

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Universidad de Oviedo

Máster de Psicología General Sanitaria

2024-2025

Percepción y Satisfacción con la Imagen Corporal en Personas con Discapacidad
Intelectual: una Revisión Sistemática

BENJAMÍN CASTRO RAYA

Oviedo, enero 2025

Resumen

Antecedentes. Este trabajo aborda la percepción y satisfacción de la imagen corporal en personas con discapacidad intelectual (DI), un área poco investigada en comparación con la población general. Factores como el estigma social y las limitaciones cognitivas influyen considerablemente en cómo perciben sus cuerpos. *Método.* Se realizó una revisión sistemática, siguiendo las directrices PRISMA, que incluyó 13 estudios de un total de 293 inicialmente identificados en las bases de datos Web of Science, PubMed, PsycInfo y Scopus. *Resultados.* Los resultados indican que las personas con DI tienden a subestimar su peso y tamaño corporal, con una mayor insatisfacción entre las mujeres. La obesidad, las influencias sociales y los factores emocionales desempeñan roles fundamentales en la percepción corporal. Programas de intervención, como actividades físicas adaptadas, mostraron efectos positivos en la percepción de la imagen corporal. *Conclusión.* Se concluye que se necesita más investigación y que las intervenciones deben considerar los contextos sociales, emocionales y cognitivos para mejorar la percepción corporal y reducir el impacto negativo del estigma.

Palabras clave: discapacidad intelectual, imagen corporal, percepción, estigma, satisfacción.

Abstract

Background. This study addresses the perception and satisfaction with body image in individuals with intellectual disability (ID), an area that has been under-researched compared to the general population. Factors such as social stigma, and cognitive limitations significantly influence how they perceive their bodies. *Method.* A systematic review was conducted following PRISMA guidelines, including 13 studies out of a total of 293 initially identified in the Web of Science, PubMed, PsycInfo, and Scopus databases. *Results.* The findings indicate that individuals with ID tend to underestimate their weight and body size, with higher dissatisfaction among women. Obesity, social influences, and emotional factors play fundamental roles in body perception. Intervention programmes, such as adapted physical activities, showed positive effects on body image perception. *Conclusion.* It is concluded that more research is needed and that interventions should consider social, emotional, and cognitive contexts to improve body perception and reduce the negative impact of stigma.

Keywords: intellectual disability, body image, perception, stigma, satisfaction.

Percepción y Satisfacción con la Imagen Corporal en Personas con Discapacidad Intelectual: una Revisión Sistemática

La prevalencia de personas con discapacidad intelectual (DI) en España asciende a 268.633 individuos reconocidos oficialmente con un grado igual o superior al 33%, según datos recopilados por Plena Inclusión e IMSERSO en 2015. Este grupo representa aproximadamente el 9% del total de personas con discapacidad reconocida en el país, sin incluir aquellos casos en los que la DI no ha sido identificada o registrada formalmente (Plena Inclusión, 2015, 2024). Aproximadamente, 1 de cada 100 personas en la población española presenta algún tipo de DI o del desarrollo (Plena Inclusión, 2024).

El concepto y la terminología empleada para describir la DI han experimentado una notable evolución a lo largo del tiempo. Se ha pasado de términos como "retraso mental" (Schalock et al., 2007) a expresiones algo menos peyorativas como "trastorno del desarrollo intelectual" (American Psychiatric Association, 2013). No obstante, los elementos fundamentales que definen la DI han permanecido constantes en las últimas seis décadas. Estos incluyen limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, dificultades en la conducta adaptativa y un inicio que se manifiesta durante el período de desarrollo (Schalock et al., 2021).

La definición actual de DI está liderada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Según esta organización, la DI se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, las cuales se expresan en habilidades prácticas, sociales y conceptuales necesarias para la vida diaria, y que se presentan antes de los 22 años. A diferencia de enfoques diagnósticos biomédicos clásicos, como los propuestos en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) y la CIE-11 (World Health Organization, 2018), que clasifican los déficits en función de categorías (leve, moderado, severo, profundo), la definición de la AAIDD considera la discapacidad como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno físico, social y actitudinal (Gómez & Navas, 2021). Este enfoque propone una clasificación basada en

la necesidad e intensidad de apoyos requeridos por la persona: intermitentes, limitados, extensos o generalizados (Tassé et al., 2016; Ungurean & Cuza, 2021).

Este enfoque es crucial no solo para el diagnóstico, sino también para comprender las necesidades de apoyo de las personas con DI, destacando la interacción dinámica entre la persona y su entorno (Tassé et al., 2016; Ungurean & Cuza, 2021). Además, los criterios diagnósticos contemporáneos, como los descritos por la AAIDD y el DSM-5-TR, enfatizan la importancia de evaluar tanto el funcionamiento intelectual como la conducta adaptativa, considerando el impacto funcional dentro de los contextos culturales y ambientales de cada individuo (Horvat et al., 2019; Tassé et al., 2016). También es importante señalar que los entornos en los que se desenvuelven las personas con DI pueden actuar tanto como facilitadores como limitadores de su desarrollo. Estos efectos dependen de la existencia de barreras o apoyos que puedan influir en su bienestar y autonomía (Gómez & Navas, 2021).

Entre estas barreras destaca el fenómeno del "eclipsamiento diagnóstico", descrito por Reiss et al. (1982). Este fenómeno ocurre cuando los profesionales de la salud atribuyen erróneamente síntomas físicos o mentales a la DI, sin reconocerlos como problemas de salud diferenciados, lo que resulta en diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y un acceso limitado a atención especializada (Javaid et al., 2019; Watkins & Colgate, 2016). Esta situación se ve agravada por el estigma asociado con la DI, que puede influir negativamente en la percepción y valoración de sí mismos por parte de los individuos (Pelleboer-Gunnink et al., 2019).

En el ámbito de la salud mental, el eclipsamiento diagnóstico puede tener consecuencias graves. Las personas con DI sufren a menudo situaciones de mayor vulnerabilidad para presentar trastornos psiquiátricos (Mazza et al., 2019), que a menudo no son reconocidos debido a dicho efecto (Görmez et al., 2020). Por ejemplo, los síntomas de depresión pueden ser incorrectamente atribuidos a la DI, lo que impide intervenciones efectivas y oportunas (Walton & Kerr, 2015). No obstante, también es cierto que una reciente revisión sistemática evidenció que, aunque el eclipsamiento diagnóstico es ampliamente reconocido, un tercio de los estudios revisados no encontró evidencia concluyente de su prevalencia universal, lo que sugiere que el fenómeno puede variar en función de factores contextuales y metodológicos (Dell'Armo & Tassé,

2024). De hecho, en la actualidad se ha identificado una tendencia opuesta en ciertos contextos, conocida como sobrepatalogización, en la que los profesionales diagnostican trastornos psiquiátricos en exceso debido a la interpretación errónea de comportamientos típicos de la DI como patologías (Dell'Armo & Tassé, 2024). En este sentido, tanto el efecto eclipsador de la discapacidad como la psicopatologización excesiva pueden tener consecuencias devastadoras para la calidad de vida de las personas con DI, generando diagnósticos erróneos o excesivos que perpetúan desigualdades y limitan su acceso a una atención adecuada (Gómez & Navas, 2021).

Dentro del ámbito de la salud mental, el estudio de la imagen corporal ha adquirido una relevancia creciente en la sociedad contemporánea, especialmente en el contexto de los cambios culturales y tecnológicos. Según Fiske et al. (2014), la prevalencia de insatisfacción corporal afecta al 72% de las mujeres y al 61% de los hombres en la población general, reflejando una problemática generalizada. Diversos canales, en particular las redes sociales, han promovido un ideal estético que rara vez coincide con las características corporales de la mayoría de las personas. Este entorno contribuye a exacerbar la insatisfacción corporal y fomenta la aparición de trastornos de salud mental como la anorexia, la bulimia y el trastorno dismórfico corporal (Taleporos & McCabe, 2002).

La imagen corporal es un constructo amplio y complejo, íntimamente relacionado con la percepción y las emociones que se experimentan hacia el propio cuerpo. Veale y Neziroglu (2010) la definen como una parte integral de la identidad y la autoconsciencia, percibiéndose especialmente a través de interacciones cotidianas como mirarse al espejo o tocar la piel. Este concepto incluye tanto aspectos perceptivos como afectivos y se conecta estrechamente con el autoconcepto y la autoestima corporal. Según Rodríguez-Testal (2013), la autoestima corporal combina lo que se piensa y siente respecto al propio cuerpo, en interacción con los ideales estéticos impuestos por la sociedad, lo que puede generar conflictos y afectar la autoevaluación personal.

En términos generales, la imagen corporal puede describirse como la percepción, las emociones y los pensamientos que un individuo tiene sobre su propio cuerpo, especialmente en relación con su apariencia (Jakatdar et al., 2006; Pruzinsky & Cash, 2002). La presión para cumplir con ideales de belleza inalcanzables puede conducir a

insatisfacción y alteraciones en la percepción corporal. Estas alteraciones se caracterizan por sentimientos de vergüenza, autopercepción de falta de atractivo e incluso rechazo hacia el propio cuerpo (Gilbert & Miles, 2002).

En cuanto a la trayectoria de este constructo, según Rodríguez-Testal (2013), las primeras investigaciones sobre la imagen corporal se enfocaron en su componente perceptivo. El concepto de esquema corporal se considera un antecedente fundamental de la imagen corporal actual (Pruzinsky & Cash, 2002), con origen en estudios neuropatológicos sobre fenómenos como el miembro fantasma y la anosognosia (Cash, 2004). Paul Schilder (1935/1950), en *The Image and Appearance of the Human Body*, integró componentes neurológicos, psicológicos y socioculturales al análisis de la apariencia e imagen corporal, definiendo el esquema corporal como la representación mental de nuestro cuerpo, caracterizada como una Gestalt que incluye aspectos libidinales, emocionales y subconscientes. Thomas Szasz (1957) amplió esta visión al vincular la imagen corporal con el funcionamiento emocional y del yo, y Marino Pérez (2012) destacó que el esquema corporal refleja la forma integrada, natural e idiosincrática en la que funciona el cuerpo, definiéndolo como "el cuerpo como sujeto" (citado en Rodríguez-Testal, 2013, p. 26).

Esta combinación de procesos cognitivos y emocionales que conforman la imagen corporal, en constante evolución, ha llevado a que términos como satisfacción con el peso, percepción precisa de la talla, satisfacción corporal o con la apariencia se utilicen a menudo como sinónimos. Esto ocurre porque la experiencia corporal abarca una amplia variedad de aspectos que se entrelazan y se superponen (Rodríguez-Testal, 2013, p. 26).

La aportación de Tomas F. Cash a partir de los años noventa define la multidimensionalidad del concepto y extiende las áreas en las que ha de estudiarse su posible alteración para no limitarla a los trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera, además del componente perceptivo, interviene una variedad de procesos cognitivos y conductas, más un componente esencialmente emocional. También, las presiones de familiares, de iguales y de medios de comunicación favorecen una internalización de los estándares de atractivo inalcanzables (y el desarrollo de los

autoesquemas de la apariencia) junto con la sobrevaloración del ideal de belleza, ocasionando, entonces sí, la insatisfacción corporal (Espinoza et al., 2010).

La influencia de las redes sociales resulta particularmente significativa, ya que estas plataformas tienden a amplificar los estereotipos de belleza mediante la exposición continua a imágenes de cuerpos que se ajustan a estándares idealizados y frecuentemente inalcanzables. Este fenómeno fomenta comparaciones sociales poco realistas que afectan negativamente la percepción corporal individual (Linnane & Rayner-Smith, 2022). Además, se ha reconocido que el uso de redes sociales impacta negativamente la imagen corporal en la población general (Holland & Tiggemann, 2016). Caton y Chapman (2016) realizaron una revisión sistemática sobre el uso de redes sociales por personas con DI, destacando tanto beneficios, como la mejora en la autoestima y las relaciones sociales, como barreras significativas, tales como preocupaciones de seguridad, limitaciones en habilidades de comunicación y problemas de accesibilidad. Sin embargo, los autores concluyen que la investigación en esta población es aún limitada.

De hecho, existen importantes brechas en la literatura científica respecto a la investigación sobre imagen corporal y trastornos alimentarios en personas con DI. Aunque estos temas han sido ampliamente estudiados en población general, las investigaciones enfocadas en DI son notablemente escasas. Una búsqueda en bases de datos académicas reveló 14,967 resultados para "imagen corporal" y 28,185 para "trastornos alimentarios", pero solo 32 y 209, respectivamente, al incluir el término "discapacidad intelectual" (Linnane & Rayner-Smith, 2022). La necesidad de avanzar en este campo ha sido destacada como una prioridad por diversos autores (Bucciare & Reel, 2009; Cash & Smolak, 2011; Eden & Randle-Phillips, 2017).

Algunas investigaciones sugieren que las personas con DI presentan distorsiones en la percepción de su cuerpo, especialmente en programas de pérdida de peso, donde se ha observado una marcada subestimación de su propio peso. Estas personas tienden a identificarse con formas corporales más delgadas tras intervenciones específicas (Ayaso-Maneiro et al., 2014; Reel et al., 2013). Las características perceptuales de las personas con DI incluyen limitaciones significativas en la interpretación y procesamiento de información sensorial, cuyo grado varía según el nivel de

discapacidad y la coexistencia de otras condiciones. Estas limitaciones refuerzan la necesidad de un análisis exhaustivo de sus implicaciones (Muñoz-Ruata et al., 2010). Investigaciones como la de Brener et al. (2004) sugieren que las personas con DI basan su percepción corporal en estándares distintos de los observados en la población general. Por ejemplo, estudios clásicos como el de Shontz (1963) evidencian discrepancias significativas en la cognición corporal en esta población, con una tendencia a subestimar el tamaño de las partes del cuerpo en comparación con individuos sin discapacidad.

En particular, se ha encontrado que personas con síndrome de Williams y síndrome de Prader-Willi, ambos asociados a fenotipos de obesidad definidos, presentan mayores probabilidades de desarrollar autoconceptos físicos erróneos. Estas personas experimentan una discrepancia considerable entre la imagen corporal con la que más se identifican y sus valores reales de índice de masa corporal (Napolitano et al., 2010; Plesa-Skwerer et al., 2004; Weiss et al., 2003). Estudios recientes refuerzan que las personas con DI tienen conciencia de su imagen corporal, aunque perciben y categorizan su peso de manera diferente (Pan et al., 2018). Asimismo, las mujeres con DI reportan percepciones corporales más negativas en comparación con los hombres, lo que resalta diferencias de género en la autopercepción física (Mañano et al., 2016; Reel et al., 2013).

El entorno social también desempeña un papel importante en la percepción y valoración corporal en personas con DI. Sin embargo, los estudios que analizan cómo los comentarios externos y las experiencias sociales influyen en la autoimagen son limitados, lo que dificulta el diseño de estrategias de apoyo efectivas para mejorar la autoestima y el bienestar de esta población (Eden & Randle-Phillips, 2017). En términos generales, las personas con DI suelen mostrar niveles moderados de autoestima, pero esta es altamente sensible al contexto. Las comparaciones sociales negativas, especialmente en situaciones de estigmatización, afectan adversamente la autoestima, generando impactos emocionales significativos (Stanković & Milačić-Vidojević, 2014). No obstante, el apoyo social percibido puede contrarrestar las experiencias negativas, promoviendo una autoestima más positiva mediante la validación emocional y la inclusión en entornos seguros (Davies et al., 2020).

En términos específicos, el autoconcepto en personas con DI tiende a ser más positivo en áreas como las relaciones sociales o familiares, mientras que es menos favorable en dominios relacionados con competencias académicas o cognitivas. Esto se debe a las limitaciones percibidas al compararse con sus pares sin DI (Li et al., 2006). Por otro lado, algunas personas con DI emplean estrategias adaptativas al compararse con grupos de referencia inmediatos, en lugar de con la población general. Este mecanismo les permite mantener una percepción positiva de sí mismas y proteger su autoconcepto frente a desafíos externos (Dagnan & Sandhu, 2001).

Los factores internos y externos influyen significativamente en la formación del autoconcepto. Entre los factores internos, la percepción de control sobre las acciones y la autoaceptación emergen como elementos clave para un desarrollo positivo del autoconcepto. Las personas que perciben un mayor control muestran una visión más favorable de sí mismas (Falk & Sansour, 2024). En cuanto a los factores externos, las actitudes sociales, las oportunidades educativas y laborales, así como el apoyo familiar, juegan un papel crucial. La participación en actividades sociales inclusivas también contribuye sustancialmente a un autoconcepto equilibrado y positivo (Li et al., 2006).

Sin embargo, la estigmatización a menudo afecta negativamente a las personas con DI, promoviendo actitudes discriminatorias y excluyentes que impactan su autovaloración. La internalización de estas experiencias puede disminuir la autoestima, generando sentimientos de vergüenza y autocrítica (Crabtree, Haslam, Postmes & Haslam, 2010; Paterson et al., 2012). En adolescentes con DI, la percepción de inadecuación intelectual y el estigma social contribuyen a una autoimagen deteriorada, lo que afecta su evaluación de la apariencia física y la satisfacción corporal. MacMahon y Jahoda (2008) reportaron que las personas con DI tienden a tener una autoestima significativamente más baja en comparación con la población general. Este fenómeno, combinado con la presión social relacionada con la apariencia física, puede incrementar la insatisfacción corporal, que a su vez se asocia con mayores riesgos de desarrollar trastornos alimentarios clínicos y conductas alimentarias desordenadas (Reel et al., 2013). Tanto el contexto social inmediato como las experiencias y la identidad social de la discapacidad en sí pueden contribuir a una imagen corporal negativa y a trastornos alimentarios posteriores (Cicmil & Eli, 2014).

Además, existe una predisposición marcada a la obesidad entre las personas con DI. Numerosos estudios han demostrado que tienen mayor probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad en comparación con aquellas sin DI (McGuire et al., 2007; Melville et al., 2007; Stanish et al., 2006;). Por ejemplo, los niños y adolescentes con DI tienen tres veces más probabilidades de desarrollar obesidad (Salaun y Berthouze-Aranda, 2011). Las tasas más altas de obesidad en personas con DI se deben a factores biológicos y genéticos, como el hipotiroidismo y las bajas tasas metabólicas, particularmente en personas con síndrome de Down (Bhaumik et al., 2008).

Asimismo, los hábitos dietéticos deficientes, como un alto consumo de alimentos azucarados y un bajo consumo de frutas, verduras y fibra, son prevalentes en este sector de la población (Biswas et al., 2010). Sin embargo, se debe considerar que algunas estadísticas también incluyen personas con pica, autismo y síndromes genéticos. Estas condiciones pueden tener componentes conductuales que se asemejan a los trastornos alimentarios (Bucciare & Reel, 2009). Por tanto, resulta esencial diferenciar entre un diagnóstico dual y un caso de DI exclusivamente, así como investigar el impacto de la imagen corporal en los comportamientos alimentarios en personas con DI (Reel & Bucciare, 2011).

La escasez de estudios sobre la imagen corporal en personas con DI se debe principalmente a suposiciones erróneas, desafíos metodológicos y éticos, y una falta general de reconocimiento de sus necesidades específicas en este ámbito. El aumento de la cantidad y la calidad de la investigación en este campo es crucial para proporcionar un apoyo integral y adecuado a esta población. Por ello, esta revisión sistemática tiene como objetivo, abordando las lagunas identificadas en la literatura existente, facilitar una comprensión más profunda de la imagen corporal en personas con DI. Mediante la recopilación y el análisis de los estudios disponibles, se busca establecer un marco conceptual que oriente futuras investigaciones, abordando cuestiones fundamentales como la percepción que las personas con DI tienen de su propia imagen corporal y su satisfacción con la misma. Una mejor comprensión de cómo las personas con DI perciben su propio cuerpo no solo permitirá mejorar la intervención terapéutica y educativa, sino que también contribuirá a disminuir la estigmatización, a promover una mayor aceptación e inclusión en la sociedad, y en definitiva, a mejorar su calidad de vida.

Método

La presente revisión sistemática se realizó siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021). Se llevó a cabo una búsqueda exploratoria entre junio y octubre de 2024 en las bases de datos bibliográficas de Web of Science, PubMed, PsycInfo y Scopus.

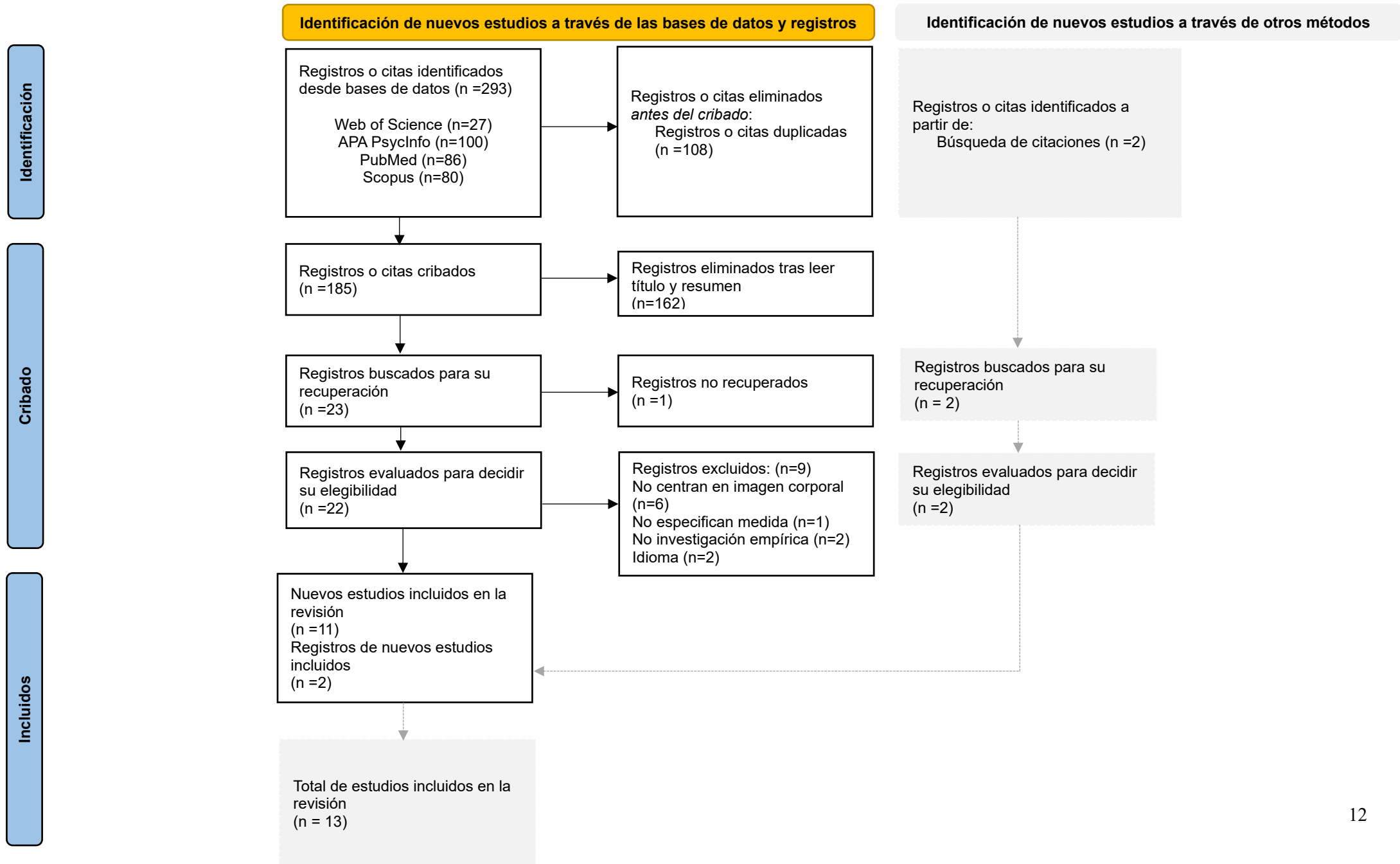
En octubre de 2024 se efectuó la búsqueda del material bibliográfico en la sección "todos los campos" (*All fields*) de las bases de datos anteriormente mencionadas, excepto en la base de datos Scopus, donde la búsqueda se realizó en los campos "*Article title, Abstract, Keywords*". La ecuación de búsqueda empleada fue la siguiente: ("*intellectual disab**" OR "*learning disab**" OR "*intellectual develop**" OR "*mental retard**") AND ("*body image*" OR "*body perception*" OR "*body satisfaction*") NOT ("*autism*").

El proceso de selección de los estudios en esta revisión sistemática se basó en los siguientes criterios de inclusión: (a) artículos escritos en inglés o español, (b) centrados en "imagen corporal", "percepción corporal" o "satisfacción corporal"; y (c) los participantes fueran personas con DI. Entre los artículos que cumplían con los criterios de inclusión, se descartaron aquellos que: (a) no eran estudios empíricos; y (b) no explicitaban instrumentos de medida.

Los 293 estudios inicialmente encontrados en las bases de datos se redujeron a un total de 185 tras eliminar los artículos duplicados mediante el uso del gestor de referencias bibliográficas Zotero. A continuación, se procedió al cribado de los 185 artículos por título y resumen, dando lugar a la selección de 23 artículos para su lectura en texto completo con el fin de evaluar su elegibilidad.

Tras este proceso de selección y cribado que se detalla en la Figura 1, un total de 11 artículos fueron incluidos en la revisión sistemática. Además, posteriormente se añadieron 2 artículos nuevos recuperados a través de búsqueda de citaciones.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de cribado.



Resultados

Descripción general de los estudios

Los 13 estudios revisados sobre la percepción de la imagen corporal en personas con DI se han llevado a cabo en una variedad de países, destacando una diversidad geográfica significativa. La mayoría de los estudios se realizaron en Estados Unidos ($n = 6$), seguidos por España ($n = 2$), Francia ($n = 2$), Japón ($n = 1$), Reino Unido ($n = 1$) y Taiwán ($n = 1$). En total, participaron 514 personas con DI o sus proveedores de apoyo (naturales o profesionales), con una distribución equilibrada entre hombres y mujeres con rangos de edad entre los 8 años y los 61 años.

Los estudios comprenden una variedad de diseños metodológicos: la mayoría son comparativos ($n = 8$) entre personas con y sin DI, seguidos de estudios correlacionales ($n = 4$) y cualitativos ($n = 3$), algunos de ellos combinando métodos cuantitativos y cualitativos. Las metodologías incluyen el uso de escalas visuales de percepción corporal, cuestionarios estructurados y entrevistas en profundidad. Además, varios estudios incorporaron intervenciones como programas de actividad física adaptada y terapias de pérdida de peso para evaluar cambios en la percepción corporal y en el autoconcepto físico.

Las investigaciones revisadas sobre la percepción de la imagen corporal en personas con DI han incluido una diversidad de participantes, diseños e instrumentos de evaluación (Tabla 1 y Tabla 2). Estos estudios reflejan la necesidad de ajustar las intervenciones a las capacidades cognitivas y físicas de esta población. Se han empleado herramientas como escalas visuales, entrevistas simplificadas y pruebas de dibujo, adaptando las instrucciones mediante apoyo verbal y visual para asegurar una comprensión efectiva. Además, los programas de actividad física adaptada y las terapias de pérdida de peso han demostrado resultados positivos en la percepción corporal.

En estos 13 estudios se emplearon diversos instrumentos para evaluar tanto la percepción como la satisfacción corporal en personas con DI. Entre los más usados destacan las escalas de figuras corporales, como la *Stunkard Figure Rating Scale* o el *Collins' Body Image Diagram*, que permiten a los participantes escoger la silueta que consideran más cercana a su propio cuerpo y la que desearían tener. También se emplearon herramientas gráficas como el *Draw-A-Person Test (DAP)*, que analiza la

representación del cuerpo a través del dibujo, y métodos de espejo distorsionador, donde los sujetos ajustaban su imagen reflejada hasta percibirla como “correcta”, para evaluar la precisión y estabilidad de la autoimagen. Algunos estudios recurrieron a pruebas estandarizadas como la *Piers-Harris Self-Concept Scale* o el *Body Image Screening Test* (Cratty & Sams, 1968), enfocadas en el autoconcepto y la relación con la percepción corporal. Además, otros trabajos combinaron medidas objetivas (como el índice de masa corporal (IMC), circunferencias o porcentaje de grasa corporal) con entrevistas semiestructuradas o cuestionarios cualitativos para indagar sobre la satisfacción corporal. De esta manera, la evaluación combinó métodos visuales (figuras, espejos, dibujos), escalas psicométricas y mediciones antropométricas, junto con técnicas cualitativas, para obtener una visión más completa de la percepción y satisfacción corporal en esta población. Se describen de forma más detallada en Tabla 1 y Tabla 2.

Los participantes variaron ampliamente entre los 13 estudios revisados. Algunos trabajos compararon directamente grupos con y sin DI, incluyendo niños, adolescentes y adultos, mientras que otros se centraron únicamente en personas con DI. Varios estudios involucraron tanto hombres como mujeres, con edades que iban desde la niñez hasta la adultez, e incluso poblaciones específicas como personas con Síndrome de Prader-Willi o atletas de las Olimpiadas Especiales. En términos numéricos, se trabajó con tamaños muestrales tan diversos entre $n=20$ y $n=103$. Algunos estudios no especificaron la cantidad exacta de participantes con DI, pero todos destacaron una muestra variada en términos de sexo, rango etario y discapacidad. Se describen de forma más detallada en la Tabla 1 y la Tabla 2.

Estos estudios también muestran que las intervenciones y evaluaciones para personas con DI han requerido adaptaciones específicas, como el uso de apoyos visuales, instrucciones simplificadas, lectura de preguntas en voz alta y ejercicios físicos ajustados a sus capacidades, garantizando así una participación efectiva y una recopilación de datos precisa y ética.

Tabla 1. Características de diseño, participantes e instrumentos de evaluación de los estudios revisados.

Título, Autor/es (año)	Diseño	Objetivos	Participantes	Instrumentos
Shontz (1963)	Estudio comparativo entre grupos extremos de capacidad intelectual	Examinar si existen diferencias en la percepción del tamaño de partes del cuerpo entre personas con distintas capacidades intelectuales. Se hipotetizó que las personas con DI subestimarían más el tamaño de sus partes del cuerpo en comparación con estudiantes universitarios	Total: 40 - Grupo de Estudiantes Universitarios: 10 hombres y 10 mujeres. Edad: Mediana 19 años (rango 18 a 23 años) - Grupo con DI (MR): 10 hombres y 10 mujeres. Edad: Mediana 19 años (rango 16 a 24 años). Nivel Intelectual: Hombres: Mediana de CI 71 (rango 56 a 78) Mujeres: Mediana de CI 65.5 (rango 59 a 79)	Estimulación Táctil: Se aplicaron estímulos táctiles con borradores de lápiz sujetos a alambres rígidos. Medición de Respuestas: - Los participantes dibujaron líneas en una hoja de papel para representar la distancia percibida. - Las respuestas se midieron con una cinta métrica y se transformaron logarítmicamente
Wysocki & Wysocki (1973)	Estudio comparativo entre grupos de niños con y sin DI	Comparar la imagen corporal de niños con DI con la de niños sin discapacidad, utilizando el <i>Draw-A-Person (DAP)</i> test y evaluando diversos aspectos de sus dibujos	Total: 120 - Grupo de Niños con DI: 60 niños (31 varones y 29 niñas). Edad: 8 años 11 meses a 12 años 11 meses (media: 11 años 1 mes). CI: Rango de 52 a 72 (media: 60.6) Contexto Socioeconómico: Bajo - Grupo de Niños sin DI: 60 niños (32 varones y 28 niñas). Edad: 9 años a 12 años 11 meses (media: 11 años). CI: Rango de 90 a 110 (media: 101.9). Contexto Socioeconómico: Bajo	<i>Draw-A-Person Test (DAP)</i> según Machover (1949). Evaluación de 8 aspectos del dibujo: tamaño, borrado, ambiente, vestimenta, dedos, detalles, simetría y posición de los brazos
Franklin (1979)	Estudio piloto comparativo de dos grupos con mediciones pre-post	Evaluar los cambios en la percepción de la imagen corporal de jóvenes con DI después de un programa de terapia de movimiento de 10 semanas, en comparación con un programa de educación física adaptada	Total: 22 - Grupo con DI: 22 jóvenes (9 mujeres y 13 hombres). Edad: Media de 15 años y 10 meses (rango de 13 a 18 años)	<i>Body Image Screening Test</i> (Cratty y Sams, 1968). <i>Draw-A-Person Test</i> (Machover, 1949)

Ottenbacher (1981)	Estudio correlacional que explora la relación entre el autoconcepto y la imagen corporal en personas con DI	Investigar la relación entre los dibujos de sí mismos (autoimágenes) y las puntuaciones en una medida de autoconcepto en una muestra de individuos con DI	Total: 31 - Hombres: 20 - Mujeres: 11 - Edad: 11 a 22 años (media: 16 años y 8 meses) - CI: Rango de 41 a 77 (media: 60.26) - Ubicación: Centro residencial en Arkansas, EE. UU	<i>Piers-Harris Self-Concept Scale</i> (1969). <i>Draw-A-Person Test</i> (modificado de Wysocki y Wysocki, 1973)
Vinter et al. (1983)	Estudio comparativo sobre la precisión y estabilidad de la autoimagen en adultos con y sin DI. Diseño factorial con tres factores cruzados (nivel intelectual, sexo y orden de presentación de distorsiones)	Investigar la precisión y estabilidad de la autoimagen en adultos con DI, comparándola con la de adultos sin discapacidad, utilizando un espejo distorsionador	Total: 46 - Adultos con DI: 22 (12 hombres y 10 mujeres) Edad: Hombres (media: 34.66 años), Mujeres (media: 37.50 años) CI: Hombres (rango 44-82, media: 59.44), Mujeres (rango 47-79, media: 63.50) - Adultos sin DI: 24 (12 hombres y 12 mujeres) Edad: Hombres (media: 31.58 años), Mujeres (media: 28.30 años)	Espejo distorsionador (imágenes cóncavas y convexas)
Napolitano et al. (2010)	Estudio correlacional y comparativo sobre la percepción de la imagen corporal en personas con síndrome de Prader-Willi y sus padres	Evaluar el grado de insatisfacción corporal en personas con síndrome de Prader-Willi y sus padres. Examinar la precisión de la percepción corporal y variables asociadas como género, edad, subtipo genético y uso de terapia hormonal	Total: 43 personas con síndrome de Prader-Willi y 42 padres. - Género: 15 hombres (35%), 28 mujeres (65%). - Edad: 10 a 47 años (media: 19 años). - IMC Medio: 31.4 (hombres: 30.2, mujeres: 32.4). - Subtipo Genético: 52% delección, 42% disomía uniparental. - Terapia Hormonal: 70% participantes	<i>Figure Rating Scale</i> (Stunkard et al., 1983)

Yoshioka & Takeda (2012)	Estudio comparativo y correlacional sobre la percepción de la imagen corporal en adolescentes con y sin DI y sus padres	Examinar la percepción de la imagen corporal y forma corporal en adolescentes con DI y sus padres, comparando con adolescentes sin discapacidad y sus padres	Total: 76 adolescentes y sus padres. - Adolescentes con DI: 39 varones (escuela de necesidades especiales). - Adolescentes Sin DI: 37 varones (escuela regular)	Cuestionarios anónimos sobre percepción de imagen y forma corporal y <i>Collins' Body Image Diagram</i> (1991)
Reel et al. (2013)	Estudio exploratorio correlacional	Explorar la imagen corporal de atletas masculinos y femeninos con DI en los Juegos Olímpicos Especiales y evaluar la relación entre IMC y satisfacción corporal	Total: 103 atletas (54 hombres, 49 mujeres). - Edad: 18 a 61 años (media: 33.34 años). - Severidad: DI leve a moderada. - Comorbilidad: 14.6% con discapacidad física adicional	Medición del IMC: Estadiómetro Seca y báscula Tanita. Herramienta: <i>Figure Ratings Scale</i> (Stunkard, 1983) y entrevistas verbales.
Salaun et al. (2013)	Estudio longitudinal con intervención en adolescentes con DI y obesidad	Investigar la relación entre autopercepción y variables morfológicas en adolescentes con DI. Evaluar los cambios en autopercepción tras un programa de actividad física adaptada (APA) de 9 meses	Total: 23 adolescentes (14 mujeres, 9 hombres). - Edad: Media de 15.13 años. - Condición: DI leve y obesidad. - Ubicación: Cuatro escuelas especializadas en Ródano-Alpes, Francia	PSI-VSF-ID, Escala de Siluetas, mediciones antropométricas (IMC, cintura, grasa corporal)
Ayaso-Maneiro et al. (2014)	Estudio experimental con intervención de terapia de pérdida de peso. Asignación aleatoria a tres grupos: 1. Ejercicio y Restricción Calórica	Evaluar la identificación de imagen corporal en adultos con DI. Determinar el impacto de un programa de pérdida de peso (PTPP) en la percepción del autoconcepto físico	Total: 24 adultos (17 hombres, 7 mujeres). - Edad: 24 a 60 años. - Condición: DI leve a moderada. - Ubicación: Centro ocupacional en Galicia, España	IMC (báscula Tanita y estadiómetro Leicester). <i>Figure Rating Scale</i> (Stunkard et al., 1983)

	(EXCR). 2. Solo Ejercicio (EX). 3. Control			
Eden & Randle-Phillips (2017)	Estudio comparativo y exploratorio con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo)	Investigar conceptos de peso (insuficiente, saludable, sobrepeso) en jóvenes con DI. Evaluar la autopercepción y la insatisfacción corporal en comparación con evaluaciones independientes	Total: 88 - Grupo con DI: 40 jóvenes (50% hombres, 50% mujeres). - Grupo Control: 48 jóvenes (57.5% hombres, 42.5% mujeres). - Edad: 16 a 25 años. - Ubicación: Suroeste de Inglaterra	Índice de Masa Corporal (IMC), <i>Stunkard Figure Rating Scale</i> (SFRS), preguntas abiertas sobre categorías de peso, percepción corporal y figura ideal.
Pan et al. (2018)	Estudio comparativo y correlacional	Examinar diferencias en autoconcepto físico e insatisfacción corporal según sexo, estado de peso y cultura en atletas de Special Olympics	Total: 139 atletas (82 hombres, 57 mujeres). - Edad: 12 a 30 años (media: 19.44). - 70 de Texas, EE. UU. - 69 de Taiwán. - No sobrepeso/obesidad: 84. - Sobrepeso/obesidad: 55	IMC (CDC y Barlow, 2007), PSI-VS-ID (6 dimensiones del autoconcepto físico), <i>Figure Rating Scale</i> (FRS).
González-Martí et al. (2023)	Estudio cualitativo exploratorio dividido en dos fases (estudio 1 y estudio 2)	Explorar la satisfacción con la imagen corporal en personas con DI leve. Identificar comportamientos asociados a la insatisfacción corporal. Analizar la influencia del entorno social y medios de comunicación	Total: 26 (16 mujeres, 10 hombres). - Edad: 18 a 54 años (media: 29.92). - Nivel de DI: Leve (CI 50-70). - Ubicación: España	Entrevistas semiestructuradas para explorar la percepción y satisfacción de la imagen corporal. Análisis temático con ATLAS.ti 9. Temas: Imagen corporal, entorno social, medios, dieta, verificación y actividad física

Tabla 2. Características de resultados, conclusiones y limitaciones de los estudios revisados.

Título, Autor/es (año)	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Shontz (1963)	<p>Percepción del Tamaño Corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con DI subestimaron el tamaño de sus partes del cuerpo más que los estudiantes universitarios, especialmente en la condición <i>landmark</i>. <p>Discriminación de Tamaño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El grupo con DI mostró menos precisión en discriminar entre tamaños de sus partes del cuerpo. - No hubo diferencias significativas en estimar distancias no relacionadas con el cuerpo (control). <p>Consistencia de Respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los participantes con DI tuvieron respuestas menos variables que los estudiantes universitarios 	<p>Las personas con DI subestiman el tamaño de sus partes del cuerpo más que los estudiantes universitarios, especialmente en condiciones de referencia a puntos anatómicos.</p> <p>La capacidad de discriminar tamaños corporales es menor en el grupo con DI.</p> <p>La variabilidad en sus respuestas es más baja, sugiriendo una percepción menos flexible del esquema corporal.</p> <p>Las diferencias indican que las limitaciones intelectuales afectan la percepción del cuerpo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: Pequeña (20 participantes por grupo), limita la generalización. 2. Homogeneidad de los Participantes: Contextos similares, no representan otras poblaciones. 3. Medición Manual: Puede introducir sesgos subjetivos. 4. Condiciones Experimentales: No reflejan situaciones de percepción corporal en la vida real. 5. Naturaleza del Diseño: No evalúa otros factores influyentes (p.ej., ansiedad)
Wysocki & Wysocki (1973)	<p>Se encontraron diferencias significativas en 7 de los 8 aspectos evaluados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño: Los niños con DI dibujaron figuras más grandes. 2. Borrado: Los niños con DI borraron menos. 3. Ambiente: No hubo diferencias significativas. 4. Vestimenta: Los niños sin discapacidad dibujaron más detalles de vestimenta ($p < 0.001$). 5. Dedos: Los niños sin discapacidad incluyeron dedos con mayor frecuencia. 6. Detalle: Más detalles en niños sin discapacidad ($p < 0.005$). 7. Simetría: Dibujos menos simétricos en niños con discapacidad. 8. Posición de Brazos: Mayor rigidez y horizontalidad en niños con discapacidad 	<p>Los niños con DI dibujan figuras más grandes, con menos detalles y simetría.</p> <p>Diferencias significativas en tamaño, borrado, vestimenta, detalles y posición de brazos.</p> <p>El <i>Draw-A-Person Test</i> diferencia entre grupos en términos de imagen corporal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto Socioeconómico: Ambos grupos de contexto bajo. 2. Sesgo Cultural: Región específica de Massachusetts. 3. Medición Subjetiva: Interpretación dependiente de evaluadores. 4. Tamaño de la Muestra: 60 niños por grupo. 5. Edad Limitada: Rango de 9 a 12 años. 6. Confusión de Variables: Factores como ansiedad o experiencia previa

Franklin (1979)	<p><i>Body Image Screening Test:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de 7 puntos en terapia de movimiento (t = 2.24, p < .025). - Mejora de 2.64 puntos en educación física adaptada. <p><i>Draw-A-Person Test:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin cambios significativos en ambos grupos 	<p>La terapia de movimiento mostró mejoras significativas en imagen corporal. El <i>Draw-A-Person Test</i> no mostró cambios, posiblemente por la corta duración. La terapia de movimiento es útil para mejorar autoimagen en jóvenes con DI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: Solo 22 participantes. 2. Duración del Estudio: 10 semanas podrían ser insuficientes. 3. Instrumentos de Evaluación: Validez cuestionable del <i>Body Image Screening Test</i>. 4. Desbalance de Sesiones: Solo 15 de 20 sesiones planificadas. 5. Condiciones de Evaluación: Distracciones en pruebas grupales. 6. Factores No Controlados: Motivación, experiencia previa y contexto emocional
Ottenbacher (1981)	<p>VARIABLES SIGNIFICATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo: Relacionado con el autoconcepto. - Tamaño del Dibujo: Dibujos más pequeños asociados con autoevaluación negativa. - Puntuación del Dibujo: Relacionada con el autoconcepto. - Edad: Influencia menor. - CI: Menor relación con autoconcepto. <p>Análisis de Regresión: R² = 0.31</p>	<p>Existe una relación significativa entre autoconcepto e imagen corporal. Las mujeres mostraron autoconcepto más favorable. Dibujos pequeños se asocian con percepción negativa. El CI tuvo poca influencia en autoconcepto. Dibujos útiles como herramienta para evaluar autoconcepto</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: 31 participantes. 2. Contexto Institucional: Influencia del entorno residencial. 3. Evaluación Subjetiva: Dependencia del evaluador. 4. Rango de Edad y CI: Aplicabilidad limitada. 5. Sesgo de Género: Diferencias entre hombres y mujeres. 6. Lectura de Preguntas: Variabilidad en interpretación
Vinter et al. (1983)	<p>Diferencias Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultos con discapacidad eligieron imágenes más distorsionadas y menos estables. - personas sin discapacidad mostraron mayor precisión y estabilidad. <p>Diferencias por sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con discapacidad eligieron imágenes más 'anchas'. - Hombres con discapacidad mostraron más variabilidad. <p>Relación con CI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor CI asociado con mayor precisión y estabilidad 	<p>Los adultos con DI tienen menor precisión y estabilidad en autoimagen. Mayor CI mejora la precisión, especialmente en mujeres. El espejo distorsionador revela diferencias de género y nivel intelectual en autoimagen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: 46 participantes. 2. Heterogeneidad: Diferencias en edad y CI. 3. Espejo Distorsionador: No capta complejidades emocionales. 4. Sesgo de Género: Requiere más investigación. 5. Capacidades Motoras: Algunos no completaron el método activo. 6. Aspectos No Verbales: No aborda lenguaje corporal ni contexto social

Napolitano et al. (2010)	<p>Insatisfacción Corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes y padres mostraron insatisfacción corporal. <p>Factores Asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor IMC se asoció con mayor insatisfacción (especialmente en mujeres). <p>Precisión de Percepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación precisa del tamaño corporal. - Niños y hombres adultos tendieron a subestimar su tamaño 	<p>Personas con síndrome de Prader-Willi tienen insatisfacción corporal similar a personas con obesidad.</p> <p>Insatisfacción aumenta con IMC (especialmente en mujeres).</p> <p>Padres también expresan insatisfacción.</p> <p><i>Figure Rating Scale</i> es una herramienta válida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: 43 participantes. 2. Rango de Edad: Amplio (10-47 años). 3. Falta de Evaluación de Comprensión. 4. Medición del IMC: No convertidos a percentiles. 5. Comparación Limitada a Adultos. 6. Variables No Controladas: Duración de terapia hormonal
Yoshioka & Takeda (2012)	<p>Tasas de Obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con discapacidad: 29.7% obesos. - Sin discapacidad: 8.6% obesos ($p < .05$). <p>Percepción de Imagen Corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes seleccionaron imágenes similares como ideales. - Padres de adolescentes con discapacidad eligieron imágenes más obesas como ideales ($p < .01$) 	<p>Adolescentes con discapacidad tienen mayor tasa de obesidad.</p> <p>Padres aceptan cuerpos más obesos como ideales.</p> <p>Educación para la salud debe incluir a los padres</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: 76 participantes. 2. Exclusión de Mujeres. 3. Nivel de Comprensión Variado. 4. Dependencia de los Padres. 5. Contexto Cultural y Geográfico (Japón). 6. Falta de Datos Longitudinales
Reel et al. (2013)	<p>IMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres: 33.02 (obesas). - Hombres: 28.24 (sobrepeso, $p = .01$). <p>Satisfacción Corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación negativa con IMC ($r = -0.46$, $p < .01$). <p>Deseo de Cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres: 51% más delgadas, 20% más grandes. - Hombres: 37% más delgados, 29.6% más musculosos 	<p>Atletas con DI muestran preocupaciones sobre imagen corporal.</p> <p>Relación negativa entre IMC y satisfacción corporal.</p> <p>Mujeres quieren ser más delgadas; hombres ganar musculatura.</p> <p>Se necesitan intervenciones para una imagen corporal positiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra Selectiva (atletas <i>Special Olympics</i>). 2. No incluye discapacidades severas. 3. Falta de diversidad racial y de género. 4. FRS no representativa para discapacidades físicas. 5. Cuestionarios Verbales. 6. Diseño Transversal
Salaun et al. (2013)	<p>Sesgo Ilusorio Positivo: Predictor de autopercepción física.</p> <p>Conciencia de Obesidad: Relacionada con insatisfacción corporal.</p> <p>Reducción en cintura, índice cintura-altura y grasa corporal ($p < 0.05$).</p>	<p>El sesgo ilusorio positivo protege la autopercepción.</p> <p>La actividad física adaptada mejora medidas morfológicas y reduce insatisfacción corporal.</p> <p>Programas deben equilibrar percepción realista y autopercepción positiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamaño de la Muestra: 23 participantes. 2. Sin Grupo Control. 3. Duración: 9 meses. 4. Medición Subjetiva del Sesgo Ilusorio. 5. Solo Discapacidad Leve. 6. Entorno Escolar Controlado

	Disminución significativa en insatisfacción corporal (p < 0.0001)		
Ayaso-Maneiro et al. (2014)	Pre-Intervención: 58% identificaron erróneamente su imagen corporal. Post-Intervención: - EXCR: IMC -2.1%, percepción corporal +44%. - EX: IMC -0.8%, percepción corporal +22%. 6 Meses Después: Rebote en percepción corporal (EXCR 86%, EX 26%)	Personas con DI tienden a subestimar su tamaño. La combinación de ejercicio y restricción calórica mejora el autoconcepto físico. Mejora en percepción corporal no correlaciona con cambios en IMC	1. Tamaño de la Muestra: 24 participantes. 2. Sin Grupo Control sin Discapacidad. 3. Medición Subjetiva de Imagen Corporal. 4. Duración Limitada. 5. Exclusión de Tratamientos Farmacológicos
Eden & Randle-Phillips (2017)	Conceptos de Peso: Comprenden 'peso saludable' y 'sobrepeso', dificultades con 'peso insuficiente'. Sesgo: Mujeres con DI subestiman su tamaño corporal. Insatisfacción: Menor en grupo DI; en control, mayor insatisfacción en mujeres	Jóvenes con DI comprenden categorías de peso, pero no las aplican a sí mismos. Mujeres con DI subestiman su tamaño corporal. Programas de control de peso deben educar sobre autoevaluación sin inducir insatisfacción	1. Tamaño de la Muestra: 40 con DI. 2. Falta de Diversidad Étnica. 3. Orden de las Preguntas. 4. Evaluación Subjetiva (SFRS). 5. Diferencias en IMC entre grupos.
Pan et al. (2018)	Autoconcepto Físico: - Hombres: Mayor percepción de fuerza física. - No Sobrepeso: Mejor percepción de apariencia física. - Norteamericanos: Mejor percepción de apariencia y competencia deportiva. Insatisfacción: - Sobrepeso/Obesidad: Mayor insatisfacción. - Asiáticos: Mayor insatisfacción. - Hombres: Preferencia por cuerpos más grandes	Hombres con DI tienen percepción más positiva de su fuerza. Atletas con sobrepeso muestran mayor insatisfacción. Norteamericanos tienen mejor percepción física que asiáticos. Intervenciones deben considerar sexo, peso y cultura	1. Tamaño de la Muestra. 2. Muestreo por Conveniencia. 3. Variación en Nivel de DI. 4. Falta de Diversidad Cultural. 5. No se consideró Actividad Física
González-Martí et al. (2023)	Satisfacción: 19 de 26 satisfechos. Entorno: Comentarios de familiares influyen en percepción. Medios: Redes sociales generan ansiedad (12 participantes). Comportamientos: Dieta (2/7), verificación frecuente y actividad física estética	La mayoría satisfechos con su cuerpo. Entorno social y medios influyen en percepción. Insatisfacción relacionada con dieta, verificación y ejercicio estético	1. Tamaño de la Muestra: 26 participantes. 2. Comunicaciones Breves. 3. Sin Perspectiva Externa. 4. Solo DI Leve. 5. Sesgo Cultural (España)

A continuación se sintetizan los resultados de los estudios sobre la imagen corporal en personas con DI de manera integrada, organizada cronológicamente y siguiendo un esquema estructurado en torno a cinco temas: (1) percepción de la imagen corporal; (2) satisfacción con el propio cuerpo; (3) variables personales implicadas (sexo, autoestima, autoconcepto, peso, IMC, nivel de DI); (4) variables contextuales (percepción externa, uso de redes sociales, factores culturales); e (5) intervenciones orientadas a mejorar la satisfacción con la imagen corporal.

Percepción de la imagen corporal

La percepción de la imagen corporal en personas DI ha sido un foco de atención recurrente desde las primeras investigaciones, ya a finales de la década de 1960. En estos trabajos iniciales, encabezados por autores como Franklin C. Shontz, se recurría a procedimientos relativamente sencillos, pero innovadores para la época, que buscaban comparar la capacidad de estimación del tamaño de partes corporales entre grupos con diferentes niveles de capacidad intelectual. Las metodologías solían incluir estimaciones táctiles y visuales del propio cuerpo, pidiéndose a los participantes que evaluaran la distancia entre puntos anatómicos (por ejemplo, entre hombros, cadera y rodilla) o que replicaran ciertas mediciones previamente establecidas con estímulos calibrados (como los utilizados por Shontz en sus *landmark* y *caliper conditions*). En aquellos estudios clásicos ya se observaba que las personas con DI presentaban mayores dificultades para alinear su percepción con las dimensiones físicas reales: tendían a subestimar o sobreestimar sistemáticamente ciertas medidas, reflejando una menor precisión en la calibración interna del propio esquema corporal.

Con el paso del tiempo, se incorporaron técnicas de evaluación más visuales. Wysocki y Wysocki (1973), por ejemplo, emplearon el *Draw-A-Person Test*, una medida estandarizada utilizada para inferir aspectos cognitivos y emocionales a partir de la representación gráfica del cuerpo humano. En este contexto, los dibujos producidos por niños con DI mostraban figuras humanas más simples, con menos detalles anatómicos (como dedos, proporciones faciales o vestimenta) y mayor asimetría que las de niños sin DI. Esta menor complejidad gráfica no solo denotaba diferencias cognitivas, sino que

también era indicio de una imagen corporal menos diferenciada: las proporciones se veían alteradas y las relaciones espaciales entre partes del cuerpo no se respetaban con la misma fidelidad que en el grupo control.

A finales de los años 70 y principios de los 80, otros investigadores, entre ellos Franklin (1979) y Ottenbacher (1981), intentaron precisar las relaciones entre autoconcepto, inteligencia y percepción corporal. Estos estudios mostraron que, a pesar de la variabilidad entre individuos, las personas con DI presentaban patrones menos ajustados a la realidad objetiva del propio cuerpo. Se aplicaron pruebas que buscaban cuantificar hasta qué punto un individuo podía identificar correctamente partes del cuerpo y su posición. Los resultados confirmaron que la exactitud perceptiva, esto es, la capacidad de representar mentalmente el cuerpo con medidas y proporciones cercanas a las reales, seguía siendo inferior en las personas con DI. En paralelo, Vinter et al. (1983) aportaron la noción de inestabilidad perceptiva, es decir, la tendencia a variar en las estimaciones del tamaño corporal dependiendo del contexto, la tarea o el momento. Mientras individuos sin DI presentaban mayor consistencia en sus estimaciones, quienes tenían DI mostraban fluctuaciones más notables, lo que sugiere una menor consolidación del esquema corporal.

Ya en el siglo XXI, con métodos más estandarizados para medir el IMC y su relación con la propia percepción, estudios como los de Yoshioka y Takeda (2012) y Reel et al. (2013) examinaron la alineación entre la auto-percepción física y las mediciones objetivas del cuerpo (peso, talla, cálculo del IMC). Estos trabajos revelaron que, incluso presentando datos cuantitativos sobre su peso y altura, las personas con DI no siempre lograban integrar esta información para reconocerse como con sobrepeso, normopeso u obesidad. De la misma forma, en el estudio de Ayaso-Maneiro et al. (2014) encontraron que el 58% de los participantes no lograba identificar su imagen corporal de manera precisa, con una tendencia predominante a la subestimación. Por ejemplo, se les podía pedir que seleccionaran en una escala visual la silueta que más se asemejara a su propio cuerpo, y se constataba que la elección no correspondía a su IMC real con la misma precisión que en individuos sin DI. Esta discrepancia confirma la existencia de un desajuste entre la realidad física (medible mediante instrumentos objetivos) y la

representación subjetiva del propio cuerpo, un fenómeno persistente en las personas con DI a lo largo de las décadas estudiadas.

Más recientemente, Eden et al. (2017) corroboraron estos hallazgos, añadiendo que los participantes con DI sí comprendían las categorías de peso (bajo, saludable y sobrepeso), pero, tal comprensión no se reflejaba en una aplicación precisa de estas categorías a sí mismos, evidenciando un sesgo en la percepción corporal.

Satisfacción corporal

En cuanto a la satisfacción con la imagen corporal, los estudios previos a los años 90 raramente utilizaban el término “insatisfacción” para referirse a las personas con DI. La comprensión de la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal en personas con DI se fue conformando a medida que los estudios pasaron del mero análisis perceptivo a la exploración emocional y valorativa del propio aspecto físico. Los primeros estudios de Wysocki y Wysocki (1973) y Franklin (1979) se centraban más en cómo las personas con DI dibujaban o percibían su cuerpo, que en la evaluación subjetiva de gusto o disgusto hacia sí mismas. En otras palabras, tenían un enfoque descriptivo, sin ahondar en el componente afectivo de la autoimagen.

Fue con el cambio de siglo y el aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población general cuando comenzó a prestarse más atención a la insatisfacción corporal. Durante este periodo, se introdujeron enfoques más clínicos y psicológicos para comprender la relación entre la imagen corporal y el bienestar. El estudio de Napolitano et al. (2010) sobre personas con síndrome de Prader-Willi — condición asociada a DI, sobrepeso y apetito desregulado— marcó un punto de inflexión. Sus hallazgos mostraron que no solo existía preocupación por el peso, sino también una insatisfacción corporal explícita que afectaba tanto a las propias personas con DI como a sus progenitores. Esto puso de relieve que, lejos de ser indiferentes a su apariencia, las personas con DI podían experimentar malestar significativo, reconociendo la discrepancia entre cómo eran y cómo deseaban verse.

Poco después, Yoshioka y Takeda (2012) trabajaron con adolescentes, etapa crucial en la formación del autoconcepto físico, encontrando que la insatisfacción corporal no era un fenómeno aislado ni estrictamente ligado a condiciones genéticas como el síndrome Prader-Willi, sino que estaba presente en jóvenes con DI de diferente índole, frecuentemente asociada a una conciencia, aunque imperfecta, del exceso de peso. Reel et al. (2013) aportaron datos desde un escenario diferente: los atletas de Olimpiadas Especiales. Estos participantes, a pesar de estar inmersos en contextos deportivos y activos, mostraron elevados índices de sobrepeso y obesidad, acompañados de una insatisfacción corporal notable. Esto indicó que ni siquiera el compromiso con el deporte garantizaba la ausencia de malestar respecto al propio cuerpo, subrayando la complejidad del fenómeno.

La investigación de Eden y Randle-Phillips (2017) introdujo un matiz adicional al mostrar que, en algunos casos, las personas con DI podían subestimar su propia corpulencia. Esta subestimación funcionaba a modo de “escudo cognitivo” contra la insatisfacción, generando una percepción distorsionada del propio tamaño. De esta forma, ciertos participantes con DI se veían más delgados de lo que sugerían sus mediciones objetivas, lo que reducía la presión interna para ajustarse a estándares de peso. Sin embargo, esta aparente falta de reconocimiento del exceso de peso no siempre equivalía a una verdadera satisfacción, sino a una menor conciencia del problema, lo que también podía dificultar la motivación para adoptar hábitos saludables. A pesar de ello, la mayoría de los participantes con DI expresó estar satisfecho con su cuerpo y consideró que otras personas lo percibían de forma positiva, lo que sugiere un nivel general de satisfacción corporal relativamente alto en esta población.

Finalmente, González-Martí et al. (2023) brindaron una perspectiva más reciente y compleja. Su estudio cualitativo mostró una realidad heterogénea: la mayoría reportó una percepción positiva de su imagen corporal, aunque algunos indicaron fluctuaciones en su satisfacción. Una minoría expresó insatisfacción corporal, sobre todo relacionada con el exceso de peso o la comparación con cuerpos más delgados o musculosos. Además, algunos participantes expresaron que su bienestar corporal dependía de la ausencia de comentarios negativos por parte de familiares o del entorno, señalando así que la

satisfacción corporal no era un rasgo fijo, sino dinámico, y dependía de la interacción con el contexto social, las expectativas personales y la visibilidad del peso como un problema.

Variables personales

Los estudios revisados abordan distintas variables personales en el estudio de la percepción y satisfacción corporal de las personas con DI: sexo, autoestima, autoconcepto, peso, IMC y nivel de DI.

En lo que respecta al sexo, las investigaciones han mostrado resultados menos consistentes en comparación con los observados en población sin DI. En estudios sobre personas sin DI existe un considerable consenso acerca que las mujeres tienden a reportar mayores niveles de insatisfacción corporal que los hombres, ya sea por presiones socioculturales, estándares estéticos más exigentes o internalización de ideales de delgadez. Sin embargo, la evidencia sugiere que esta distinción por sexo no siempre se presenta de la misma manera ni con la misma contundencia en las personas con DI.

Por un lado, algunos trabajos señalan patrones similares a la población general. Por ejemplo, Reel et al. (2013) observaron que las mujeres con DI, al igual que las mujeres sin DI, eran más propensas a desear cuerpos más delgados, mientras que algunos hombres con DI mostraban mayor interés en una complexión más musculosa. Esta diferenciación en las preferencias sugiere que, al menos en ciertos contextos (como el deporte adaptado o la participación en las Olimpiadas Especiales), las mujeres con DI podrían verse influenciadas por los mismos cánones estéticos que afectan a las mujeres en general, anhelando siluetas más estilizadas. Al mismo tiempo, los hombres con DI manifestaron ese empuje hacia la musculatura, reflejando ideales de masculinidad corporal típicos también de la población sin DI.

Por otro lado, Eden y Randle-Phillips (2017) encontraron que las mujeres con DI tendían a subestimar su propio tamaño corporal, lo que, paradójicamente, podía mitigar la insatisfacción. Este hallazgo apunta a que, a pesar de las presiones sociales, algunas mujeres con DI podrían adoptar mecanismos perceptivos que las lleven a percibirse más delgadas de lo que son en realidad, reduciendo así el malestar. Del mismo modo, en el

estudio de Pan et al. (2018) centrado en atletas con DI que participan en los Juegos Olímpicos Especiales, los resultados revelaron que los hombres mostraron niveles más altos de autopercepción de fuerza física y de cuerpo ideal en comparación con las mujeres, aunque no se observaron diferencias significativas entre sexos en cuanto a la insatisfacción corporal.

No todos los estudios, sin embargo, confirman estas tendencias de manera clara. El patrón sexo-diferenciado en la población sin DI no se replica siempre en el contexto de la DI, ya que algunos participantes, independientemente de su sexo, muestran dificultades para vincular su apariencia con estándares estéticos específicos. Además, en investigaciones que incorporan variables familiares, Napolitano et al. (2010) documentaron que los padres de hijos con síndrome de Prader-Willi tendían a ser más críticos con la apariencia de sus hijos varones que con la de sus hijas, lo que podría introducir dinámicas de género en la percepción corporal a través de la influencia del entorno y las expectativas parentales.

Dentro de las variables personales que influyen sobre la percepción y satisfacción con la imagen corporal en personas con DI, la autoestima y el autoconcepto destacan por su rol modulador. Los primeros atisbos de esta relación se observaron ya en Ottenbacher (1981), quien analizó el autoconcepto y la imagen corporal en personas con DI, encontrando que, a pesar de las limitaciones en funcionamiento intelectual, aquellos individuos con una visión más positiva de sí mismos tendían a representar su cuerpo de una forma más ajustada y menos distorsionada. Aunque el nivel de DI no predijo directamente la satisfacción con el cuerpo, la autoestima y el autoconcepto se erigieron como factores clave en la regulación de la percepción corporal, actuando, en cierta medida, como un “amortiguador” ante la posible insatisfacción.

Así mismo, en Vinter et al. (1983), se observó que la estabilidad y precisión de la autoimagen están fuertemente vinculadas con rasgos de personalidad, como la dependencia emocional y la ansiedad. Las personas con niveles más altos de ansiedad presentaron una mayor distorsión en su autoimagen, lo que subraya el impacto de los factores emocionales en la percepción personal.

En décadas posteriores, estudios como los de Napolitano et al. (2010) profundizaron en cómo la autoestima podía interactuar con otros factores, como el sobrepeso y la obesidad. Aquí, la relevancia de la autoestima era doble: por un lado, individuos con DI y alto IMC tendían a percibir su cuerpo de forma negativa; por otro lado, si contaban con una autoestima sólida, se atenuaba el impacto adverso del exceso de peso en su percepción. Esto sugiere que la autoestima cumple una función protectora: ante la presencia de una imagen corporal objetivamente problemática (por ejemplo, obesidad), una buena autoestima puede minimizar el efecto sobre la satisfacción corporal, evitando que la persona se sienta excesivamente desvalorizada o inadecuada.

Tres años después, Salaun et al. (2013) identificaron la presencia de un sesgo ilusorio positivo en los participantes, caracterizado por una sobreestimación de sus competencias y características físicas. Este sesgo desempeñó un papel protector, favoreciendo la autoestima y el autoconcepto frente a evaluaciones objetivas, y se identificó como un predictor clave del autoconcepto global y la percepción física.

La capacidad de la autoestima para “filtrar” la información negativa sobre el propio cuerpo se evidenció aún más en trabajos como los de Eden y Randle-Phillips (2017). En esta investigación se observó que jóvenes adultos con DI, incluso cuando presentaban sobrepeso o no respondían a estándares culturales de belleza, podían mantener una visión relativamente positiva de su aspecto si su autoestima era elevada. Esto no implica que la persona ignore las características de su cuerpo, sino que las integra en un autoconcepto más amplio, en el que su valor como individuo no depende exclusivamente de su apariencia física. Así, la autoestima alta contribuye a una percepción corporal más flexible y menos vulnerable a las comparaciones o exigencias externas.

En lo que respecta al rol del peso y el IMC en la percepción de la imagen corporal en personas con DI, la literatura científica muestra una relación compleja. Varios estudios señalan coinciden en que a medida que aumentan el IMC y el sobrepeso, se incrementa también la probabilidad de insatisfacción corporal. Por ejemplo, Napolitano et al. (2010) observaron en personas con síndrome de Prader-Willi que tanto ellos como sus padres manifestaban malestar ante el exceso de peso, percibiendo el cuerpo como excesivamente voluminoso y deseando una figura más delgada. De forma similar, Yoshioka y Takeda

(2012) revelaron que la obesidad era significativamente más prevalente en los adolescentes con DI (29.7%) en comparación con sus pares sin DI (8.6%), aunque no se observaron diferencias significativas en la forma corporal ideal seleccionada por ambos grupos. Además, encontraron en adolescentes con DI que, a mayor IMC, mayor era la preocupación por el tamaño y la forma del cuerpo, aunque esta preocupación no siempre se traducía en una comprensión objetiva de su estado de peso. De hecho, algunos participantes con sobrepeso no se reconocían como tales o minimizaban el impacto de su exceso ponderal, lo que podía atenuar la insatisfacción “consciente” pero no resolvía el desajuste entre su realidad física y su autoimagen.

En un contexto específico, Reel et al. (2013) estudiaron atletas de Olimpiadas Especiales y corroboraron que el sobrepeso y la obesidad aparecían vinculados a niveles inferiores de satisfacción corporal. Estos deportistas, pese a estar involucrados en actividades físicas, enfrentaban la disonancia entre su IMC real y la figura que consideraban ideal, ya fuera por presión externa o por la internalización de modelos estéticos. No obstante, el panorama no es homogéneo. Eden y Randle-Phillips (2017), por ejemplo, hallaron casos de jóvenes adultos con DI que, a pesar de tener un IMC elevado, tendían a subestimar su propio tamaño corporal. Esta estrategia cognitiva o distorsión perceptiva podría, por un lado, protegerlos de la insatisfacción, pero al mismo tiempo dificultaba la toma de conciencia sobre la necesidad de cambios en su estilo de vida o alimentación. En 2018, Pan et al. confirmaron los resultados obtenidos por Reel et al. (2013) en relación con atletas olímpicos con DI respecto al estado de peso, los atletas con sobrepeso u obesidad reportaron niveles más bajos de percepción positiva de su apariencia física y condición física, además de una mayor insatisfacción corporal, en comparación con los atletas de peso normal.

En lo que respecta al nivel de DI, la revisión de los estudios no ha encontrado una relación lineal o determinante entre un mayor o menor grado de discapacidad y la presencia de insatisfacción corporal. No obstante, sí se han identificado algunas diferencias en la forma en que las personas con diversos niveles de DI procesan la información acerca de su cuerpo y construyen su autoimagen. Por ejemplo, en los trabajos de los años ochenta (p. ej., Ottenbacher, 1981; Vinter, 1983), se señala que, si bien la precisión perceptiva del propio cuerpo era reducida en participantes con DI leve o

moderada, no se evidenciaron diferencias tan claras en la propensión a la insatisfacción corporal dependiendo del grado de DI. Más adelante, investigaciones como la de Napolitano et al. (2010) o la de Yoshioka y Takeda (2012) ponen de manifiesto que, aunque el nivel de DI puede condicionar la comprensión de ciertos conceptos (por ejemplo, las categorías de peso o la interpretación de escalas gráficas), no siempre se traduce en una mayor o menor frustración con el propio cuerpo.

Un punto interesante es el hallazgo de Eden (2017), quien observó cómo algunos jóvenes adultos con DI leve lograban subestimar su sobrepeso con relativa consistencia, sin que esa subestimación derivara necesariamente en baja autoestima. Este fenómeno podría sugerir un cierto “proteccionismo perceptivo” ante la realidad de un exceso de peso. Por otro lado, cuando el nivel de DI era moderado o se acompañaba de otras condiciones (como síndrome de Prader-Willi), la falta de reconocimiento exacto de la propia corpulencia podía coexistir con episodios de insatisfacción o preocupación expresados de manera más difusa, necesitándose la mediación de familiares o cuidadores para clarificar estas sensaciones.

En síntesis, los hallazgos sugieren que no existe un gradiente directo (de mayor a menor DI) que explique una tendencia a mayor o menor descontento con el cuerpo; más bien, el nivel de DI influye en la forma en que las personas perciben y expresan esa insatisfacción. Dificultades cognitivas y comunicativas pueden modular la manera en que la información corporal es procesada y, por ende, la forma en que se manifiesta la satisfacción o insatisfacción. Los apoyos externos (profesionales, familiares) resultan fundamentales para detectar y abordar posibles malestares no verbalizados y para guiar la comprensión de las categorías de peso, salud y apariencia, brindando una intervención adaptada a cada nivel de DI.

Variables contextuales

La imagen corporal de las personas con DI no se configura de forma aislada, sino en un entramado social y cultural que influye en su valoración del propio cuerpo y en el modo en que interpretan las señales externas. Varios estudios han resaltado la importancia del entorno social inmediato, especialmente la familia, la comunidad educativa y los

compañeros. Por ejemplo, Napolitano et al. (2010) examinaron la percepción de padres de personas con síndrome de Prader-Willi evidenciando que las expectativas parentales con respecto al cuerpo del hijo(a) podían generar o exacerbar la insatisfacción corporal. En este sentido, cuando los familiares expresaban preocupación por el peso o las proporciones corporales del joven, se potenciaba el malestar al reforzar estándares estéticos que difícilmente podían alcanzarse, dada la condición genética que caracteriza este síndrome. Esta dinámica no solo afectaba al individuo con DI, sino también a los propios padres, incrementando su nivel de ansiedad y frustración sobre la apariencia de sus hijos.

Yoshioka y Takeda (2012) encontraron que los padres de adolescentes con DI con obesidad tendieron a considerar formas corporales más obesas como ideales y saludables para sus hijos, en comparación con los padres de adolescentes con DI que no presentaban obesidad. Este hallazgo subraya la influencia de las percepciones parentales en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad en adolescentes con DI, quienes dependen más de sus padres en la toma de decisiones cotidianas.

Asimismo, González-Martí et al. (2023) identificaron influencias sociales y familiares, como comentarios externos sobre la apariencia física, aunque pocos participantes otorgaron importancia a estas opiniones. Además, algunos señalaron preocupación por los comentarios en redes sociales, destacando su impacto en la percepción corporal. La exposición a imágenes altamente estereotipadas, cuerpos ideales y comentarios públicos sobre la apariencia física afectan la autoimagen de las personas con DI. Estos medios, al igual que ocurre en la población general, pueden aumentar la presión por ajustarse a ciertos estándares estéticos. Sin embargo, en el caso de las personas con DI, esta presión se combina con dificultades cognitivas o comunicativas, lo que podría llevar a interpretaciones literales o exageradas de las normas estéticas. La consecuencia suele ser el desarrollo de conductas compensatorias o de verificación: mirarse con frecuencia al espejo, pesarse más a menudo o incluso preguntar insistentemente a familiares y amigos sobre su apariencia. Esta necesidad de confirmación externa responde al deseo de reducir la incertidumbre sobre la propia imagen y, en muchas ocasiones, alimenta un ciclo de inseguridad. Las redes sociales y los medios de comunicación emergen como un factor contemporáneo de creciente relevancia.

El factor cultural también es determinante. Yoshioka y Takeda (2012) y Pan et al. (2018) introdujeron la comparación entre culturas asiáticas y norteamericanas, hallando disparidades significativas en la autopercepción corporal y en los niveles de insatisfacción. Mientras en contextos norteamericanos la diversidad corporal comienza a ser más visible y se promueve, al menos en cierta medida, una mayor aceptación del cuerpo propio, en algunas culturas asiáticas persisten estándares corporales más rígidos y homogéneos, que inciden con mayor fuerza sobre la población con DI. Esta diferencia cultural sugiere que la internalización de ideales estéticos puede variar según las pautas socioculturales dominantes, reflejándose en grados distintos de insatisfacción corporal. Así, una persona con DI en un entorno que valora la delgadez extrema o cierto tipo de corporalidad “ideal” puede sentir más intensamente la tensión entre su cuerpo real y el cuerpo deseado. Por el contrario, en un entorno con mensajes más inclusivos y diversas representaciones, puede disminuir la brecha entre la percepción corporal y los estándares socioculturales, reduciendo así el malestar.

Intervenciones para mejorar la satisfacción con la imagen corporal

A lo largo de las últimas décadas, las intervenciones orientadas a mejorar la satisfacción con la imagen corporal en personas con DI han evolucionado desde enfoques centrados principalmente en el aspecto físico y la motricidad hacia planteamientos más integrales que contemplan factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales. Los primeros trabajos en este ámbito apuntaban a la relevancia de la actividad física como un medio para influir positivamente en la percepción corporal. Franklin (1979), por ejemplo, demostró cómo la terapia de movimiento podía mejorar la conciencia del propio cuerpo y la coordinación, favoreciendo una representación más precisa y, en algunos casos, más positiva de la imagen corporal. Si bien este enfoque se centraba en estimular la sensibilización perceptiva y la coordinación motora, sentó las bases para investigaciones posteriores más complejas.

Con el paso del tiempo, estos programas se refinaron. Salaun et al. (2013), al implementar un programa de Actividad Física Adaptada (APA) durante nueve meses en adolescentes con DI y obesidad, no solo constataron mejoras en variables fisiológicas —

como la reducción del porcentaje de grasa corporal y la circunferencia de la cintura— sino también una disminución notable en la insatisfacción corporal. Esto resultó especialmente relevante, ya que indicaba que, al combinar ejercicio adaptado con una evaluación constante de la condición física, era posible superar las dificultades perceptivas típicamente asociadas a la DI. En este sentido, el APA no se limitaba a brindar beneficios de salud “objetivos” (menos grasa, mayor condición física), sino que también influía en el modo en que los jóvenes con DI se percibían a sí mismos, fortaleciendo la confianza en su propio cuerpo.

Por su parte, Ayaso-Maneiro et al. (2014) introdujeron un componente dietético al sumar la restricción calórica al ejercicio. Al combinar estas dos intervenciones —un programa de pérdida de peso y ejercicio— los participantes con DI mostraron reducciones de peso y mejoras en la percepción corporal, aunque persistía una desconexión entre los cambios reales y percibidos. Esta discrepancia sugiere una tendencia de los participantes con ID a magnificar los efectos del ejercicio y la restricción calórica. Es una ilusión perceptual donde creen haber logrado una pérdida de peso mayor a la real. Sin embargo, un hallazgo clave de este estudio fue el “efecto rebote” a los seis meses de concluida la intervención, momento en el que las percepciones positivas tendían a menguar. Esto subrayaba la importancia de la continuidad en las acciones y la necesidad de plantear intervenciones a largo plazo, que no dependieran únicamente de un programa puntual, sino de la creación de hábitos y entornos de apoyo que sostuvieran las mejoras en el tiempo.

Más recientemente, Eden y Randle-Phillips (2017) y González-Martí et al. (2023) han sugerido la importancia de intervenciones integrales, que aborden no solo el aspecto físico, sino también el fortalecimiento de la autoestima y la autoaceptación. Estas intervenciones deberían involucrar al entorno social (familia, profesionales de apoyo) y considerar factores culturales y comunicativos, así como el uso de las redes sociales, para brindar un enfoque holístico del bienestar.

Discusión

La revisión sistemática sobre la percepción y satisfacción con la imagen corporal en personas con DI ofrece una visión integral de un área de investigación muy poco estudiada. Este trabajo destaca la interacción compleja entre factores personales y contextuales que influyen en la percepción corporal en esta población, subrayando la importancia de enfoques multidimensionales y culturalmente sensibles para abordar estas problemáticas.

La evidencia revisada revela que las personas con DI experimentan desafíos únicos en relación con la percepción corporal, sugiriendo que, desde las primeras evaluaciones de la imagen corporal (basadas en mediciones táctiles y el dibujo de la figura humana) hasta las investigaciones más recientes (que han incorporado medidas antropométricas estandarizadas), la percepción física objetiva del cuerpo en individuos con DI es menos precisa, más fluctuante y con dificultades para integrar datos externos (como su IMC real) a su autopercepción. Esto sienta la base para entender cómo, sobre esta percepción corporal inicial menos ajustada, se construyen posteriormente otras dimensiones subjetivas como la satisfacción, la autoestima o la respuesta a las influencias contextuales (Eden & Randle-Phillips, 2017; Napolitano et al., 2010; Shontz, 1963). Los estudios muestran que las personas con DI tienden a subestimar su peso y tamaño corporal, lo que podría estar relacionado con limitaciones en la interpretación sensorial y procesos cognitivos específicos (Muñoz-Ruata et al., 2010). Esta característica sugiere la necesidad de enfoques específicos que aborden las particularidades de esta población en el diseño de intervenciones educativas y terapéuticas. Esta revisión apoya la idea de que las personas con DI presentan una percepción menos flexible de su esquema corporal, posiblemente en parte debido a limitaciones cognitivas y sensoriales. A pesar de las limitaciones, se observa una relativa estabilidad en la percepción corporal en ciertos contextos, lo cual puede estar influido por estrategias adaptativas que desarrollan para proteger su autoestima y autoconcepto (Dagnan & Sandhu, 2001).

En conjunto, la evolución cronológica de la investigación sobre satisfacción e insatisfacción corporal en personas con DI revela una transición desde una visión puramente descriptiva a otra más compleja y psicológica. De la neutralidad inicial se pasó

a la identificación de factores que fomentan la insatisfacción, especialmente la obesidad, la recepción de juicios externos y la influencia de ideales estéticos dominantes. Hoy en día, es claro que las personas con DI no solo poseen una imagen corporal propia, sino que también pueden experimentar un amplio rango de emociones al respecto, desde la satisfacción y la indiferencia hasta la insatisfacción y el malestar, influidos por sus características personales y el entorno social y cultural en el que se desenvuelven.

En síntesis, los estudios más recientes (Eden, 2017; González-Martí, 2023; Pan, 2018) se centran fundamentalmente en el ámbito subjetivo de la satisfacción corporal, las distorsiones perceptivas entendidas como actitudes personales, las preferencias estéticas y la influencia del contexto cultural y social, sin recurrir a las pruebas clásicas de estimación objetiva de proporciones corporales, precisión de la imagen interna del cuerpo o mediciones directas de percepción. De este modo, no se observa la misma aproximación analítica a la percepción física evaluable y objetiva que caracterizó a las investigaciones más tempranas.

La revisión subraya que el sexo juega un papel relevante en la percepción y satisfacción corporal en personas con DI. Las mujeres con DI tienden a reportar percepciones más negativas de su imagen corporal en comparación con los hombres, reflejando una mayor insatisfacción y deseo de modificar su peso o forma (Mañano et al., 2016; Reel et al., 2013). Por otro lado, los hombres suelen centrarse en atributos como la fuerza física y presentan menores niveles de insatisfacción, aunque también están expuestos a presiones sociales que refuerzan estándares de masculinidad (Pan et al., 2018). Estas diferencias resaltan la necesidad de diseñar intervenciones específicas basadas en género, que aborden las preocupaciones y prioridades particulares de cada grupo, fomentando una percepción más positiva y realista del cuerpo.

Asimismo, factores como el nivel cognitivo, la comprensión de los mensajes socioculturales o la exposición a modelos estéticos podrían modular cómo el sexo se relaciona con la autoimagen. En algunos casos, la DI podría reducir la internalización de ciertos estereotipos de género, mientras que en otros podría reforzar reacciones más ingenuas o menos filtradas ante esos mismos estereotipos.

En suma, mientras que la variable sexo en la población sin DI suele presentar un patrón claro (mayor insatisfacción en mujeres), en el caso de las personas con DI los resultados no son tan claros. Se detectan tendencias (mujeres con mayor orientación hacia la delgadez, hombres con deseo de musculatura), pero estas no siempre van acompañadas del mismo grado de insatisfacción corporal observado en población sin discapacidad. Además, la presencia de factores contextuales (como la actitud familiar, las expectativas culturales y la información disponible) puede alterar el impacto del sexo en la formación de la imagen corporal, haciendo que su efecto no sea uniforme ni fácilmente generalizable.

La autoestima y el autoconcepto son componentes clave en la percepción corporal de las personas con DI. Estudios iniciales como el de Ottenbacher (1981) ya destacaban la relación significativa entre estos elementos. Además, se ha encontrado que las mujeres con DI suelen mostrar un autoconcepto más favorable en comparación con los hombres, a pesar de las percepciones corporales más negativas que tienden a reportar. Esto podría reflejar un mayor uso de mecanismos de adaptación que favorecen la estabilidad emocional en esta población (Falk & Sansour, 2024).

Además, la autoestima facilita la interpretación de mensajes sociales y culturales sobre la imagen corporal. En contextos donde se promueven ciertos estándares estéticos, individuos con DI y baja autoestima podrían verse más afectados, interiorizando la imagen negativa que el entorno transmite sobre su propio cuerpo. Por el contrario, en sujetos con DI y alta autoestima, esos mismos mensajes resultan menos dañinos; la confianza en uno mismo ayuda a contextualizar las exigencias sociales, no como verdades absolutas, sino como meras opiniones o patrones irrelevantes a la hora de valorar el propio valor personal.

Por último, cabe destacar que la autoestima, al ser un aspecto susceptible de intervención psicológica y educativa, representa una vía prometedora para futuras estrategias de mejora de la imagen corporal en personas con DI. Mientras que el sobrepeso, el IMC o la forma del cuerpo pueden ser más difíciles y lentos de cambiar, la autoestima puede potenciarse mediante terapias psicológicas, talleres de habilidades sociales, refuerzo positivo y educación emocional. Incrementar la autoestima no solo

favorece la resiliencia ante la presión sociocultural por el aspecto físico, sino que también puede motivar a las personas con DI a adoptar hábitos más saludables y mantenerlos a largo plazo, sin caer en la autocrítica destructiva.

En suma, la autoestima emerge como un elemento central y dinámico, capaz de modificar el impacto que tienen el peso, la obesidad u otras variables fisiológicas y contextuales sobre la percepción de la imagen corporal en la DI. Lejos de ser un simple atributo secundario, la autoestima actúa como un componente psicológico esencial, otorgando a la persona con DI mayores recursos internos para afrontar la complejidad que supone construir una imagen corporal satisfactoria en un entorno a menudo marcado por exigencias estéticas.

Además del valor de la autoestima, el constructo de autoconcepto adquiere matices específicos en esta población. En personas con DI suele ser más positivo en áreas sociales y familiares, mientras que es menos favorable en dominios relacionados con competencias académicas o cognitivas (Li et al., 2006). Estos patrones reflejan la importancia del contexto social en su formación, así como la necesidad de crear entornos inclusivos y de apoyo que refuercen la percepción positiva del individuo sobre sí mismo. Estrategias como el fortalecimiento de la validación emocional y la participación en actividades inclusivas han demostrado ser efectivas para mitigar los efectos negativos de la estigmatización social (Davies et al., 2020).

El autoconcepto —entendido como la concepción global que el individuo tiene de sí mismo, incluyendo aspectos físicos, sociales y cognitivos— se vincula estrechamente con el modo en que la persona con DI se percibe en distintas esferas de su vida. Un autoconcepto equilibrado puede llevar a evaluar la propia apariencia como una parte más, no determinante, de la identidad personal, restando así poder a la insatisfacción corporal. Por el contrario, un autoconcepto débil o fragmentado podría hacer que la persona con DI se apoye demasiado en la dimensión física para definir su valor personal, intensificando la sensación de descontento ante cualquier desviación del ideal corporal.

La relación entre IMC y percepción corporal también se ve influida por la capacidad de las personas con DI para comprender las categorías y conceptos asociados al peso. Algunos individuos no poseen las herramientas cognitivas o formativas para

situarse con precisión dentro de rangos de peso saludable, sobrepeso u obesidad, lo que genera una brecha entre la evaluación objetiva (por profesionales de la salud) y la autoevaluación subjetiva. Así, aunque el IMC es un indicador estandarizado y objetivo, la interpretación que hacen las personas con DI de su propio peso puede verse modulada por su nivel de comprensión, la influencia del entorno y las experiencias previas con la salud y el ejercicio.

Además, en algunos casos existe la paradoja de que, cuanto más elevado es el IMC, mayor es la tendencia a actuar sobre el cuerpo—por ejemplo, intentando dietas o ejercicio—, pero no necesariamente mayor la precisión en la percepción de ese estado. Lo que emerge es una constelación compleja: el IMC se configura como un factor que suele incrementar la probabilidad de insatisfacción, pero esta no es inevitable. La falta de linealidad sugiere que hay variables mediadoras o moderadoras, ya sean cognitivas (niveles de alfabetización en salud), emocionales (autoestima, autoconcepto) o contextuales (apoyo familiar, presión social, presencia de entrenadores o terapeutas), que modelan cómo el peso influye finalmente en la imagen corporal. En definitiva, el IMC ofrece una base tangible desde la cual partir, pero el significado subjetivo que las personas con DI le otorgan a su peso, sumado a su capacidad para reconocer y clasificar su estado ponderal, determina en gran medida el grado de satisfacción o insatisfacción con su propia imagen corporal.

Por lo tanto, la literatura sugiere que el trabajo terapéutico o educativo destinado a mejorar la imagen corporal en personas con DI no debería centrarse únicamente en el control del peso o la actividad física, sino también en la construcción y fortalecimiento de la autoestima y del autoconcepto. Este enfoque multidimensional podría tener un efecto sinérgico: al reforzar la valoración positiva de las capacidades personales, la persona con DI obtiene un marco más resiliente desde el cual interpretar su apariencia. En consecuencia, la imagen corporal deja de ser una fuente primordial de insatisfacción y se convierte en un componente integrado y aceptado de la propia identidad, independiente de la forma física o del cumplimiento estricto de estándares estéticos externos.

En cuanto al nivel de DI, los estudios no permiten identificar una relación clara con la insatisfacción corporal. Más bien, las diferencias cognitivo-perceptivas parecen

facilitar ciertas distorsiones, pero no hay evidencia sólida que vincule niveles de DI con mayor o menor satisfacción corporal. La DI podría, no obstante, influir en la capacidad de comprender mensajes sociales sobre el cuerpo y la salud, afectando el procesamiento de la información y la construcción de la autoimagen.

En relación con los factores sociales y contextuales, los resultados de esta revisión apoyan la premisa de que el entorno juega un papel crucial en la autoimagen de las personas con DI, destacando cómo las percepciones y actitudes de los progenitores y personas que les proporcionan apoyos influyen en su percepción corporal. Por ejemplo, Yoshioka y Takeda (2012) encontraron que los padres de adolescentes con DI aceptaban cuerpos más grandes como ideales, lo que podría normalizar la obesidad y perpetuar una percepción distorsionada. Además, estudios como el de Davies et al. (2020) resaltan que el apoyo social percibido puede contrarrestar las experiencias negativas y promover una autoestima más positiva, algo especialmente relevante para las personas con DI.

Por otro lado, las influencias familiares y educativas pueden actuar como facilitadores o barreras para una percepción corporal positiva. Programas que involucran a las familias y promueven actividades físicas adaptadas han demostrado ser efectivos para mejorar la percepción corporal y la autoestima en esta población (Salaun et al., 2013). Sin embargo, es crucial que estos programas sean diseñados considerando las capacidades cognitivas y las necesidades emocionales de las personas con DI, evitando la implementación de enfoques generalizados que podrían ser ineficaces o contraproducentes. En el ámbito escolar o formativo, educadores y profesionales de apoyo también participan en la construcción de la percepción corporal. Comentarios aparentemente inofensivos, comparaciones con otros compañeros o la falta de un discurso inclusivo sobre la diversidad corporal pueden consolidar estereotipos que lleven a la persona con DI a sentir que su cuerpo es inadecuado. Aunque no todos los estudios revisados han profundizado en la labor del profesorado y el personal de apoyo, las menciones a la relevancia del entorno educativo sugieren que las interacciones cotidianas pueden reforzar o mitigar la percepción negativa del cuerpo.

El entorno social y cultural, por su parte, desempeña un papel crucial en la formación de la percepción corporal. Por un lado, las redes sociales y otros medios

amplifican estereotipos de belleza inalcanzables, afectando negativamente la percepción corporal en general (Holland & Tiggemann, 2016). En el caso de las personas con DI, las experiencias sociales y las actitudes externas son determinantes en su autoimagen, ya que tienden a ser más vulnerables a comentarios negativos y comparaciones sociales (Eden & Randle-Phillips, 2017).

La influencia contextual es multifacética y no puede entenderse sin un abordaje ecológico: se entrecruzan las expectativas familiares, las actitudes de la comunidad educativa, las representaciones corporales en redes sociales y medios de comunicación, así como las normas socioculturales que prescriben ideales estéticos. Esta confluencia de factores puede actuar reforzando la insatisfacción, si todos apuntan a una noción de cuerpo “correcto” inalcanzable, o, por el contrario, pueden atenuarla, si se proporcionan discursos inclusivos, referentes corporales diversos y apoyo emocional. Por ello, las intervenciones dirigidas a mejorar la satisfacción con la imagen corporal en personas con DI no deben limitarse al individuo: es imprescindible implicar a las familias y a los profesionales que les proporcionan apoyos, promover un discurso mediático más inclusivo y, en definitiva, generar un entorno cultural y social que valore la diversidad corporal.

El estigma social y el eclipsamiento diagnóstico fueron identificados en la introducción como barreras significativas. Los resultados de la revisión refuerzan esta idea al mostrar cómo estos factores pueden llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados (Pelleboer-Gunnink et al., 2019; Reiss et al., 1982). Este resultado es congruente con los observados en otros estudios no incluidos en la revisión, como el de Javaid et al. (2019), quienes describen cómo estos factores limitan el acceso a una atención especializada adecuada, perpetuando desigualdades y afectando negativamente la autoimagen. Este fenómeno subraya la necesidad de una mayor formación en los profesionales de la salud para reconocer y abordar las necesidades específicas de esta población.

Las intervenciones, como los programas de actividad física adaptada y las terapias de pérdida de peso, han demostrado ser efectivas para mejorar la percepción corporal en personas con DI (Ayaso-Maneiro et al., 2014; Salaun et al., 2013). Sin embargo, los

resultados también muestran una desconexión entre los cambios físicos reales y la percepción subjetiva. Este fenómeno puede explicarse por el sesgo ilusorio positivo, donde las personas con DI mantienen una percepción positiva de sí mismas a pesar de las discrepancias objetivas (Salaun et al., 2013). Otros estudios, como el de Gilbert y Miles (2002), sugieren que este sesgo puede actuar como un mecanismo de defensa para proteger el autoconcepto y evitar sentimientos de insatisfacción severa.

En definitiva, las intervenciones eficaces para mejorar la satisfacción con la imagen corporal en personas con DI son aquellas que van más allá de una aproximación reduccionista. Ya no se trata simplemente de bajar de peso o mejorar la forma física, sino de articular simultáneamente el ejercicio físico adaptado, la educación nutricional, el refuerzo de la autoestima y del autoconcepto, la gestión de la influencia social (familia, amigos, redes sociales) y la conciencia sobre las diferencias culturales en los cánones estéticos. Estas propuestas integrales permiten avanzar hacia una concepción de la imagen corporal no solo como un constructo perceptivo, sino como un fenómeno bio-psico-social que, abordado holísticamente, puede realmente contribuir a elevar el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas con DI.

Las investigaciones revisadas presentan varias limitaciones que afectan la generalización y validez de los hallazgos. Por un lado, las muestras reducidas, homogéneas o con escasa diversidad (Ayaso-Maneiro et al., 2014; Franklin, 1979; González-Martí et al., 2023; Napolitano et al., 2010; Ottenbacher, 1981; Shontz, 1963; Vinter et al., 1983), junto con la focalización exclusiva en contextos socioeconómicos específicos, en un solo género (solo varones o solo mujeres) o bien en participantes que ya eran físicamente activos (como atletas) (Pan et al., 2018; Reel et al., 2013; Wysocki & Wysocki, 1973; Yoshioka & Takeda, 2012), dificultan la generalización de los resultados. Además, el uso de metodologías con escaso control e instrumentos no estandarizados (González-Martí et al., 2023; Ottenbacher, 1981; Wysocki & Wysocki, 1973), las intervenciones de corta duración sin seguimiento a largo plazo (Franklin, 1979; Salaun et al., 2013), la ausencia de grupos control adecuados (Ayaso-Maneiro et al., 2014) y la influencia de contextos institucionales, presiones sociales o instrumentos poco representativos de la complejidad de la autoimagen (Eden & Randle-Phillips, 2017; Vinter et al., 1983) limitan la solidez interna y reducen la validez de las conclusiones.

Además, muchos estudios no consideran factores como el nivel de apoyo familiar o las diferencias individuales en las capacidades cognitivas. En conjunto, esta revisión identifica las limitaciones mostradas en los estudios analizados que dificultan la generalización de los resultados. Estas limitaciones también se aplican a la presente revisión, ya que la selección de estudios y los criterios de inclusión pueden haber dejado fuera investigaciones relevantes.

Por otro lado, la adaptación de las herramientas de evaluación es crucial para garantizar una comprensión adecuada por parte de las personas con DI. La revisión muestra que el uso de escalas visuales, instrucciones simplificadas y apoyos verbales facilita la participación y la recopilación de datos precisos (Reel et al., 2013; Pan et al., 2018). Esta necesidad de adaptación coincide con las recomendaciones de la AAIDD, que enfatiza la importancia de considerar el entorno y los apoyos necesarios para cada individuo (Tassé et al., 2016). Líneas futuras de investigación deberían enfocarse en diseños longitudinales que permitan evaluar la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo y en muestras más amplias y diversas que reflejen la heterogeneidad de la población con DI. También es necesario explorar cómo los factores culturales y sociales influyen en la percepción corporal y desarrollar intervenciones que aborden estas complejidades de manera integral.

En conclusión, esta revisión sistemática subraya la necesidad de intervenciones que integren los contextos sociales, emocionales y cognitivos de las personas con DI, reduciendo el impacto del estigma y proporcionando estrategias adaptadas puede contribuir significativamente a mejorar la percepción y satisfacción con la imagen corporal, promoviendo así una mayor calidad de vida e inclusión social para este sector de la población.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Author.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anwer, S., Akbar, M., & Malik, A. (2015). Visual perceptual abilities in intellectually disabled children with and without ADHD. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *41*(3), 169–174.
- Ayaso-Maneiro, J., Domínguez-Prado, D., & García-Soidán, J. (2014). Influence of weight loss therapy programs in body image self-perception in adults with intellectual disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*, 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.002>
- Bhaumik, S., Watson, J. M., Thorp, C. F., Tyrer, F., & McGrother, C. W. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*(4), 287–298. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01018.x>
- Biswas, A. B., Vahabzadeh, A., Hobbs, T., & Healy, J. M. (2010). Obesity in people with learning disabilities: possible causes and reduction interventions. *Nursing Times*, *106*(31), 16–18.
- Boxall, K., & Ralph, S. (2009). Research ethics and the use of visual images in research with people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *34*(1), 45–54. <https://doi.org/10.1080/13668250802688306>
- Brener, N. D., Eaton, D. K., Lowry, R., & McManus, T. (2004). The association between weight perception and BMI among high school students. *Obesity Research*, *12*(11), 1866–1874. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.232>
- Bucciare, R. A., & Reel, J. J. (2009). “Not so different than you”: Body image and eating disorders among individuals with disabilities. In J. J. Reel & K. A. Beals (Eds.),

The hidden faces of eating disorders and body image (pp. 145–158). American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

- Bucciare, R., Reel, J. J., & SooHoo, S. (2011). An exploration of body image among persons with intellectual disabilities. *Communicating Nursing Research, 44*, 163–163.
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R., & Liebermann, D. G. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation, 30*(5), 323–329. <https://doi.org/10.1080/09638280701265398>
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present and future. *Body Image, 1*, 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (Eds.). (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Caton, S., & Chapman, M. (2016). The use of social media and people with intellectual disability: A systematic review and thematic analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 41*(2), 125–139. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1153052>
- Cicmil, N., & Eli, K. (2014). Body image among eating disorder patients with disabilities: a review of published case studies. *Body Image, 11*(3), 266–274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.001>
- Crabtree, J.W., Haslam, S.A., Postmes, T., & Haslam, C. (2010). Mental health support groups, stigma, and self-esteem: Positive and negative implications of group identification. *The Journal of Social Issues, 66*, 553–569. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01662.x>
- Dagnan, D., & Sandhu, S. (1999). Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 43*(5), 372–379. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1999.043005372.x>

- Davies, L., Randle-Phillips, C., Russell, A. and Delaney, C. (2021), The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34, 1037–1047. <https://doi.org/10.1111/jar.12844>
- Davies, B., Randle-Phillips, C., Rushton, L., Smith, J., & Kessler, H. (2020). The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(1), 53–65.
- Day, R. H., Sparrow, W. A., Shinkfield, A. J., & Zerman, L. (1997). Impairment in the perception of 2D shape by adults with mild intellectual disability: An exploratory investigation. *Australian Journal of Psychology*, 49, 139–143. <https://doi.org/10.1080/00049539708260457>
- Dell'Armo, K., & Tassé, M. J. (2024). Diagnostic overshadowing of psychological disorders in people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 129(2), 116–134. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-129.2.116>
- Eden, K., & Randle-Phillips, C. (2017). Exploration of body perception and body dissatisfaction in young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 71, 88–97. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.011>
- Espinoza, P., Penelo, E., & Raich, R. M. (2010). Influencias socioculturales & factores individuales de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 22(4), 643–648.
- Falk, K., & Sansour, T. (2024). Self-concept and achievement in individuals with intellectual disabilities. *Disabilities*, 4(2), 348–367. <https://doi.org/10.3390/disabilities4020023>
- Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B., & Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: review and recommendations for

- future research. *Eating behaviors*, 15(3), 357–365.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.010>
- Franklin, S. B. (1979). Movement therapy and selected measures of body image in the trainable, mentally retarded. *American Journal of Dance Therapy*, 3(1), 43–50.
<https://doi.org/10.1007/BF02579548>
- Gilbert, P., & Miles, J. (Eds.). (2002). *Body shame: Conceptualisation, research and treatment*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315820255>
- González-Martí, I., Abellán, J., & García-Barba, C. (2023). Exploring body image perceptions among people with intellectual disability: a qualitative study. *Psychology, Society & Education*, 15(2), 28–36.
<https://doi.org/10.21071/pse.v15i2.15709>
- Gómez, L. E., & Navas, P. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos del desarrollo intelectual y problemas de salud mental. In E. Fonseca-Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 145–165). Pirámide.
- Görmez, A., Kurtulmuş, A., Ince, Z., Torun, P., & Uysal, Ö. (2020). Psychiatric symptoms, challenging behaviour and utilization of psychiatric services among adults with intellectual disabilities in turkey. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 1038–1048. <https://doi.org/10.1111/jar.12726>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Horvat, M., Croce, R., Pesce, C., & Fallaize, A. (2019). *Intellectual disabilities. Developmental and adapted physical education: Making Ability Count* (6th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203704035>
- Ikeda, K., Kasugai, H., Yamaguchi, A., Uchino, Y., Katase, H., & Kanno, A. (2013). Visual perceptual strengths and weaknesses in adults with intellectual disabilities compared with a birth year-matched norm. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(1), 67–79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01516.x>

- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image, 3*(4), 325–333.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.001>
- Javaid, A., Nakata, V., & Michael, D. (2019). Diagnostic overshadowing in learning disability: think beyond the disability. *Progress in Neurology and Psychiatry, 23*(2), 8–10. <https://doi.org/10.1002/pnp.531>
- Kinnear, D., Morrison, J., Allan, L., Henderson, A., Smiley, E., & Cooper, S. (2018). Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without down syndrome: Cross-sectional study. *BMJ Open, 8*(2), e018292. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018292>
- Li, E. P., Tam, A. S., & Man, D. W. (2006). Exploring the self-concepts of persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 10*(1), 19–34.
<https://doi.org/10.1177/1744629506062270>
- Linnane, J.M., & Rayner-Smith, K. (2022). Ignorance is bliss? Are body image issues and eating disorders being ignored in intellectual disability populations? *The Bulletin of the Faculty for People with Intellectual Disabilities, 20*(3), 26–29.
<https://doi.org/10.53841/bpsfpid.2022.20.3.26>
- MacMahon, P., & Jahoda, A. (2008). Social comparison and depression: people with mild and moderate intellectual disabilities. *American Journal of Mental Retardation, 113*(4), 307–318. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2008\)113\[307:SCADPW\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2008)113[307:SCADPW]2.0.CO;2)
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33*(2), 126–138. <https://doi.org/10.1111/jar.12654>
- McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(7), 497–510. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00915.x>

- Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C. R., Miller, S., & Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 8(3), 223–230. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00296.x>
- Muñoz-Ruata, J., Caro-Martínez, E., Martínez Pérez, L., & Borja, M. (2010). Visual perception and frontal lobe in intellectual disabilities: a study with evoked potentials and neuropsychology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(12), 1116–1129. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01341.x>
- Napolitano, D. A., Zarcone, J., Nielsen, S., Wang, H., & Caliendo, J. M. (2010). Perceptions of body image by persons with Prader-Willi syndrome and their parents. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(1), 43–53. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.1.43>
- Ottenbacher, K. (1981). An investigation of self-concept and body image in the mentally retarded. *Journal of clinical psychology*, 37(2), 415–418. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198104\)37:2<415::aid-jclp2270370237>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198104)37:2<415::aid-jclp2270370237>3.0.co;2-k)
- Pan, C., Mañano, C., & Morin, A. J. S. (2018). Physical self-concept and body dissatisfaction among Special Olympics athletes: A comparison between sex, weight status, and culture. *Research in Developmental Disabilities*, 76, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.013>
- Paterson, L., McKenzie, K., & Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166–176. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00651.x>
- Pelleboer-Gunnink, H., Oorsouw, W., Weeghel, J., & Embregts, P. (2019). Stigma research in the field of intellectual disabilities: a scoping review on the perspective of care providers. *International Journal of Developmental Disabilities*, 67(3), 168–187. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1616990>

- Plena inclusión. (2024). *¿Cuántas personas con discapacidad intelectual hay?*
<https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/cuantas-personas-con-discapacidad-intelectual-hay/>
- Plesa-Skwerer, D., Sullivan, K., Joffre, K., & Tager Flusberg, H. (2004). Self-concept in people with Williams syndrome and Prader-Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 119–138.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2003.05.003>
- Reel, J. J., Bucciare, R. A., & SooHoo, S. (2013). Exploring body image and body mass index of male and female Special Olympics athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology, 7*(1), 89–97. <https://doi.org/10.1123/jcsp.7.2.89>
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency, 86*(6), 567–574.
- Rodríguez-Testal, J. F. (Coord.) (2013). *Alteraciones de la imagen corporal*. Síntesis.
- Salaun, L., & Berthouze-Aranda, S.E. (2011). Obesity in School Children with Intellectual Disabilities in France. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 24*, 333-340. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00612.x>
- Salaun, L., Reynes, E., & Berthouze-Aranda, S. E. (2013). Adapted physical activity programme and self-perception in obese adolescents with intellectual disability: Between morphological awareness and positive illusory bias. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27*(2), 112–124.
<https://doi.org/10.1111/jar.12056>
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). An overview of intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 126*(6), 439–442. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Reeve, A., Snell, M. E., Sprent, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M.

- A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*(2), 116–124.
[https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2007\)45\[116:TROMRU\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2)
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Kegan Paul.
- Shontz, F. C. (1963). Body-part size judgment in contrasting intellectual groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 136*, 368–373.
<https://doi.org/10.1097/00005053-196304000-00007>.
- Stanish H. I., Temple V. A., & Frey G. C. (2006). Health-promoting physical activity of adults with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*, 13–21. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20090>
- Stanković, M., & Milačić-Vidojević, I. (2014). Perceived stigma, self-esteem, and social comparison of persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 46*(2), 187–199.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability, 20*(3), 177–183.
<https://doi.org/10.1023/A:1021493615456>
- Tassé, M. J., Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptive behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 54*(6), 381–390.
<https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.6.381>
- Temple, V. A., Frey, G. C., & Stanish, H. I. (2006). Physical activity of adults with mental retardation: Review and research needs. *American Journal of Health Promotion, 21*(1), 2–12. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.1.2>
- Ungurean, B.C., & Cuza, A.I. (2021). Theoretical aspects of intellectual disability - definition, classification. *Series IX Sciences of Human Kinetics, 14*(63), 247–252. <https://doi.org/10.31926/but.shk.2021.14.63.1.31>

- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470684610>
- Vinter, A., Mounoud, P., & Husain, O. (1983). Accuracy and stability of self-image of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency, 87*(6), 755–768.
- Walsh, N., Barr, O., Lang, D., Currid, M., & Hoey, C. (2020). Peripheral bone density measurement: an interdisciplinary initiative for improving health outcomes for people with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 26*(1), 18–28. <https://doi.org/10.1177/1744629520950136>
- Walton, C., & Kerr, M. (2015). Severe intellectual disability: Systematic review of the prevalence and nature of presentation of unipolar depression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 29*(5), 395–408. <https://doi.org/10.1111/jar.12203>
- Watkins, L., & Colgate, R. (2016). Improving healthcare for people with intellectual disabilities: The development of an evidence-based teaching programme. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 10*(6), 333–341. <https://doi.org/10.1108/AMHID-07-2016-0009>
- Weiss, J., Diamond, T., Denmark, J., & Lovald, B. (2003). Involvement in Special Olympics and its relations to self-concept and actual competency in participants with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 24*, 281–305. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(03\)00043-x](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(03)00043-x)
- Wilkinson, K. M., & McIlvane, W. J. (2013). Perceptual factors influence visual search for meaningful symbols in individuals with intellectual disabilities and Down syndrome or autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 34*(10), 3126–3137. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-118.5.353>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Wysocki, B. A., & Wysocki, A. C. (1973). The body-image of normal and retarded children. *Newton College of the Sacred Heart*. [https://doi.org/ 10.1002/1097-4679\(197301\)29:1<7::aid-jclp2270290103>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197301)29:1<7::aid-jclp2270290103>3.0.co;2-5)

Yoshioka, A., & Takeda, K. (2012). Body image and body shape perception of adolescents with intellectual disabilities compared to students without disabilities: Obesity. *Japanese Journal of Special Education*, 49(6), 755–768. <https://doi.org/10.6033/TOKKYOU.49.755>