



---

**Revista**  
**WANCEULEN E.F. DIGITAL**

---

*Número 3 - Mayo 2007*

**ALTERACIONES EN LA AUTOPERCEPCIÓN Y  
PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN**

**José Luis Pastor Pradillo**

*Universidad de Alcalá*

[Tote.pastor@uah.es](mailto:Tote.pastor@uah.es)

---

**Resumen:** La elaboración de la autopercepción es imprescindible para organizar y ejecutar el comportamiento necesario para abordar la solución del problema adaptativo que representa la relación interactiva que se establece entre el Yo y el medio donde se ubica y del que son un componente fundamental los aspectos sociales. Cuando esta elaboración de la autopercepción se realiza de manera errónea la disfunción se traduce en una incorrecta valoración de los dos elementos de la ecuación adaptativa, el Yo y el medio, y como consecuencia se emite una respuesta conductual inadaptada.

Esta respuesta inadaptada o la misma autopercepción negativa pueden inducir un estado de frustración que fácilmente puede aportar a la respuesta un componente violento cuya expresión punitiva puede orientarse tanto en una dirección endógena como exógena. En cualquiera de los casos, tanto estos tipos de conducta como la organización perceptiva inadecuada presente en su base, requieren de un proceso de intervención que facilite una más adecuada socialización del individuo

*Palabras clave:* Motricidad. Intervención. Socialización. Autopercepción.

La violencia o el comportamiento violento, a menudo, es calificado más por su utilidad social que por su naturaleza. En consecuencia, la conducta violenta será considerada por cada sociedad como un valor o como un disvalor en función de otros intereses que, en todo caso, suelen estar más relacionados con los procesos de socialización o de integración en el grupo que con la moral. Por tanto, dependiendo de esta arbitraria calificación, para el villano o para el héroe regirán distintos criterios. Mientras que para el primero se procurará su reinserción social al segundo se le premiará con el reconocimiento social.

## 1. EL MITO DEL MONSTRUO DEL DR. FRANKSTEIN

Cuando el visionario científico abordó su proyecto de intervención para lograr fabricar un hombre perfecto e integrado socialmente no dudó en proveerle de aquel “cuerpo” que le permitiera los más eficaces comportamientos. Sin embargo, en su proyecto, quizá por su perspectiva exclusivamente quirúrgica, olvidó que al monstruo también le sería imprescindible la adquisición de un cierto conocimiento de sí mismo para poder establecer unas relaciones adecuadas con el mundo donde debería ubicarse y, especialmente, para poder integrarse en el grupo.

Lo que estaba destinado a convertirse en un hombre perfecto, al carecer de una estructura que le permitiera relacionar su desarrollo físico con la conducta, su identidad y la información endógena necesaria para valorarla, mutaría en un monstruo socialmente inadaptado y como consecuencia violento y homicida. Para algunos, lo que ilustra el argumento de la novela, es la vigencia de la teoría russoniana donde el buen salvaje es pervertido por la peligrosa influencia social. Para otros, evidencia la necesidad ineludible del proceso de educación que proporcione al individuo unos valores con los que gobernar el comportamiento y controlar sus pulsiones primarias, que le socialice y que le integre en el grupo.

Para los profesionales de la actividad física quizá sería una moraleja más adecuada el hacerles pensar que la forma, la apariencia corporal, cualquiera que sea la manera de adquirirla, solo es un factor dentro de un complejo unitario y global que, en todo caso, requiere de un criterio que le proporcione una significación concreta y le otorgue un determinado valor. Por tanto, no parece que el objetivo de su intervención deba limitarse tan solo a la plasticidad de la apariencia, de la forma corporal, ya que en esta consideración parcial pudiera estar el origen de algunas conductas inadaptadas. En consecuencia, limitar la aportación de la actividad motriz a este aspecto en los procesos de reinserción social es una decisión que no por ser habitual o propia del tópico tradicional dejará de ser errónea.

Victor E. Frankl (2003:136), desde una perspectiva antropológica, aporta otra interpretación de lo corporal que concibe como una posibilidad donde lo somático está abierto a lo psíquico y este a lo espiritual de tal manera que, el hombre, estará condicionado primariamente en su corporeidad, en su existencia corporal y en su modo de ser corporal donde el organismo se revela como el material que aguarda a ser conformado.

## **2. CORPORALIDAD, IMAGEN, CONDUCTA Y VIOLENCIA**

La conducta será inadaptada o su ejecutor requiere de una reinserción social cuando ambos se apartan o contravienen unos determinados ritos y de unos valores concretos que se integran en aquellos complejos desde los que se califican y legitiman los usos, las costumbres y, incluso, la legalidad de las conductas.

Entre las conductas que actualmente parecen suscitar una preocupación social más nítida se encuentran los comportamientos violentos cuyos fines no son admisibles para el código ético imperante por carecer de una utilidad que pueda considerarse imprescindible para la consecución de un bien social tan fundamental e irrenunciable, como puede ser la libertad, la democracia, la independencia nacional o la seguridad de las personas, por ejemplo, o porque sean ejercidos por personas o en circunstancias no legitimadas socialmente.

Sin embargo, la violencia es algo más complejo y escapa a límites descriptivos tan estrechos. Entendida por el Diccionario Espasa (2002:840) como la conducta o acción de utilizar la fuerza y la intimidación para conseguir algo, por extensión, esta acepción también podría incluir otros comportamientos que, como consecuencia de ciertos valores o metas muy concretas, fuerzan la aparición de determinados resultados o efectos, lo cual, a menudo, supone una conducta que no solo se aparta de los usos y costumbres sociales sino que también contradice los valores en que estas se sustentan.

En otras ocasiones, este conflicto adquiere mayor complejidad cuando una conducta orienta la violencia hacia la misma persona que la ejerce y su motivación constituye una contradicción con los valores vigentes en la sociedad.

A menudo esta circunstancia es resultado de un trastorno psicomotor al que Ajuriaguerra (1970) otorga un valor simbólico. Para J. Richard (2004:165) los trastornos del conocimiento del cuerpo se han de contemplar desde el punto de vista

de la organización cognitiva y de la capacidad de representación y, por tanto, la imagen del cuerpo puede ser afirmada o negada según el sujeto se muestre capaz, o no, de obtener de él una representación significativa investida según el valor que conscientemente se le de, o no, al cuerpo y a sus diversas partes.

Esta significación, en nuestro criterio se obtiene como consecuencia de la experiencia, también motriz, conseguida en la actuación del sujeto en el medio en que se ubica y a través de la cual adquiere una serie de valores o criterios que le permitirán organizar esta información en una imagen coherente y adquirir un conocimiento de sí mismo absolutamente necesario para organizar tanto la relación que ha de establecer como la conducta por medio de la cual se relaciona.

Quienes distinguen en la estructura del Yo aquel aspecto concreto que se definiría con la noción de "Yo corporal" también destacan, de manera radical, la importancia de "*lo corporal*" tanto para la elaboración del análisis de la situación que adaptativamente ha de resolverse (Yo-M) como para decidir la dirección de la respuesta adaptativa o elegir el recurso concreto que se emplea para expresar los sentimientos, para modificar el medio o para, asimilándolo, ajustar la respuesta a la disponibilidad conductual del sujeto.

En función de cual sea la motivación, la ejecución o el resultado de estas elecciones se emite una determinada conducta, un comportamiento que se calificara socialmente de adaptado o inadaptado en tanto en cuanto que se ajuste, o no, a unas formas de expresión, a una intencionalidad, a unos fines o, desde otra perspectiva, dependiendo de cual sea el carácter de la relación establecida entre el Yo y el medio.

Por tanto conviene evidenciar la interacción existente entre conducta y personalidad de tal manera que, admitiendo que la imagen corporal, la autopercepción, constituye un elemento fundamental y básico de ambas, explicar su papel cuando esta estructura esta alterada y, en su caso, analizar cuales son las posibilidades metodológicas que puede ofertar la experiencia motriz en un proceso de modificación de estas conductas y de reinserción social del sujeto que las realiza.

Aun teniendo en cuenta las diferencias conceptuales que cada sistema psicológico propone, nuestra tesis sostiene la trascendencia que para la socialización del sujeto supone lo que autores como J. Guimón (1999:19) denominan "*corporalidad*", término con el cual se pretende agrupar el conocimiento del cuerpo a través del esquema corporal, y su vivencia merced a la imagen corporal.

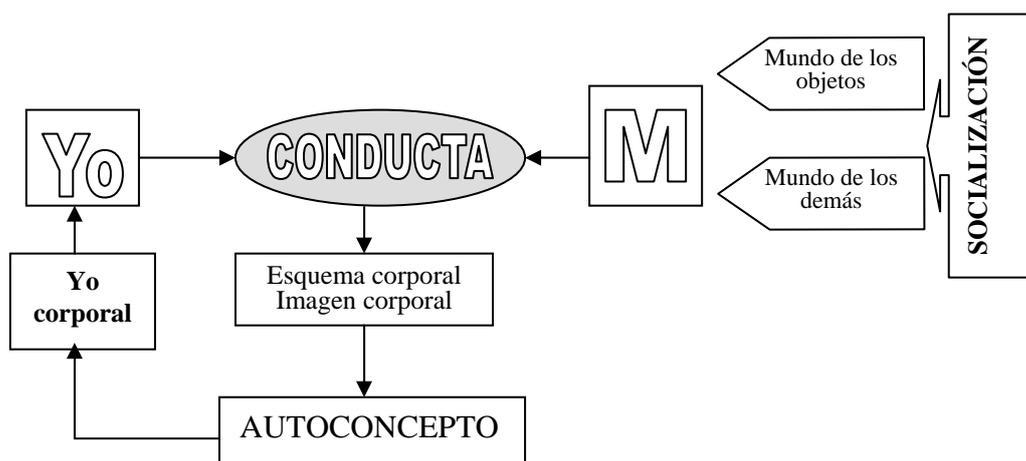
### 3. LA AUTOPERCEPCIÓN

Con este término, que premeditadamente hemos acuñado, de manera genérica y global, pretendemos referirnos a cuantas nociones intentan describir los diversos aspectos que integran ese complejo que define la naturaleza humana. Si bien cada una de ellas alude a una faceta del conocimiento o a una forma distinta de valoración de la corporalidad no todas nos parecen igualmente útiles para fundamentar y orientar una intervención desde la motricidad, especialmente cuando con ella se intenta corregir determinadas situaciones de inadaptación social o la modificación de conductas que no se ajustan a los procesos de socialización.

Nuestra tesis, en todo caso, se apoya en el convencimiento de que la conducta, contemplada desde una perspectiva homeostática, requiere la valoración previa de los dos elementos integrantes en la ecuación que describe una situación adaptativa: el organismo (el Yo) y el medio donde se ubica (M). Por tanto, considerando que es el individuo quien, mediante su Yo, se constituye como protagonista y ejecutor del comportamiento, nos parece indispensable que para diseñarlo y poder llevarlo a cabo posea un mínimo grado de percepción de sí mismo (Pastor, J.L., 2002)

### 3.1. El autoconcepto

Un individuo, como cualquier otro organismo, para responder a las variaciones o exigencias del medio necesita conocer cuales son sus posibilidades de actuación y cual es su verdadera realidad. Una autopercepción incorrecta induciría a respuestas conductuales erróneas. Este condicionante que representa la autopercepción aun resulta más decisivo para la conducta si tenemos en cuenta la circunstancia que supone que, generalmente, la información exógena que nos describe y da valor al medio (M) utiliza los resultados de la autopercepción como medida y patrón fundamental para su análisis y para atribuirle un determinado significado.



Aceptando este planteamiento, algunos autores creen conveniente resolver la autopercepción mediante la elaboración de un autoconcepto mientras que otros ven, en esta noción, un empobrecimiento nemótico que atribuyen a no haber elegido el “sí mismo”, el self.

Para F. Peñarrubia (2003:107) el autoconcepto consiste en solucionar interesadamente algunos aspectos de nuestra personalidad, identificándonos con ellos mostrándonos así de limitados y previsibles ante el mundo. No obstante, también resalta como, aunque la imagen resultante sea pobre y parcial, se percibe el mundo desde ella. El falso Yo de K. Horney, la “*imagen idealizada*”, equivaldría a lo mismo que Fritz Perls llamaba autoconcepto.

Pero cualquiera que sea la descripción que de la autopercepción se realice o la noción en que se quiera concretar este proceso cognitivo, generalmente se admite que es el resultado, en gran parte, de la experiencia conductual lo que permite abrir un amplio margen de posibilidades para emplearla como recurso metodológico eficaz en los procesos de intervención o de reinserción social.

Desde un enfoque fenomenológico, la conducta resulta siempre influenciada no solo por el pasado o por las experiencias presentes sino, también, por la significación subjetiva que cada sujeto atribuye a esas experiencias. Por tanto, para esta corriente, lo importante no es la realidad en sí misma (O-M) sino la percepción que de ella tiene cada persona (Wylie, R., 1961).

C. Rogers (1951:503), por su parte, afirmaría que esta percepción es selectiva tanto cuantitativamente como cualitativamente haciendo coincidir, en este planteamiento, a la psicología fenomenológica y a la cognitiva. Para ambas, la conducta sería el resultado de la percepción individual de una situación, no como es en realidad sino más bien como se manifiesta en el momento de ejecutarse, de tal manera que, como afirma R.B. Burns (1990:33), a este respecto podrían formularse tres afirmaciones:

- Lo percibido es la única realidad que para el perceptor puede guiar su conducta.
- Toda conducta surge de un campo total que no es el campo "real" sino aquel que individuo ve al comportarse.
- Todas las variables que determinan la dirección de la conducta se hallan en el espacio vital del individuo.

A este respecto Snygg y Combs (1949:15) ya sostenían con anterioridad que toda conducta es pertinente y determinada totalmente en función del campo fenoménico del organismo comportamental el cual comprende la totalidad de las experiencias de las que es consciente un sujeto en cualquier momento. Rogers (1951:136) establece que el Yo llega a ser un concepto formado a través del pensamiento reflexivo partiendo del material bruto de los perceptos. Su noción de autoconcepto estaría integrada por elementos como:

- Las percepciones de las características y habilidades de la persona.
- Perceptos y conceptos del Yo en relación a los otros y al mundo.
- Cualidades valorativas que se perciben como asociadas a las experiencias y a los objetos.
- Las metas e ideales a los que la persona atribuye un valor positivo o negativo.

De este planteamiento deriva una teoría que Rogers estructura en once postulados que, a nosotros, nos parecen ineludibles para diseñar cualquier estrategia de intervención que pretenda modificar el proceso de elaboración del autoconcepto. No obstante, por lo que a este trabajo interesa, consideraremos el autoconcepto como el conjunto de actitudes del Yo hacia sí mismo cuando por actitud se entiende la organización de creencias relativamente perdurable, en torno a un objeto o una situación que nos predispone a responder de una manera algo preferencial (Rokeach, M. 1968). Esta forma de concebir la actitud integraría, al menos, los siguientes componentes:

- Una creencia o conocimiento o componente cognitivo.
- Un componente afectivo o emocional.
- Una evaluación.
- Una predisposición a responder.

### 3.2. La autoestima

Otra noción que sin duda influirá en el comportamiento y que también forma parte del termino genérico de auto percepción es la “*autoestima*”. Diversos psicólogos como W. James, M. Mead o K. Horney han coincidido al describirla en función de la atribución aprendida de la valía propia. Rogers (1961) la concibe como una “*internalización*” de las actitudes que el sujeto percibe hacia él tanto si son propias como si proceden de los otros.

Para Coopergrmihl (1967) serían cuatro los factores que contribuyen al desarrollo de esta noción: tratamiento de otros significativos (los demás), historia de los éxitos, los valores y las aspiraciones y, finalmente, el estilo de defender la autoestima o respuesta al fracaso y a la crítica.

Muy cercano al autoconcepto estaría la noción de autoestima que propone D. Brisset (1972:255-63) la cual resultaría de dos procesos psicológicos claramente identificables: la autoevaluación y la autovaloración. Ambos procesos estarían referidos a tres aspectos principales:

- La autoimagen ideal o configuración de la persona como desearía ser.
- Interiorización de los juicios de la sociedad.
- El individuo autoevaluándose con relativo éxito o fracaso al hacer lo que su identidad le exige. La evaluación, por tanto, no se refiere a la intención sino al resultado de la conducta.

### 3.3. Elementos constitutivos del autoconcepto

No tenemos razones especiales para adoptar esta fórmula concreta de auto percepción que, en todo caso nos parece parcial. Sólo la mantendremos porque es la que con mayor frecuencia es utilizada por los autores que aportan algún tipo de análisis sobre la cuestión que nos ocupa.

Esta noción de autoconcepto, para Burns (1990:158) se nutriría con informaciones diversas pero, en todo caso, sería necesario garantizar su aportación en cualquier estrategia de intervención:

- La imagen corporal o valoración del yo físico como un objeto diferenciado.
- El lenguaje o habilidad para conceptualizar y verbalizar el yo y los otros.
- La interpretación de la información procedente del medio ambiente en relación a como el otro ve a la persona y a la forma en que se adapta socialmente según unos valores y unas normas.
- Identificación con el modelo sexual apropiado y con el estereotipo.
- Las prácticas de educación de los niños.

Para este autor, por tanto, la elaboración del autoconcepto sería el resultado de tres procesos de distinta naturaleza:

- La imagen del Yo corporal integrada, en primer lugar, por el esquema corporal o conocimiento derivado de las sensaciones y de las posiciones de los segmentos corporales y, en segundo lugar, por la imagen corporal o resultado de la evaluación del yo físico. El autoconcepto sería en principio imagen corporal o imagen evaluada del yo físico
- El lenguaje, que cumple distintas cometidos: sirve para distinguir el Yo del otro (mi, ellos, él, etc.); los símbolos del lenguaje constituyen la base de la evaluación del Yo; transmite información a los otros en relación al Yo y refleja el concepto y valoración de los demás; la función de comunicación que permite el lenguaje corporal.
- El feedback de las personas significativas (padres, maestros, otras personas, etc.) para reducir la inseguridad, identificar la inseguridad o para valorar.

A.T. Jersild (1952) ensaya un catálogo de contenidos o informaciones necesarias o posibles para construir el autoconcepto y que, siendo necesario que el sujeto las adquiera, pueden servir como inventario de donde extraer, según los casos, determinados objetivos específicos en una intervención encaminada a la reinserción social del sujeto:

- Características físicas (apariencia, dimensiones, rasgos morfológicos, etc.)
- Vestido y maquillaje
- Salud y condición física
- Posesiones y propiedades materiales
- Animales en general y domésticos y las actitudes desarrolladas hacia ellos
- Casa y relaciones familiares
- participación y habilidad en juegos y deportes
- Escuela: habilidades y actitudes hacia ella
- Status intelectual: inteligencia
- Talentos especiales y habilidades o intereses
- Rasgos de personalidad incluyendo temperamento, tendencias emocionales, carácter, etc.
- Actitudes y relaciones sociales
- Ideas, intereses, creencias y prácticas religiosas
- Manejo de asuntos prácticos, independencia y autoayuda.

#### **4. ALTERACIONES DE LA AUTOPERCEPCIÓN**

La hipótesis que formulamos inicialmente en este trabajo se refiere a las consecuencias que una defectuosa elaboración de la autopercepción puede producir en la conducta y, como consecuencia, en los procesos de socialización y adaptación al grupo de quien la ejecuta. Sin embargo, teniendo en cuenta la diversidad de nociones que pueden integrar el concepto de autopercepción, esta hipótesis inicial, o su aplicación metodológica, ha de ser matizada dependiendo de cual sea el ámbito desde el que se aborde su estudio o de cual sea el campo de aplicación donde se planea aplicar la intervención.

Si la autopercepción la referimos a la noción de esquema corporal también tendríamos que tener presente a pluralidad de significados que los distintos autores

atribuyen a este término. En ocasiones, aunque nosotros no creemos que sean equivalentes, se han asimilado como equivalente las nociones de esquema postural, imagen corporal, imagen de sí mismo, yo corporal o somatognosia. Nosotros, en cualquier caso, creemos que todas estas nociones poseen un carácter cognitivo y una capacidad representativa muy cercana a lo que Ajuriaguerra (1970) denomina “*presentificación*”.

Aceptando este carácter de organización cognitiva y de representación, Ana Gimeno-Bayón y Ramón Rosal (2004:225) estudian algunas de las alteraciones de la autopercepción de la corporalidad cuando su etiología se justifica en una pérdida de contacto parcial o total con las sensaciones evidenciando como su efecto más trascendente sitúa al individuo en el nivel más profundo de aislamiento respecto a la realidad, como ocurre con la hipoestesia generalizadas tan características de la anorexia o las funcionales como pueden ser, por ejemplo, los casos de ceguera histórica.

Por tanto, centrándonos en el ámbito que interesa a este trabajo, la corporalidad, conviene destacar lo que estos autores denominan “*bloqueo interno corporal funcional*” o bloqueo de parte de las sensaciones cuando estas acuden a una zona corporal que está insensibilizada, lo que con anterioridad había calificado W. Reich (1986), en 1949, de “*corazas musculares*”, originadas a partir de situaciones infantiles de tensión emocional inexpresada y que, al retener el movimiento expresivo y exteriorizador, bloquea los músculos y retiene en ellos la energía como si la congelara.

Según Gimeno-Bayón y Rosal, la distorsión se constituye en un filtro al servicio de la confirmación del marco de referencia. Con ellas se trata de eliminar del campo de la atención aquellos aspectos que ponen en peligro al autoconcepto o las expectativas que tenemos respecto a los demás. Ese marco de referencia, construido en base a experiencias vividas, genera unos sistemas de comportamiento que le son funcionales en relación a esas conclusiones. La distorsión permite reconducir la situación a un terreno conocido y, por tanto, seguro y a veces dolorosamente manipulable.

La imagen corporal es una estructura psíquica que incluye la representación inconsciente y consciente del cuerpo en tres posibles registros distintos (Zuckerfeld, 1979): de la forma o figura, del contenido o interioridad y del significado. El mismo autor (Zuckerfeld, 1996:178-187), sostiene la importante relación existente entre la imagen corporal, la autoestima y la identidad. Este nexo, sin duda, reviste una importancia fundamental en cualquier estrategia de intervención o de reinserción social. Quizá por eso, desde este postulado propone distinguir tres tipos de perturbaciones: perceptual, cognitivo-emocional y de tipo social.

Con relación a la dimensión donde se sitúan las perturbaciones de tipo social, que son las que ahora nos interesan, los trastornos de la imagen corporal permiten su análisis desde una perspectiva etiológica pues se trata de los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena.

En consecuencia, la perturbación de la imagen corporal estaría presente en la base de muchas de las disfunciones y patologías que interesan la conducta, y como consecuencia el comportamiento, generando así conductas inadaptadas socialmente

que, a menudo, pueden manifestarse con un componente violento o de naturaleza punitiva que podría orientarse tanto hacia fuera como hacia el mismo sujeto.

## 5. TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL Y DE LA CONDUCTA

Cualquiera que sea la noción que elijamos para concretar la autopercepción es conveniente analizar las distintas teorías que se proponen para explicar los trastornos de la imagen corporal en la medida en que revelan los múltiples componentes que pueden intervenir en este proceso. Las causas o las dinámicas de estas perturbaciones pueden ser de naturaleza diversa (Raich, R.M., 2000:82 y ss.):

- Teoría sociocultural que considera la intervención de ideales estéticos impuestos socialmente.
- Teoría de la discrepancia que entre el Yo real y el Yo ideal que genera insatisfacción corporal.
- Teoría del ajuste adaptativo según la cual la imagen corporal está dotada de cierta estabilidad por o que los cambios no se incorporan inmediatamente persistiendo durante cierto tiempo a representación mental anterior.
- Hipótesis de la sensibilización anormal o proyección a nivel perceptual de la preocupación por ciertos rasgos.
- Hipótesis del artefacto perceptual que intenta explicar los fenómenos de sobrestimación obtenida en pruebas y evaluaciones.
- Modelo de Williamson (1991) que relaciona la distorsión perceptual del tamaño, la preferencia por la delgadez y la insatisfacción corporal

Pero quizá, de cuantos efectos puede producir una errónea autopercepción, aquí nos interesa destacar especialmente aquellas que generan una insatisfacción corporal, comodemostró Hilde Bruch (1962), siendo la primera en inferir que una alteración de la imagen corporal, y no la malnutrición, era la causa básica y de origen de las anorexias nerviosas.

Convencidos de que el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su valoración subjetiva, la discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal, es lo que constituye el inicio de muchas disfunciones conductuales, Myers y Biocca, en 1992, proponen una modificación de la llamada “teoría del autoesquema” elaborada por Markus (1977) para explicar así como se asimilan los mensajes y los valores transmitidos por los medios de comunicación y como estos influían posteriormente sobre el sentido del Yo. Otros autores como Odgen (2003) actualmente proponen que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias:

- Cuando hay una distorsión de la imagen corporal (creo que soy más gordo de lo que soy).
- Cuando existe discrepancia respecto del cuerpo ideal (creo que soy más gordo de lo que me gustaría ser).
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo (no me gusta mi cuerpo).

La relación de los trastornos de la imagen corporal con la actividad física es de naturaleza aparentemente paradójica. Un estudio americano (Wiseman, 1992) ha desvelado como, desde la década de los años 80, el número de actividades físicas utilizadas como procedimiento de adelgazar publicados en revistas femeninas ha superado el número de los artículos dedicados a las dietas hipocalóricas.

Esta evidente asociación entre la actividad física y la insatisfacción corporal es tan íntima que ya se considera el segundo predictor para detectar problemas de alimentación (Wichstrom, L., 1995). Por tanto, tampoco deberá extrañar que estas conductas inadaptadas puedan incluir un amplio repertorio que finalmente se manifieste con trascendencia social y con carácter punitivo o violento cualquiera que sea la dirección que las oriente.

## 6. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

Para R. Zukerfeld (1996:40) el objetivo general que ha de presidir una intervención terapéutica dirigida a la imagen corporal sería la reparación de los déficits de la estructura del self entendido como organización del pensamiento y de los impulsos. El desarrollo yoico implicaría lograr un contacto adecuado con la realidad, la mejora de los trastornos cognitivos, y en particular los pensamientos automáticos descritos por Beck (1976), la mejoría de la imagen corporal y la actitud hacia la sexualidad.

Por otra parte, Rogers (1959) nos propone otros principios fundamentales para el diseño de una estrategia metodológica de intervención como son:

- El hombre vive esencialmente en su propio mundo personal y subjetivo.
- El autoconcepto, que es la organización de la percepción del yo, se convierte en el determinante más significativo de la respuesta al medio ambiente.
- El autoconcepto es la forma en que la persona se percibe y se experimenta.
- La perturbación de la personalidad se caracteriza por ser un yo ideal sin base real y/o por la incongruencia existente entre el autoconcepto y el yo ideal.

La Terapia Gestalt sugiere que las actividades se constituyan en un tipo de experiencias donde los aspectos cognitivos se completen hasta otorgar una mínima capacidad de significación. Precisamente por esto es por lo que Fritz Perls (1978) advertía contra el moralismo impuesto desde fuera al mismo tiempo que recomendaba aquel otro que calificaba de "*organísmico o intrínseco*". El tipo de experiencias que propone, el "*darse cuenta*" o awareness, requiere tomar conciencia, percatarse focalizando, una forma de vivenciar que Yontef (1995:171) describe como el proceso de estar en contacto, alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensorio-motor, emocional, cognitivo y energético.

El Focusing de Gedlin es un método que igualmente recurre a resortes muy semejantes (Siems, 2002) para construir las actividades de su propuesta de intervención. Utiliza también la vivencia y el enfoque corporal o proceso activo, dinámico, de enfocar, focalizar o poner bajo el foco determinadas sensaciones y sentimientos y, al mismo tiempo, descubrir los significados implícitos de nuestra experiencia. Con esta técnica se intenta entrar en contacto con una forma de vivencia, la *“felt sense”* o *“sensación sentida”*, que se encuentra detrás de las palabras, las imágenes, las sensaciones corporales y las emociones.

Con relación a la finalidad del proceso de intervención, R.M. Raich (2000: 148) propone como objetivo general y final que la persona aprenda a verse con mayor objetividad, a sentir menor malestar, a pensar favorablemente de sí y a comportarse de acuerdo con una manera más gratificante de verse.

A este respecto Rosen y Cash, como guía para diseñar las líneas básicas de un proceso de intervención en trastornos de la imagen corporal, recuerdan que han de ser atendidos sus tres grandes componentes: el aspecto perceptivo o representación mental del cuerpo; el aspecto cognitivo-afectivo o pensamientos y valoraciones del cuerpo, creencias y actitudes; y el aspecto conductual o comportamientos y conductas de acuerdo con los pensamientos y valoraciones.

Todas estas orientaciones metodológicas sugieren, de manera más específica, la posibilidad de perseguir en el proceso de intervención los siguientes objetivos:

- Entrenamiento en percepción corporal.
- Desensibilización sistemática.
- Reestructuración cognitiva.
- Exposición a situaciones que producen malestar y a las conductas de evitación.
- Exposición con prevención de respuesta para la eliminación de los rituales de comprobación del cuerpo.
- Prevención de recaídas mediante pensamientos racionales, técnicas de relajación, etc.

## 7. CONCLUSIÓN

Como indicábamos al principio, la autopercepción admite una concreción diversa a través de distintas nociones de las cuales aquí nos hemos referido solo a algunas. Sin embargo, al no ser equivalente sus significados, nunca sería inocua la elección aleatoria de una de ellas aunque, en cualquier caso, en todas podamos detectar perturbaciones o trastornos.

De manera genérica nos hemos referido a dos nociones muy concretas: al autoconcepto, que la mayoría de los autores identificaban con la imagen del cuerpo, y a la autoestima, considerada como origen o consecuencia de una errónea elaboración de la autopercepción. La primera noción tendría un componente más sensorial y perceptivo mientras que la segunda sería la consecuencia de un proceso cognitivo-

afectivo sustentado en unos referentes o valores capaces de otorgar a la percepción un significado y una calificación.

En nuestra propuesta, una vez evaluados todos estos aspectos, coincidimos con J. Boyd y M. Greiger cuando desaconsejan el fomento de la autoestima (Ellis y Greiger. 1990:169). Como estos autores, nosotros preferimos desarrollar la noción de “*autoaceptación*” que entendemos también como la aceptación que realiza el sujeto de sí mismo, de manera total e incondicionalmente, con independencia de su comportamiento o de la aceptación de los demás.

Así evitaríamos los procesos de autoevaluación y sobre todo impediríamos que el proceso de intervención diera acceso, desde la autoaceptación y la valoración de los rasgos, a la autoestima y a la autoevaluación. Preferimos la autoaceptación porque, para elaborar esta noción, se siguen las reglas de la evidencia científica, no impide lograr metas básicas, porque facilita las metas y porque no acarrea los problemas emocionales a los que, antes o después, conduce la autoestima.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AJURIAGUERRA, J. DE (1970). *Manual de Psychiatrie de l'enfant*. París: Masson.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BRISSET, D. (1972). “Toward a clarification of self esteem”. *Psychiatry*. 35: 255-63.
- BRUCH, HILDE. (1962). “Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa”, *Psychosom Med*, 24: 187-194.
- BURNS, R.B. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ediciones EGA.
- COOPERSMILH, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- *Diccionario de la Lengua Española* (2003). Madrid: Espasa.
- ELLIS, A. y GREIGER, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, vol. 2. Bilbao: Desclèe de Brouwer.
- FRANKL, VÍCTOR E. (2003). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.
- GIMENO-BAYÓN, ANA y ROSAL, RAMÓN (2004). *Psicoterapia integrada humanista*. Bilbao: Desclèe de Brouwer.
- GUIMÓN, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- JERSILD, A.T. (1952). *In search of self*. New York: Bureau of Publications.
- MARKUS, H. (1977). “Self-cschema and processing information about the self”, *J. Person Social Psychol*, 35, 63-67.
- ODGEN, J. (2003). *The psychology of eating*. Oxford: Blackwell.
- PASTOR PRADILLO, JOSÉ LUIS (2002). *Fundamentación conceptual para una intervención psicomotriz en Educación Física*. Barcelona: INDE
- PEÑARRUVIA, FRANCISCO (2003). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza ed.
- PERLS, FRITZ (1978). Moralidad, límite del ego y agresión. En STEVENS, J.O. *Esto es Gestalt*. Chile: Cuato Vientos.
- RAICH, ROSA MARIA (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide.
- RAICH, ROSA MARÍA (2000). *Imagen corporal*. Madrid: Pirámide.
- REICH, W. (1986). *Análisis del carácter*, Buenos Aires: Psidós, (3ª edición).

- RICHARD, J. (2004). Madrid: Dossat-2000.
- ROGERS, C. (1959). A theory of therapy personality and interpersonal relations hips as developed in the client-centered framework. En KOCH, S. (ed.). *Psychology: A study of a sciencie*, vol. 3. New York: McGraw-Hill, p. 191 y ss.
- ROGERS, C.R. (1951). *Client centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROKEACH, M. The nature of attitudes. En *International Encyclopedia of the Social Sciencies*, Vol. 1. London: Macmillan.
- SIEMS, MARTÍN (2002). *Focusin como método de autoconocimiento*. Bilbao: Mensajero, (3ª ed.).
- SNYGG, D. y COMBS, A.W. (1949). *Individual behavior: A new frame of reference for Psichology*. New York: Hasper.
- TORO, JOSEP (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- WEYLIE, R. (1961). *The self concept*. Lincoln: University Nebraska Press.
- WICHSTROM, L. (1995). "Social, psychological and physical correlates of eating problems: A study of the general adolescent populations in Vnorway", *Psychol Med*, 25: 567-579.
- WILLIAMSON, D.A.; DAVIS, C.J. y otros (1991). *Assesment of eating disorders: Obesity, Anorexia & Bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- WISEMAN y otros (1992). "Cultural expectations of thinness in women: and update", *Int. J. Eat Disord*, 11: 85-89.
- YONTEF, G. (1995). *Proceso y Dialogo en Psicoterapia Gestaltiana*. Chile: Cuatri vientos.
- ZUKERFELD, RUBÉN (1979). *Psicoterapia y obesidad*. Buenos Aires: Letra viva.
- ZUKERFELD, RUBÉN (1996). *Acto bulímico y tercera tópica*. Buenos Aires; Paidós (2ª ed.).