales de comprobación y tranquilizarían, realizar dietas, ejercicio físico, etc.
- Nivel cognitivo: cambios súbitos en la preocupación, creencias irreales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, auto verbalizaciones negativas del cuerpo.
- Nivel emocional: esto se desarrollan de manera negativas, tales como: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

Cash (1991) relaciona los principales esquemas cognitivos entre la imagen corporal y como se ve afectada en las personas con insatisfacción corporal:

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida
- Debería saber siempre como parecer atractivo
- El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

Finalmente, Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993) hace mención, que, al existir algún trastorno relacionado con la imagen corporal, se pueden presentar las siguientes características: perfeccionismo, necesidad de agradar a los demás, aparentar una apariencia impecable ante los demás y ocultar alguna imperfección con la apariencia física.

Cuando alguna persona no tiene satisfacción con su imagen corporal, se puede presentar la insatisfacción con esta, la cual hace referencia a una alteración de la imagen consistente en los pensamientos, emociones y conductas de forma negativa, respecto al tamaño y forma del cuerpo (Baile, s/f).

2.6 Formación de la Imagen Corporal Negativa

En la formación de la imagen corporal existen dos variables principales, la primera de ellas está relacionada con IC y la autoestima y la segunda con la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal. Al formarse una IC negativa existen dos tipos de factores:

1. Factores Predisponentes:

- **Relaciones sociales y culturales:** están relacionados con el ideal estético, la autoestima, atractivo y competencia social. Según Toro (1988) la presión social en la mujer está fuertemente relacionada con la delgadez y en el hombre a la fuerza.
- **Desarrollo físico y feedback social:** relacionado con los cambios físicos en el cuerpo, tales como la pubertad, desarrollo o precoz o tardío, índice de masa corporal o el peso pueden ser factores de vulnerabilidad.
- **Familia y amigos:** la figura paterna y las relaciones afectivas secundarias, pueden causar excesiva preocupación por el cuerpo y el atractivo, relacionados con los comentarios negativos y excesiva atención por el cuerpo.
- **Características personales:** relacionada con la baja autoestima, inseguridad, dificultad en la autonomía y sentimientos de ineficacia puede ocasionar que las personas se centren en el aspecto físico para compensar la falta en los sentimientos (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).
- **Otros factores:** Cualquier accidente, enfermedad, obesidad, abuso sexual, el fracasar en algún deporte o alguna experiencia dolorosa que afecte el cuerpo, puede causar alguna alteración o sensibilización sobre la apariencia física.

Los factores anteriores dan pie a la construcción de la IC, incluyendo as actitudes, emociones, percepciones, esquemas e ideales, generando así una imagen corporal de tipo negativa o insatisfacción, que se mantendrá latente hasta que esta se manifieste por algún suceso.

2. Factores de mantenimiento:

- **Suceso Activante:** El exponer tu cuerpo, la presión social, el comparar el cuerpo con el ideal social e incluso que alguna persona

mencione algún cambio, son factores predisponentes para genera una imagen corporal negativa.

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

2.7 Instrumentos que Evalúan la Imagen Corporal

Actualmente existen diversos instrumentos que evalúan la imagen corporal, algunos de ellos son:

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) fue creado y validado por Cooper et al. (1987) consta de 34 ítems tipo Likert que va de nunca a siempre y este evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. El BSQ fue estandarizado y validado para población mexicana por Mendoza y Morales (2010) en una muestra de 737 estudiantes de sexo masculino entre 12 y 30 años de edad (estudiantes de secundaria $n = 310$ y estudiantes de bachillerato $n = 217$). El análisis de resultados indicó una confiabilidad alfa de Cronbach de .95 para la muestra total, de .94 para los adolescentes y de .96 para adulto. Además, el BSQ denoto correlaciones positivas y significativas ($p \leq .0001$). Se realizó un análisis de componentes principales donde inicialmente se extrajeron cuatro factores: el primero de ellos explicó 15.77% de la varianza total, con un alfa de .86 en la muestra total; de .86 en adolescentes y .85 en adultos. En el segundo factor explicó 14.29% de la varianza total con alfa de Cronbach .89 en la muestra total, de .92 en la muestra de adultos y .87 en adolescentes. El tercero explicó una varianza total de 12.79% con un alfa de .84 en la muestra total; en adultos de .87 y en los adolescentes de .83. Finalmente, el cuarto factor explicó el 12.10 de la varianza total, con una alfa de .92 en la muestra total; de .92 para los adolescentes y .94 para los adultos. También el BSQ fue estandarizado y validado para población mexicana por Vázquez et al. (2011) e una muestra de 472 mujeres con un rango de

edad de 13 a 30 años, de los cuales ($n = 256$) era estudiantes y ($n = 216$) eran pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. El análisis de datos indicó una confiabilidad alfa de Cronbach de .98.

Cuestionario de influencias sobre el modelo Estético Corporal (CIMEC) fue creado y validado por Toro et al. (1994). Consta de 40 reactivos tipo Likert que va de 0 a 2 con tres opciones de respuesta, este evalúa las influencias culturales relevantes que contribuyen a promover y justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. El CIMEC fue validado y estandarizado para población mexicana por Vásquez, Álvarez y Mancilla (2000) por una muestra de tipo no probabilístico, compuesta de 1001 mujeres que estudiaban el bachillerato y la universidad con un rango de edad de 14 a 33 años ($X = 19.03$, $DE = 2.56$). El análisis de resultados indicó una confiabilidad alfa de Cronbach de .94. En el análisis factorial y rotación varimax proporciono seis factores, pero después de un análisis confirmatorio se obtuvieron cuatro factores: 1) influencia de la publicidad ($\alpha = .92$), 2) malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso ($\alpha = .86$), 3) influencia de los modelos sociales ($\alpha = .75$) y 4) influencia de las relaciones sociales ($\alpha = .63$). Además, tuvo una significancia igual a 0.001. Los ítems se evalúan de en una escala de tres puntuaciones que va de 2 (si siempre) a 0 (No nunca).

Instrumento para medir imagen corporal: Versión computarizada y de papel y lápiz fue creado por Gómez-Peresmitré et al. (2000) para población mexicana, el cual mide factores de riesgo asociados con la imagen corporal. El instrumento consta 30 reactivos con dos escalas visuales y nueve siluetas que van de 1 = la más delgada, hasta 9 = la más gruesa. La muestra está compuesta por dos grupos no probabilísticos; grupo normal al que se denominó submuestra seleccionada ($n = 127$) y un grupo subclínico al que se llamó autoseleccionado ($n = 185$), con un rango de edad de 15 a 30 años. El análisis de resultados indicó una confiabilidad alfa de Cronbach de .90 y .94 respectivamente en la versión computarizada; y en la versión de papel y lápiz se encontró un alfa de .90 y .94 respectivamente.

Escala de imagen corporal en mujeres jóvenes fue creada por Rodríguez et al. (2010) es un instrumento que consta de 33 reactivos tipo Likert que va de 1

(nunca o casi nunca) a 5 (casi siempre o siempre) de los cuales 18 fueron elaborados para la investigación, seis a la crítica y presión familiar para mantener una silueta esbelta y 12 para medir la insatisfacción corporal. Finalmente, los 15 reactivos restantes provienen del cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal de Unikel et al. De los 33 reactivos del instrumento se eliminaron siete que no tuvieron cargas factoriales mayores a .40. La muestra estuvo compuesta por 508 mujeres universitarias, ello ayudo a conocer la estructura factorial de la escala de imagen corporal, para lo cual se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) y Bartlett y se obtuvo .94 ($p < .001$), lo cual indica que la muestra es adecuada para el análisis factorial exploratorio.

La Escala de Estima Corporal (BES, por sus siglas en inglés) fue creado por Franzoi y Shields (1984). Es un instrumento que consta de 35 ítems con una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 = tengo fuerte sentimientos negativos a 5 = tengo sentimientos fuertemente positivos, la cual evalúa la apreciación por partes y funciones del cuerpo. La BES fue validada en población mexicana por Escoto et al. (2016) en una muestra de 554 estudiantes de secundaria ($n = 99$), preparatoria ($n = 137$) y universidad ($n = 318$) del Estado de México (250 hombres y 304 mujeres). En las puntuaciones totales, los hombres mostraron una mayor estima corporal ($M = 126.84$, $DE = 21.28$) que las mujeres ($M = 122.10$, $DE = 18.81$). El índice de *KMO* fue aceptable para mujeres y hombres (0.89 y 0.92) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p = 0.0001$). Se realizó en análisis paralelo de Horn, donde se planteó dos factores: para las mujeres, el factor de condición física y preocupación por el peso se agruparon 14 ítems y explicó el 25.08% de la varianza, y el atractivo físico y sexual agrupó 19 ítems y explicó 5.79% de varianza. Por otra parte, en los hombres, el factor atractivo físico y preocupación por el peso agrupó 17 ítems y explicó 33.11% de la varianza, y por el factor atractivo físico y sexual agrupó 14 ítems y explicó 4.48% de varianza. La consistencia interna para hombres fue entre .88 y .94, y en las mujeres de 0.86 y .91; la estabilidad temporal para hombres fue de $r = .55$ -.66 y en mujeres de $r = .64$ -.75.

El inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI, por sus siglas en inglés) fue creado por Garner et al. (1983). El cuestionario es auto aplicable, consta de 64 preguntas con una escala tipo Likert que va de nunca a siempre, evaluando las dimensiones actitudinales y conductuales para la anorexia nerviosa y bulimia; contiene 8 sub escalas: 1) motivación para adelgazar, 2) bulimia, 3) insatisfacción corporal, 4) ineficiencia, 5) perfeccionismo, 6) desconfianza interpersonal, 7) conciencia interoceptiva y 8) miedo a madurar. El EDI fue validado en población mexicana femenina por Unikel et al. (2006) en una muestra de 523 mujeres con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, según los criterios del DSM- IV y utilizando la entrevista clínica. En la versión final, el inventario consto de 36 preguntas, dividida en 6 factores con una consistencia interna de .92.

EL Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ, por sus siglas en inglés) fue creado por Cash (2000); Brown et al. (1990). El MBSRQ es un inventario de autoreporte de 69 ítems con una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, sin embargo, las opciones de respuesta varían dependiendo del ítem: p ej. 1 al 57 va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, y del 58 va de nunca a muy a menudo; evaluando aspecto actitudinales, cognitivos y conductuales de la imagen corporal. EL MBSRQ fue validado en población mexicana por Velázquez et al. (2014) en una muestra de tipo no probabilística de 232 hombres de licenciatura de una institución pública y con un rango de edad de 17 a 32 años. La puntuación total del instrumento fue de 230.30 ($DE = 23.70$) y en el re-test de 224.61 ($DE = 23.29$), el alfa de Cronbach en el test fue de .88 y en el re-test de .86; y el coeficiente de correlación del test-retest fue de .85. Se realizó la correlación ítem por ítem mediante el coeficiente r de Pearson, encontrándose que todos los reactivos se correlación significativamente ($p = .01$). Para la validez factorial se utilizó el análisis factorial, extrayendo en el primer análisis 19 componentes todo con un valor propio mayor a uno, también se aplicó la rotación varimax, donde se aprobó a siete, ocho, nueve y once factores, encontrándose que la que diez factores era más adecuada.

La Escala de Aprecio Corporal (BAS, por sus siglas en inglés) fue creada por Avalos et al. (2005). Es un instrumento que consta de 13 ítems con una escala tipo

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Likert que va de 1 = nunca a 5 = siempre, la cual evalúa los aspectos de la imagen corporal positiva. Esta escala fue diseñada para evaluar la medida en que las mujeres: a) Tienen opiniones favorables de sus cuerpos, b) los aceptan a pesar de su peso, forma corporal e imperfecciones, c) respetan sus cuerpos atendiendo las necesidades de su cuerpo y participar en comportamiento saludable y d) proteger su imagen corporal al rechazar imágenes poco realistas del prototipo de delgadez idea retratado en los medios. La BAS-2 fue validada en población mexicana por Escoto et al. (2020) en una muestra de 1127 adolescentes (508 hombres y 619 mujeres) de entre 11 a 19 años ($M = 15.41$, $DE = 2.30$).

Capítulo 3

Imagen corporal y discapacidad física

La imagen corporal en personas con discapacidad física es una importante área de investigación que ha recibido poca atención en la literatura de investigación. En los estudios cuantitativos relacionados con la discapacidad física se ha encontrado un impacto negativo respecto a la imagen corporal (Taleporos y McCabe, 2002).

3.1 Imagen corporal en personas con discapacidad física

Carmit-Noa y Neta (2018) encontraron en su investigación que la discapacidad es una variable importante para el desarrollo de un autoconcepto positivo o negativo de la imagen corporal, donde dependiente del nivel de gravedad de dicha problemática, tiene mayor repercusión en el cómo se percibe la persona y su IC, incluidas las discapacidades psiquiátricas, por ello, refieren la importancia de promover la conciencia en los profesionales de la salud, sobre las necesidades de dicha población, dada la visibilidad de su condición.

Smith et al. (2015) en un estudio cualitativo, mencionaron algunos testimonios sobre mujeres con cáncer que habían recibido un tratamiento, relacionado con alguna incisión en uno de sus senos, las cuales aluden el sentirse insatisfechas con su apariencia después de dicha cirugía, aludiendo que, al verse al espejo, no se siente físicamente como antes.

Taleporos y McCabe (2001) hacen mención que la sociedad califica de manera negativa a las personas con alguna discapacidad física, puesto que no cumplen con los estándares de belleza, cuerpos atléticos o las prácticas deportivas, lo cual ha dado como resultado el que dichas actitudes y valores sociales, afecten negativamente la manera en cómo las personas con discapacidad física se sientan consigo mismo y su estima corporal, pudiendo afectar significativamente al no cubrir dichas ideales antes descritos. .

López et al. (2005) aluden que la imagen corporal es un factor determinante para un desarrollo psicosocial y un bienestar en las personas, puesto la IC con respecto a alguna discapacidad motora, le lleva a tener una percepción negativa de

si, ya que con frecuencia no aceptan sus limitaciones en cuanto a funcionalidad o en repercusiones físicas, tales como la amputación, inclusive su la discapacidad no es congénita o si afecta la movilidad y apariencia física.

Por otro lado, Cromer y colaboradores (1990) realizaron una investigación con adolescentes con discapacidad, observándose que estos tenían puntajes más bajos en la subescala de cuerpo y autoimagen, que en aquellos que no presentaban alguna discapacidad.

Otro estudio por Wolman et al. (1994) en donde participaron 3000 adolescentes y adultos jóvenes con una enfermedad crónica, obtuvieron una puntuación más baja en la imagen corporal que en aquellas personas que eran sanas. Dado lo anterior y al gran número de personas en la muestra, los resultados y conclusiones sobre la discapacidad física y la imagen corporal, refieren que si existe un impacto negativo entre ambos constructos.

Romeo et al. (1993) realizaron un estudio con una muestra de 47 varones con lesión medular espinal donde hizo énfasis en el impacto negativo de la discapacidad física en la imagen corporal de los participantes. Utilizó el Inventario del Funcionamiento Sexual (por sus siglas en inglés, BSFI), en donde se encontró que los participantes obtuvieron un puntaje más bajo en el área de imagen corporal en comparación con otras escalas en la misma prueba. Además, el puntaje promedio en la imagen corporal fue significativamente menor que el grupo normativo BSFI sin discapacidad. Se encontró que la percepción corporal y la satisfacción con las capacidades corporales están negativamente afectadas por la lesión medular espinal.

Ketttl et al. (1991) Realizó un estudio en mujeres con una lesión medular espinal, similar al anterior, con una muestra de 27 mujeres en donde se aplicó un cuestionario que investiga su percepción acerca de la sexualidad, imagen corporal y comportamiento sexual; se encontró que el cambio más significativo fue hacia su cuerpo, debido a que los participantes se sentían la mitad de atractivos después de la lesión. Se ha realizado una crítica hacia este estudio debido a que uso los recuerdos retrospectivos, sin embargo, se continúa observando un impacto negativo

en el atractivo percibido en personas con alguna discapacidad física y también en la estima de mismo cuerpo.

3.2 Variables relacionadas con el cambio de la imagen corporal

Existen diversos factores relacionados con el cambio en la apariencia física respecto a la imagen corporal, uno de ellos es *el tipo y cambio físico que experimenta la localización y el grado de discapacidad asociada:*

Se ha comprobado que aquellas personas con mayor riesgo de padecer una problemática a nivel psicología y social, están relacionadas con alguna deformidad o deficiencia a nivel físico (Gamba et al., 1992). También, existen estudios en personas que se someten a tratamientos quirúrgicos radicales, que conllevan un mayor impacto negativo a nivel emocional y conductual, que en aquellas donde existe una cirugía conservadora, reduciendo así consecuencias negativas tanto emocional como conductualmente (Yurek et al., 2000).

La imagen corporal tiene fuerte influencia en la parte social y cultural, en donde repercuten los modelos estéticos y la presión social, aunado a las experiencias interprofesionales previas, afectando directamente el medio familiar, amistades/pares al recibir críticas o burlas.

Al existir cambios físicos a consecuencia de una enfermedad o tratamiento puede presentar diversos cambios, ellos están relacionados con la apariencia, alteraciones cosméticas, cambios de peso, aspecto y color de piel, olor, pérdida de pelo o cicatriz, aunado a que esto varían dependiendo de la localización, grado de discapacidad asociado y el tiempo de duración (temporal o permanente). Dicho lo anterior, existe una fuerte influencia con la imagen corporal respecto a cómo te percibes, sientes, piensas y actúas, relacionando las características personales, tales como el optimismo, autoestima, apoyo social percibido, estilos cognitivos/esquemas, estilos de afrontamiento ante experiencias vitales estresantes y la edad, como factores importantes relacionado con la imagen corporal y también relacionado con el entorno: pareja, presentando rechazo o dificultades, comprensión o apoyo social (Fernández, 2004, ver Figura 8).

Imagen corporal en personas con discapacidad física

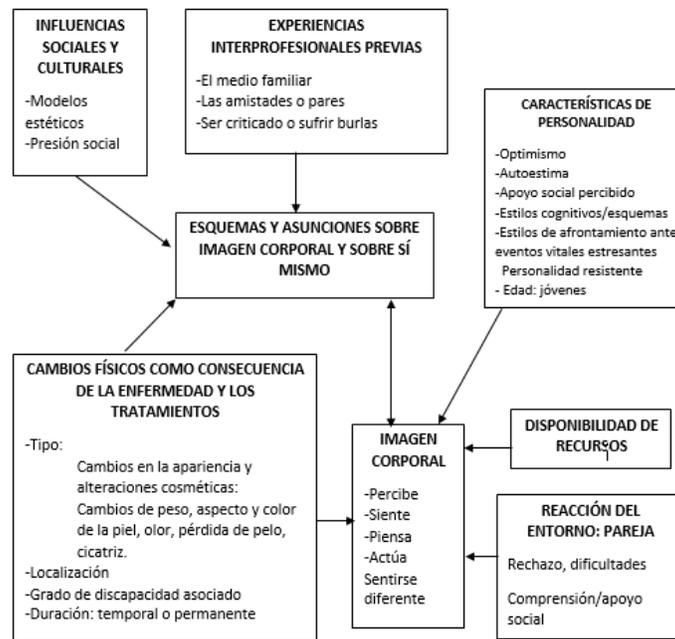


Figura 8. Variables que influyen en el cambio con la imagen corporal (Fernández, 2004).

Capítulo 4

Metodología

4.1 Planteamiento del problema

Las investigaciones actuales respecto a la imagen corporal, se han centrado principalmente en los trastornos de la conducta alimentaria (Baile, s/f; Espina et al., 2001; Vaquero-Cristóbal, et al. 2013), el origen y relación entre la IC y los TCA (Sepúlveda, Botella y León, 2001), el papel que tiene la autoestima y sus implicaciones con los TCA y la IC (Moreno y Ortiz, 2009), por cuestiones de género (Maganto y Cruz, 2002; Murawski et al., 2009; Rivarola, 2003), factores preventivos o de riesgo para padecer un TCA (Maganto y Cruz, 2002; Mosquera y Fernández, 2014), e incluso algunas contradicciones en la literatura entre la IC y los TCA (Sepúlveda, León y Botella, 2004); asimismo, se han encontrado instrumentos que evalúan constructos previamente mencionados, mismos que validan la veracidad de las implicaciones de la imagen corporal (Cooper et al., 1987; Escoto et al., 2020; Gómez-Peresmitré et al., 2000; Mendoza y Morales, 2010; Vásquez et al. 2011). Como puede observarse, estos constructos se han investigado ampliamente, pero se ha dejado de lado otras áreas, tales como la discapacidad, específicamente la física, siendo esta una de las problemáticas más evidentes y que también puede tener un impacto negativo en las personas.

La discapacidad física tiene un impacto negativo en la imagen corporal del individuo (Taleporos y McCabe, 2002), ocasionando diversas consecuencias, tales como depresión, dificultad en la adaptación, un mal proceso de aceptación, pérdida de la capacidad física, cambios en la apariencia, dificultad al formar lazos afectivos, frustración, entre otros (Gayoso, 2010). Incluso dentro de estas problemáticas se pueden ver implícitos componentes de la imagen corporal, relacionados con el sentir, pensar y actuar de las personas respecto a su cuerpo (Thompson, 1990). Es por ello, que algunos autores ponen de manifiesto la necesidad de evaluar la discapacidad física en relación con la imagen corporal.

A pesar de lo anterior, existe escasa información respecto a ambos constructos, esto se puede deber a diversos factores, algunos de ellos son: dificultad

en el acceso a la muestra por parte de las instituciones, no se tiene atención psicológica, las características de la población e incluso.

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación fue comparar la estima y aprecio corporal en personas con discapacidad física, en función del sexo, edad y momento de la discapacidad.

4.2 Justificación

Se realizó una investigación de la literatura sobre la discapacidad e imagen corporal, encontrándose escasa información al respecto, a pesar de ser una problemática que se puede observar diariamente en el contexto familiar, académico, laboral y personal y que, a su vez, ninguna de las personas está exentas de padecer cualquier tipo de discapacidad.

Desde la antigüedad, diversas instituciones, centros de ayuda y personajes de la historia se han esforzado en brindar un trato más digno y generar seguridad en estas personas, debido a la discriminación ejercida por aquellos individuos sin alguna discapacidad. Aun así, a pesar de los esfuerzos en fomentar una cultura de inclusión, las personas con discapacidad aún tienen que enfrentarse a diversos retos o limitantes en su vida diaria que nos les permite desenvolverse en su contexto, eso los lleva a aislarse y generar todo tipo de problemáticas que pueden ser a nivel social y personal.

Dentro de los tipos de discapacidad, la física es una de las más evidentes, ya que esta puede verse reflejada por la falta (parcial/total) o deformidad de algún miembro del cuerpo, llegando a ocasionar insatisfacción con la imagen corporal. Taleporos y McCabe en el 2002 pone de manifiesto que la imagen corporal y la discapacidad física es una importante área de investigación que ha recibido poca atención en la literatura de investigación.

Existen algunas investigaciones que se han dado a la tarea de ver el efecto que tienen ambas variables en las personas, encontrándose un efecto negativo en la imagen corporal (Cromer et al, 1990; Romeo et al.,1993; Wolman, et al. 1994). Por ello el propósito del presente estudio es comparar los componentes de la imagen corporal en personas con discapacidad física. Con lo cual se pretende

aportar al conocimiento de la imagen corporal en este tipo de población y así, en la medida de lo posible sugerir mejoras a las condiciones de vida de quienes viven con discapacidad física.

4.3 Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias en la estima corporal y el aprecio corporal entre personas con discapacidad física según el sexo, edad y momento de la discapacidad?

4.4 Objetivo General

Comparar la estima y aprecio corporal entre personas con discapacidad física, en función del sexo, la edad y el momento en el que se generó la discapacidad física.

4.5 Objetivos Particulares

- Comparar la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre hombres y mujeres con discapacidad física.
- Comparar la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.
- Comparar la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.
- Comparar el aprecio corporal entre hombres y mujeres con discapacidad física.
- Comparar el aprecio corporal entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.
- Comparar el aprecio corporal entre personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

4.6 Hipótesis

H1. Existe mayor estima corporal en hombres con discapacidad física, en comparación a las mujeres (Möller-LEimkühler, 2002).

H2. Se tiene una mejor estima corporal en personas con discapacidad física, que adquirieron la discapacidad en etapas más tempranas (niñez), en comparación de quienes la adquirieron en la adultez (Lemos, 2020).

H3. Las mujeres tienen menor aprecio corporal, en comparación a los hombres (Möller-LEimkühler, 2002).

H4. Se tiene un mejor aprecio corporal, si la discapacidad es adquirida desde la niñez, en comparación a la adultez (Gentil, 2007).

4.7 Tipo y Diseño de la Investigación

Se realizó una investigación cuantitativa, transversal con un alcance descriptivo.

4.8 Participantes

La muestra fue no probabilística de sujetos tipo, es decir, aquellos que cumplen con características específicas (Sampieri, 2014); en este caso presentar algún tipo de discapacidad física. Participaron 78 personas con un rango de edad entre 18 a 80 años ($M = 45.06$, $DE = 15.36$), de los cuales 44 fueron hombres y 34 mujeres. Se excluyó a las personas con otro tipo de discapacidad (sensorial, cognitiva o múltiple).

4.9 Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Se diseñó un cuestionario para recabar información sobre edad, sexo, escolaridad, estado civil y otra información relacionada con el tipo, motivo y tiempo de la incapacidad física.

La Escala de Estima Corporal (BES) fue diseñada por Franzoi y Shields (1984). Es un instrumento que consta de 35 ítems tipo Likert que tiene 5 opciones de respuesta, que va de 1 = tengo fuerte sentimientos negativos a 5 = tengo sentimientos fuertemente positivos, la cual evalúa la apreciación por las partes y funciones del cuerpo. La BES fue estandarizada y validada en población mexicana

por Escoto et al. (2016) en una muestra de 554 estudiantes de secundaria ($n = 99$), preparatoria ($n = 137$) y universidad ($n = 318$) del estado de México (250 hombres y 304 mujeres). El índice de KMO fue aceptable en mujeres como en hombres (0.89 y 0.92). La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p = 0.0001$).

La Escala de Aprecio Corporal (BAS-2) fue diseñada por Avalos et al. (2015), consta de 10 ítems tipo Likert que va de 1 = nunca a 5 = siempre, la cual evalúa los aspectos positivos de la imagen corporal. La BAS fue validada en población mexicana por Escoto et. al (2020) en una muestra de 1127 personas (508 hombres y 619 mujeres). Se obtuvo una consistencia omega de .93 en mujeres y .90 en hombres.

4.10 Procedimiento

Se contactó con las autoridades de tres diferentes instituciones de la Ciudad de México y del Estado de México, para dar a conocer el propósito del presente estudio y solicitar su autorización para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente y de forma individual, se le dio a conocer el consentimiento informado, el cual fue firmado por cada uno de los participantes; en seguida, se solicitó información necesaria para el formato de datos generales y finalmente, se aplicaron tres instrumentos (PCIDF, BES y BAS) las cuales evalúan la imagen corporal. Algunos participantes sólo respondieron la BES. La aplicación se realizó de manera individual y cada aplicación duró 10 minutos, aproximadamente.

4.11 Análisis de Datos

Para realizar los análisis del presente estudio se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, ver. 21 para Windows). Se utilizó la prueba *t* de student para comparar el aprecio corporal y la estima corporal entre hombres y mujeres. Asimismo, se realizaron pruebas no paramétricas para muestras independientes (Kruskal-Wallis) para comparar el aprecio corporal y la estima corporal entre grupos de edad y momento de la discapacidad física (Hernández et al., 2014).

Capítulo 5
Resultados

Descripción de los participantes

La Tabla 7 contiene información sociodemográfica respecto edad, sexo y otra relacionada a la discapacidad.

Tabla 7

Datos sociodemográficos.

		n	%
Edad	Adulthood temprana	24	30.8%
	Adulthood media	22	28.2%
	Adulthood tardía	23	29.5%
	Vejez	9	11.5%
Sexo	Hombre	44	56.4%
	Mujer	33	42.3%
Tiempo de la discapacidad	Menor a un año	10	12.8%
	1 año a un mes a 5 años	20	25.6%
	5 años un mes a 10 años	8	10.3%
	10 años un mes a 20 años	3	3.8%
	Más de 20 años y un mes	27	34.6%
Escolaridad	No respondió	10	12.8%
	Preescolar	5	6.4%
	Primaria	18	23.1%
	Secundaria	23	29.5%
	Preparatoria	18	23.1%
	Universidad	4	5.1%
	Sin estudios	10	12.8%
Estado Civil	Soltero	44	56.4%
	Casado	24	30.8%
	Viudo	1	1.3%
	Separado	3	3.8%
	Unión libre	3	3.8%

5.1 Estima corporal

Comparación de la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre hombres y mujeres con discapacidad física

La prueba *t* de student indicó diferencias estadísticamente significativas únicamente en la estima corporal que hombres y mujeres tienen hacia los senos ($t = 1.98$, $p = .05$) y la cara ($t = 1.96$, $p = .05$). En ambos casos, las mujeres informaron mayor estima corporal ($M_{senos} = 4.06$ y $M_{cara} = 4.0$, respectivamente) que los hombres ($M_{senos} = 3.61$ y $M_{cara} = 3.55$, respectivamente). Se rechaza la hipótesis 1.

Comparación de la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad

La prueba *H* de Kruskal Wallis indicó diferencias estadísticamente significativas en la estima corporal hacia brazos ($H(3) = 8.21$, $p = .04$), apariencia de los ojos ($H(3) = 8.09$, $p = .04$), deseo sexual ($H(3) = 7.96$, $p = .05$), anchura de hombros ($H(3) = 10.14$, $p = .02$), salud ($H(3) = 8.61$, $p = .04$) y apetito ($H(3) = 9.88$, $p = .02$), entre personas en adultez temprana, media, tardía y personas de la tercera edad (ver Figuras 9, 10, 11, 12, 13, 14).

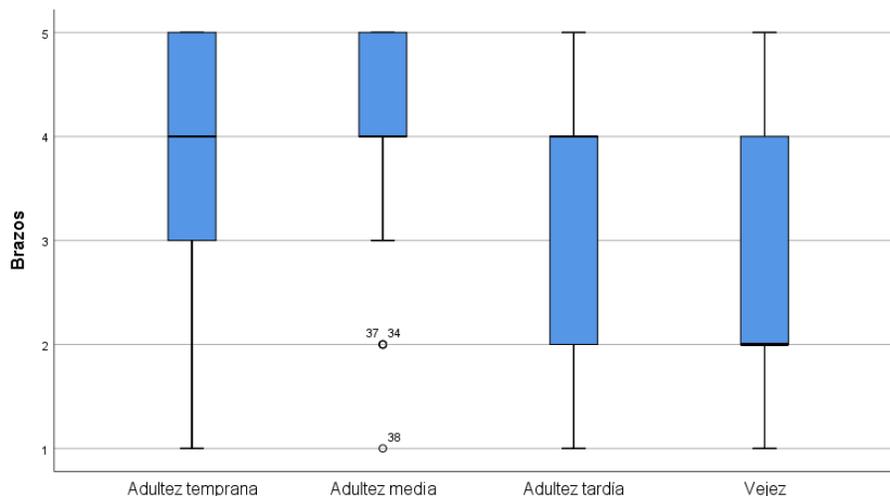


Figura 9. Estima corporal hacia los brazos en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

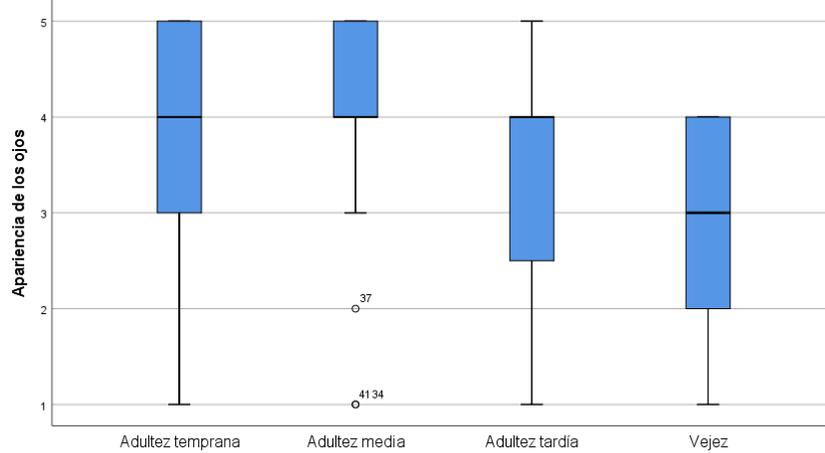


Figura 10. Estima corporal hacia los ojos en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

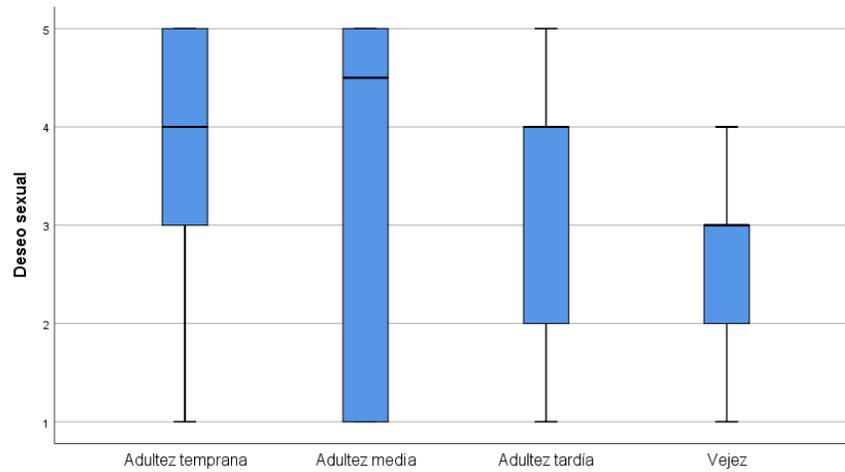


Figura 11. Estima corporal hacia el deseo sexual en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

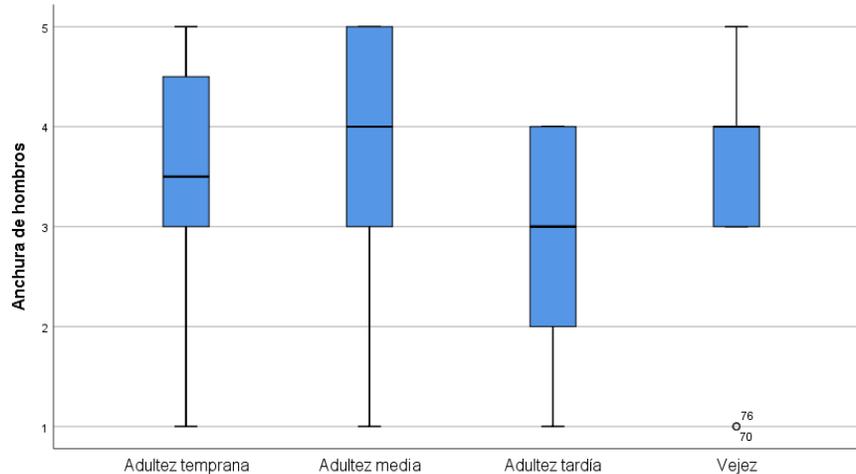


Figura 12. Estima corporal hacia la anchura de los hombros en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

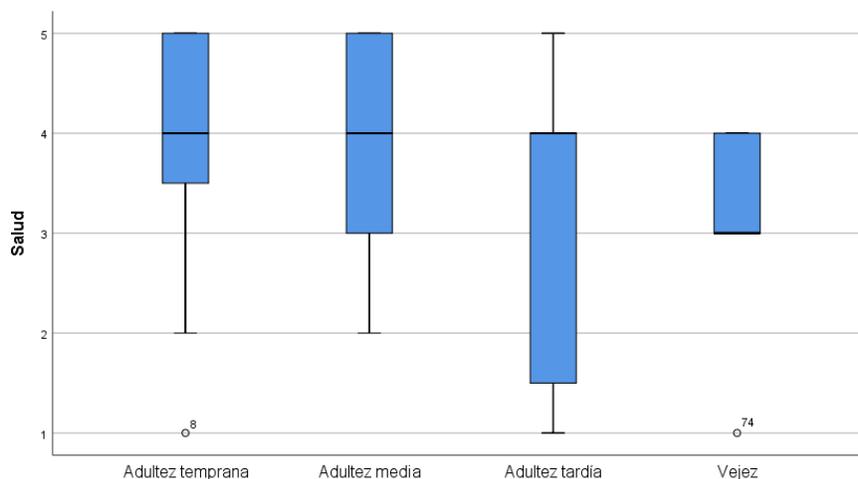


Figura 13. Estima corporal hacia la salud en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

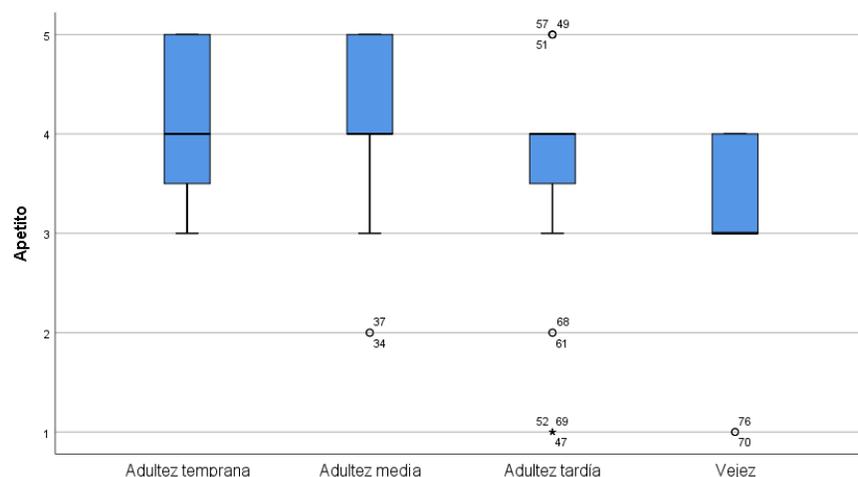


Figura 14. Estima corporal hacia el apetito en personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad.

Comparación de la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad

La prueba H de Kruskal Wallis indicó diferencias estadísticamente significativas en la estima corporal hacia muslos ($H(2) = 5.89, p = .05$), piernas ($H(2) = 12.51, p = .002$), genitales ($H(2) = 7.25, p = .03$), pies ($H(2) = 6.88, p = .03$), mejillas ($H(2) = 6.75, p = .03$), labios ($H(2) = 10.57, p = .005$) y orejas ($H(2) = 6.39, p = .04$), entre las personas que adquirieron la discapacidad en el nacimiento, después del nacimiento o lo largo de la vida (ver Figuras 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Se acepta la hipótesis 2.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

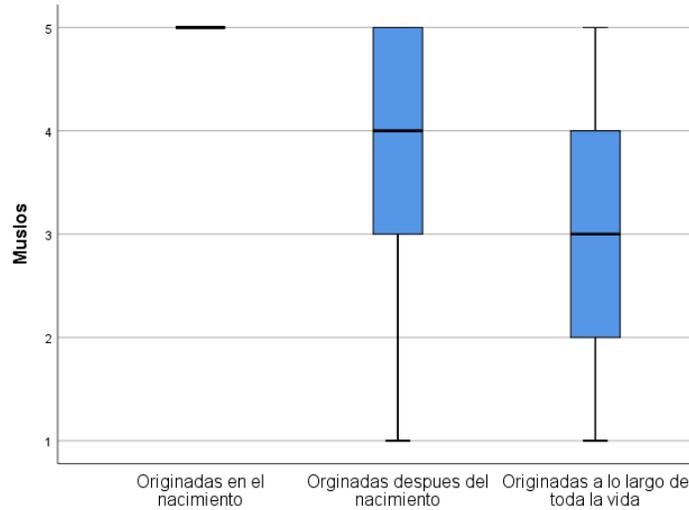


Figura 15. Estima corporal hacia los muslos en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

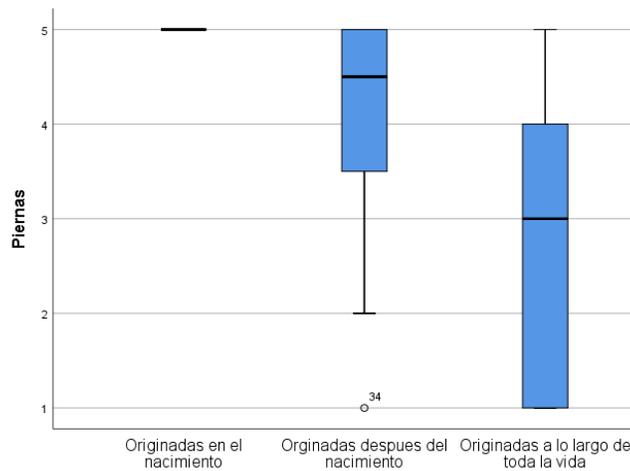


Figura 16. Estima corporal hacia las piernas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

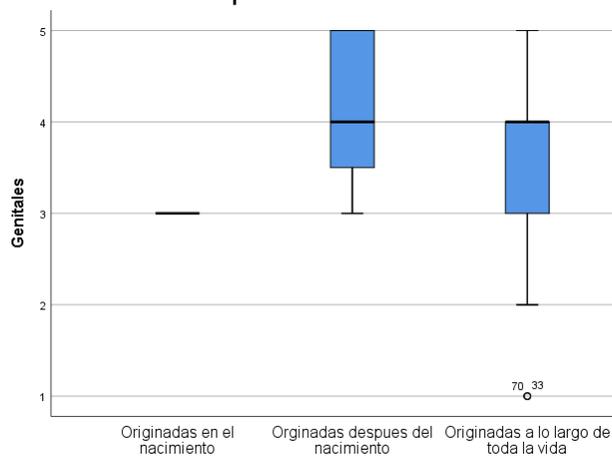


Figura 17. Estima corporal hacia los genitales en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

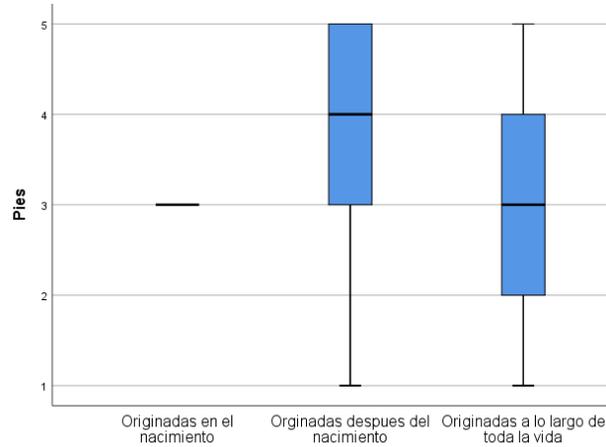


Figura 18. Estima corporal hacia los pies en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

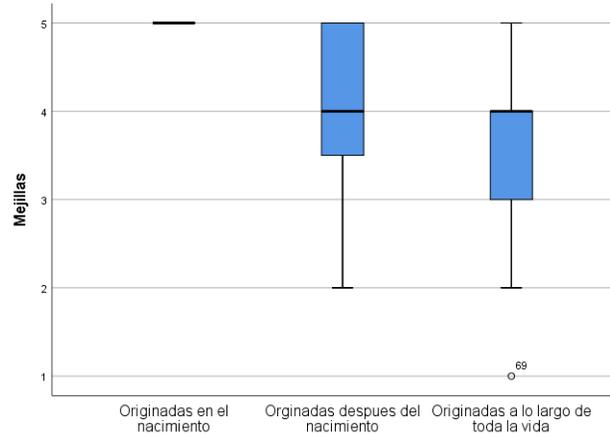


Figura 19. Estima corporal hacia las mejillas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

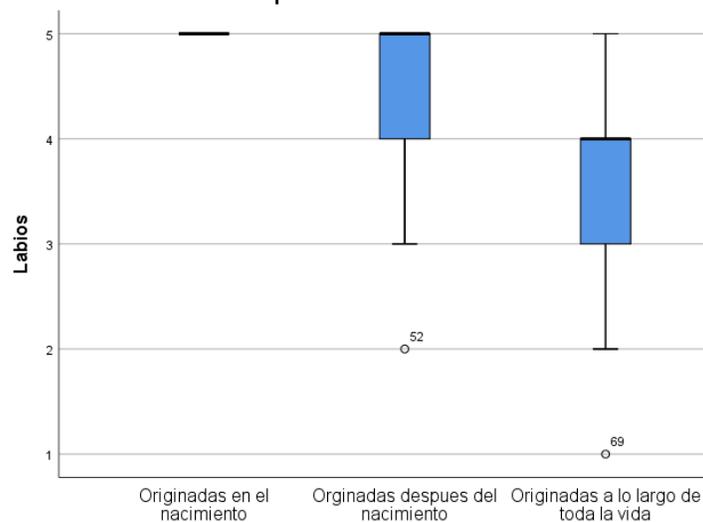


Figura 20. Estima corporal hacia los labios en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

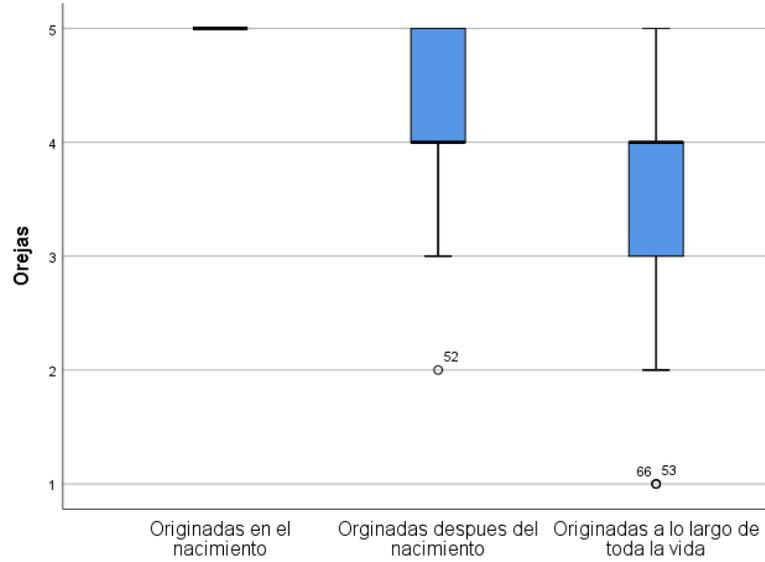


Figura 21. Estima corporal hacia las orejas en personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad.

5.2 Aprecio corporal

Comparación del aprecio corporal entre hombres y mujeres con discapacidad física

La prueba t de student indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas ($t = 2.04$, $p = .48$) en el aprecio corporal entre hombres ($M = 4.8$, $DE = 0.93$) y mujeres ($M = 4.6$, $DE = 0.48$) con discapacidad física. Se rechaza las hipótesis 3.

Comparación del aprecio corporal entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad

La prueba H de Kruskal Wallis indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el aprecio corporal ($H(3) = 5.08$, $p = .17$), con base en los grupos de edad.

Comparación del aprecio corporal entre personas con discapacidad física entre personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad

La prueba H de Kruskal Wallis indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el aprecio corporal ($H(2) = 3.59$, $p = .17$) entre personas con discapacidad física, con base en el momento de la discapacidad. Se rechaza las hipótesis 4.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue comparar la estima y aprecio corporal en personas con discapacidad física, en función del sexo, edad y momento de la discapacidad. A nuestro saber, en nuestro contexto, este trabajo es uno de los primeros esfuerzos para comprender la imagen corporal en personas con discapacidad física.

Algunos estudios han descrito que los hombres tienen mayor estima corporal que las mujeres (Möller-LEimkühler, 2002); sin embargo, en esta muestra, fueron las mujeres quienes presentaron mayor estima corporal hacia los senos y la cara. Es decir, las mujeres con discapacidad física informan mayor hacia dos partes corporales que no se relacionan con áreas del cuerpo y funciones corporales asociadas con a la discapacidad (p.e. brazos, piernas, etc.). En este tenor, los profesionales de la salud pueden diseñar estrategias orientadas a promover el aprecio por cuerpo y sus funciones, independientemente de sus características físicas, particularmente en esta población.

A diferencia de los estudios previos que indican que el aprecio corporal incrementa con la edad, al comparar la estima corporal hacia partes y funciones corporales entre personas con discapacidad física de diferentes grupos de edad, se encontraron diferencias en el aprecio corporal hacia los brazos, la apariencia de los ojos, el deseo sexual, la salud y el apetito. En todos los casos, las personas es la etapa de vejez presentan puntuaciones más bajas. En cuanto la anchura de los hombros, las medidas en todos los grupos son diferentes. Asimismo, como era de esperarse, las personas que presentan la discapacidad física desde el nacimiento presentan mayor aprecio hacia los muslos, las piernas, las mejillas, los labios y las orejas y menor aprecio hacia los genitales. Probablemente esto se deba a que han vivido con la discapacidad a lo largo de su vida, por lo que han desarrollado otras fortalezas para afrontar esta situación desde edades tempranas.

Por otro lado, a diferencia de lo que se ha encontrado en otras muestras, no se encontraron diferencias en el aprecio corporal. Además, la puntuación obtenida es cercana al puntaje máximo, lo que puede indicar que las personas con discapacidad a valorar su cuerpo independientemente de las características físicas.

Imagen corporal en personas con discapacidad física

Sin embargo, los hallazgos en cuanto la estima corporal hacia algunas funciones o partes corporales sugieren la necesidad de implementar estrategias orientadas a fortalecer la estima corporal.

Conclusiones

- Las mujeres con discapacidad física tienen mayor estima corporal hacia los senos y la cara, que los hombres con discapacidad física.
- Las personas con discapacidad física en la etapa de la vejez puntúan más bajo en la estima corporal los brazos, la apariencia de los ojos, el deseo sexual, la salud y el apetito.
- Las personas que adquirieron la discapacidad física desde el nacimiento tienen mayor aprecio corporal hacia los muslos, las piernas, las mejillas, los labios y las orejas y, menor aprecio hacia los genitales.
- El aprecio corporal no difiere entre hombres y mujeres con discapacidad física, tampoco por grupos de edad ni por el momento en el que se adquirió la discapacidad.

Limitaciones y sugerencias

Evaluar a individuos con alguna discapacidad física representa diversos retos. Como ya se comentó, en nuestro contexto, este trabajo es una de las primeras aproximaciones que permiten comprender aspectos de la imagen corporal en personas con discapacidad; sin embargo, es necesario destacar las limitaciones en cuanto los instrumentos utilizados, debido a que estos han sido adaptados para su uso en muestras comunitarias. Futuras investigaciones deben sumar esfuerzos para contar con medidas apropiadas en esta población. Aunado a ello, el número reducido de la muestra no permite la generalización de los resultados. Se sugiere que futuros estudios contribuyan a ampliar este conocimiento.

Referencias

- Avalos, L., Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image, 2*, 285-297.
- Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Cuaderno del Marqués de San Adrián: *Revista de humanidades, 2*, 53-70.
- Bittar, R. G., Otero, S., Carter, H., & Aziz, T. Z. (2005). Deep brain stimulation for phantom limb pain. *Journal of Clinical Neuroscience, 12*(4), 399-404.
- Botero, P., & Londoño, C. (2015). Diseño y validación de un cuestionario de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física. *Revista Colombiana de Psicología, 1*(24), 219-233.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment_ Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 135-144.
- CareFirst. (5 de octubre del 2020). Amputación. <https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/testsprocedures/92,P09333>
- Carmit-Noa, S., & Neta, H. (2018). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Wiley, 26*, 77-86.
- Cash, T.F. (1991). Body image therapy: a program for self-directed change. *Nueva York*. Guilford.
- Cash, T. F., & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification, 11*, 487-521.
- Cash, T. F. (2000). Users' manuals for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, the Body-Image Ideals Questionnaire, the Appearance Schemas Inventory, the Situational Inventory of Body-Image Dysphoria, and the Appearance Schemas Inventory. (Available from the author at www.body-images.com). The scales, instructions, and psychometric information regarding these scales can be downloaded from the author's website.

- Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.* (2014): CIF.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). Discapacidad motriz. *Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. México: CONAFE.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014) *Notas de Población 99*: CEPAL.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Development and Validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 4(6), 485-494.
- Cromer, B. A., Enrile, B., McCoy, K., Gerhardstein, M. J., Fitzpatrick, M., & Judis, J. (1990). Knowledge, attitudes and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 602–610.
- Cruz-Saez, M., Salaberria, K., Rodríguez, S., & Echeburúa, E. (2012). Imagen corporal y realización de dietas: diferencias entre adolescentes españoles y latino americanas. *Universitas Psychologica*, 12(3), 609-708.
- Collado, H. (2013). Situación Mundial de la Discapacidad: OPS
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2014). Tipos de discapacidad más frecuente a nivel nacional: ENADID.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2018). Discapacidad: ENADID.
- Escoto, M. C., Cervantes-Luna., & Camacho, E. S. (2020). Cross-validation of the body appreciation scale-2: invariance across sex, body mass index, and age in Mexican adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-8.
- Escoto, M., Bosques-Brugada, L., Cervantes-Luna, B., Camacho, E., Díaz, I., & Rodríguez, G. (2016). Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 97-104.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.

- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Pisconcología*, 1(2-3), 169-180.
- Fisher, S. (1990). The Evolution of Psychological Concepts about de Body. En Cash, T., & Pruzinsky, T. *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 3-21): The Guilford Press.
- Flor, H., Elbert, T., Knecht, S., Wienbruch, C., Pantev, c., Birbaumer, N., Larbig, W., & Taub, E. (1995). Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Letters to nature*, 375(6531), 482-484.
- Franzoi, S. L, & Herzog, M. E. (1986). The Body Esteem Scale: A convergent and discriminant validity study. *Journal of PersonalityAssessment*, 50(1), 24-31.
- Franzoi, S., & Shields, S. (1984). The body esteem scale: multidimensional structure and sex differences in a College Population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.
- Gamba, A., Romano, M., & Grosso, I. (1992) Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer. *Head Neck*, 14, 218-23.
- Garner, D. M., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eating Disord*, 2, 15-35.
- Gayoso, J. (5 de agosto del 2020). Consecuencias Psicológicas de las Amputaciones.<http://www.guiadisc.com/wpcontent/uploads/2012/01/consecuencias-psicologicas-amputacion.pdf>
- Gentil, I. (2007). Percepción de la propia imagen corporal en personas con cojera. *Enferm* 16(56).
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Pineda, G., & Tafoya, S. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista mexicana de psicología*, 1(17), 89-99.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., & Liberal, A. (2004). El autoconcepto físico y su media. Las propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario. *Revista de Psicología del Deporte*, 13, 195-213.

- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (2nd ed.). Taylor y Francis or Routledge's.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2015). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (s/f). Clasificación de tipo de discapacidad-histórica: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (2014). La discapacidad en México, datos del 2014: INEGI.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ª. ed): McGraw-Hill.
- Herrera, C, E., & Vélez, B. (11 de octubre del 2020). Programa de ejercicios para el manejo de pacientes amputados transtibiales pre-protésicos y manejo del dolor fantasma. <http://www.efisioterapia.net>
- Hunter, J. P., Katz, J., & Davis, K. D. (2008). Stability of phantom limb phenomena after upper limb amputation: a longitudinal study. *Neuroscience*, 156(4), 939-949.
- Ledesma, J. (2008). *La imagen social de las personas con discapacidad: CINCA*
- Ledesma, R., Molina, G., & Valero, P. (2002). Análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámico. *Psico-USF*, 7(2), 143-152.
- Lemos, R. (2020). Discapacidad física adquirida, ¿Qué es y cómo es su proceso de asimilación? <http://www.20 minutos.es/noticia/4497794/0/discapacidad-adquirida/>. El día 23 de octubre del 2022
- La O, R., & Baryolo, A. (2 de octubre del 2020). Rehabilitación del amputado del miembro inferior. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionbio/manual de amputados .pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionbio/manual_de_amputados.pdf).
- López, M. D., Fernández, C., & Polo, M. T. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa*, 11(2), 99-111.

- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuaderno de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología*, 55(2), 199-223.
- Melegar, L. (1987). Por una cultura de minusvalía. *Revista informática científica y tecnológica*, 129.
- Mendoza, A., & Morales, J. (2010). *Propiedades psicométricas de la versión masculina del cuestionario de imagen corporal (BSQ-V)* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Ministerio de Educación Dirección de Calidad y Desarrollo Educativo. (2006). Manual de Atención a las Necesidades Educativas Especiales en el aula: DICADE.
- Ministerio de Educación. (2013). Discapacidad física y motora estudio de caso. Bolivia.
- Momm, W., & Ransom, R. (2001). Discapacidad y trabajo. En Mager, J. (Eds.), *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pp. 17- 17.40): Chantal Dufresne, BA.
- Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 22(2), 181-190.
- Mosquera, S., & Fernández, J. (2014). Modelo de imagen corporal y factores de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios en una población universitaria. *A coruña*, 61-77.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002) Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Murawski, B., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de Investigaciones, Secretaría de Investigaciones*, 16, 65-72.

- Neziroglu, F.A., & Yaryura-Tobias, J.A. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Organización de Estados Americanos. (2001). Clasificación internacional del Niño. La inclusión de la niñez con discapacidad: OEA.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Informe mundial sobre la discapacidad : OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). Discapacidad lo que debemos saber: OPS.
- Padilla-Muñoz, (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law. Revista colombiana de derecho internacional*, 16, 381-414.
- Petit, E. (2007). *Tratado elemental de derecho romano*. Porrúa.
- Kettl, P., Zarefoss, S., Jacoby, K., Garman, C., Hulse, C., Rowley, F., Corey, R., Sredy, M., Bixier, E., & Tyson, K. (1991). Female sexuality after spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 9(4), 287-295.
- Raich, R.M., Torras, J, & Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y si relación con el deporte en una muestra de estudiantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 604-624.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Ramírez, M. (2017). *Imagen corporal, satisfacción corporal, autoeficacia específicas y conductas de salud y riesgo para la mejora de la imagen corporal* [Tesis doctoral, Universidad de Granada, España].
- Restrepo, L., & González, J. (2007). De Pearson a spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192.

- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios, *Fundamentos en Unidades*, 4(7-8), 149-161.
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González-Arratia, N., & Unikel-Santoncini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 4(33), 325-332.
- Romeo, A., Wanlass, R., & Arenas, S. (1993). A profile of psychosexual functioning in males following spinal cord injury. *Sexuality and disability*, 11(4), 269-276.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Usasunaz*, 8, 171-183.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Sales, H. (2014). Discapacidad en México. *Carpeta de indicadores y tendencias sociales*, 27.
- Sarwer, D. (2002). Cosmetic surgery and changes in body image. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). Guilford Press.
- Sepúlveda, A., Botella, J., & León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Sepulveda, A., León, J., & Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15(1), 55-74.
- Smith, K., Lezzoni, L., Kilbridge, K., Pajolek, H., Ellicot, K., & Park, E. (2015). Body image perceptions among women with pre-existing physical disability who developed breast cancer: a qualitative exploration. *Clinica Correspondence*, 24, 1826-1829.
- Taleporos, G. & McCabe, M. P. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 19(2), 131-148.

- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002). Body image and physical disability-personal perspective. *Social Science & Medicine*, *54*, 971-980.
- Thompson, J. (1990). *Body Image Disturbance. Assessment and treatment*: Pergamon Press.
- Thompson, J. K., & Cafri, G. (2007). *The muscular ideal: Psychological, social and medical perspectives*: APA.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, *38*, 25-47.
- Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, *89*, 147-151.
- Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, *12*, 53-67.
- Unikel, C., Bojorquez, I., Carreño, S., & Caballero, A. (2006). Validación del eating disorder inventory en una muestra mexicana de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, *29*(2), 44-51.
- Vaquero-Cristobal, R., Alacid, F., Muyor, J., & López-Miñarro, P. (2013). Imagen Corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, *28*(1), 27-35.
- Vázquez, R., Alvarez, G., & Mancilla, J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencias de los modelos estéticos corporales. *Salud Mental*, *23*(6), 18-24.
- Vazquez, S. (2016). *Los amputados y su rehabilitación: un reto para el estado*, primera edición. *Academia Nacional de Medicina de México. Intersistemas S.A de C.V.*
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire [BSQ]. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *2*, 42-52.
- Velázquez, H., Vázquez, R., Mancilla, J., & Ruíz, A. (2014). Propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relatios Questionnaire. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *5*, 107-104.

- Verdugo, M., Vincent, C., Campo, M., & Jordan de Urries, B. (2001). Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante. *Servicios de información sobre la discapacidad*, 1-42
- Wolman, C., Resnick, M., Harris, L., & Blum, R. (1994). Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*, 15(3), 199–204.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 697-709.

Anexos

Escala de Estima Corporal (BES)

Instrucciones: se han enumerado una serie de partes y funciones del cuerpo. Por favor, lea cada inciso e indique cómo se siente acerca de la función de su propio cuerpo, utilizando la siguiente escala:

Partes y funciones del cuerpo	Tengo fuertes sentimientos negativos	Tengo sentimientos negativos moderados	No tengo sentimientos positivos ni negativos	Tengo sentimientos positivos moderados	Tengo fuertes sentimientos positivos
1. Olor corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apetito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nariz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Resistencia Física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Reflejos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Labios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fuerza muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cintura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nivel de energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Muslos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Orejas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bíceps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Barbilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estructura corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Coordinación corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nalgas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Agilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Imagen corporal en personas con discapacidad física

18. Anchura de los hombros.	<input type="radio"/>				
19. Brazos.	<input type="radio"/>				
20. Pecho.	<input type="radio"/>				
21. Aspecto de los ojos (forma, color).	<input type="radio"/>				
22. Mejillas.	<input type="radio"/>				
23. Caderas.	<input type="radio"/>				
24. Piernas.	<input type="radio"/>				
25. Figura o apariencia.	<input type="radio"/>				
26. Deseo sexual.	<input type="radio"/>				
27. Pies.	<input type="radio"/>				
28. Genitales.	<input type="radio"/>				
29. Aspecto del abdomen.	<input type="radio"/>				
30. Salud.	<input type="radio"/>				
31. Actividades sexuales.	<input type="radio"/>				
32. Vello corporal.	<input type="radio"/>				
33. Condición física.	<input type="radio"/>				
34. Cara.	<input type="radio"/>				
35. Peso.	<input type="radio"/>				

Escala de Aprecio Corporal (BAS)

Instrucciones: Para cada afirmación, elija la opción que considere más apropiada para usted.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Respeto mi cuerpo.					
2. Me siento bien con mi cuerpo.					
3. Siento que mi cuerpo tiene cualidades.					
4. Tengo una actitud positiva hacia mi cuerpo.					
5. Estoy atento/atenta a las necesidades de mi cuerpo.					
6. Siento amor por mi cuerpo.					
7. Aprecio mi cuerpo, porque es único y diferente.					
8. Mi comportamiento muestra la actitud positiva que tengo hacia mi cuerpo; por ejemplo, voy con la frente en alto y sonrío.					
9. Estoy a gusto con mi cuerpo.					

Imagen corporal en personas con discapacidad física

10. Siento que soy hermosa/guapo, aunque sea diferente a las imágenes de personas atractivas (por ejemplo, modelos, actrices/actores) que aparecen en los medios de comunicación.					
---	--	--	--	--	--