

ÁLVARO SICILIA
JOSÉ MARTÍN-ALBO
(Editores)

IMAGEN CORPORAL, SALUD Y EDUCACIÓN

AUTORES:

ANNIE AIMÉ
CATHERINE BÉGIN
MARIE-ÈVE BLACKBURN
MARIE L. CALTABIANO
GIANLUCA CASTELNUOVO
CATHERINE CLOUSTON
MARILOU CÔTÉ
EMILY DENAHY
JACINTHE DION
ANA ESTÉVEZ
NEREA ETXABURU
SALVATORE GULLO
SARAH KHLIFA

DARIA KUSS
GIANLUCA LO COCO
MILENA LÓPEZ MONTÓN
GIAN MAURO MANZONI
CHARLOTTE H. MARKEY
MARIANNE MERCIER
JANIRE MOMÈNE LÓPEZ
GIADA PIETRABISSA
RACHEL F. RODGERS
FRANCESCA CHLOE RYDING
ÁLVARO SICILIA
MARÍA LUISA SOCÍAS-SERRANO
ESBEN STRODL

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407.

Trabajo financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Agencia Estatal de Investigación (AEI/10.13039/501100011033), a través del proyecto I+D+I (referencia PID2019-107674RB-I00).

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

© Copyright by
Los Autores
Madrid, 2023

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

Traducción y Edición de Textos: Álvaro Sicilia y José Martín-Albo

ISBN: 978-84-1170-076-4
Depósito Legal: M-9198-2023

ISBN electrónico: 978-84-1170-117-4

Maquetación:
german.balaguer@gmail.com

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN VÍCTIMAS DE ABUSO Y ACOSO

ANNIE AIMÉ¹, JACINTHE DION², SARAH KHLIFA³ Y
MARIANNE MERCIER¹

¹ Université du Québec en Outaouais, Canadá

² Université du Québec à Chicoutimi, Canadá

³ Clínica de trastornos alimentarios St-Laurent, Québec, Canadá

INTRODUCCIÓN

Las experiencias de victimización vividas durante la infancia representan un importante problema de salud pública. Estas experiencias engendran numerosas consecuencias, particularmente a nivel psicológico, físico y social. Según el informe *Violence towards children in the EU: Current situation* elaborado por el Parlamento Europeo (Dimitrova-Stull, 2014), es difícil cuantificar los costes de esta violencia con precisión. La violencia infantil genera gastos a mediano y largo plazo relacionados con los servicios de salud (e.g., hospitalizaciones, tratamientos, consultas médicas), con la protección de la niñez, costos de justicia penal y pérdida de productividad. Adicionalmente, las trayectorias de la imagen corporal de las personas que experimentan victimización en el curso de su infancia parecen verse afectadas. Altos índices de insatisfacción corporal han sido indicados en este tipo de víctimas (Karr y Simonich, 2012; Latner, 2012; Puhl y Peterson, 2012), así como una mayor tendencia a examinar y juzgar sus cuerpos (Holmqvist Gattario et al., 2020).

El presente capítulo revisa el conocimiento científico actual sobre la relación existente entre el abuso y el acoso sufridos durante la infancia y la imagen corporal. En primer lugar, el capítulo aborda una explicación de las nociones de victimización, polivictimización y trauma complejo. Seguidamente, se exponen las posibles consecuencias del abuso y el acoso, al mismo tiempo que se presenta su relación con la imagen corporal. Finalmente, se plantean algunas implicaciones clínicas respecto a la evaluación y la intervención con personas que hayan vivido abuso o acoso y presentan problemas de imagen corporal.

DEFINICIONES Y PANORAMA DE LA SITUACIÓN

Victimización durante la infancia

La organización mundial de la salud define el abuso infantil como todas las formas de violencia y de negligencia sufridas antes de los 18 años de edad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Esto puede incluir abuso físico o afectivo, agresión sexual, negligencia, explotación, o incluso la exposición a la violencia por parte de tu pareja (Finkelhor et al., 2009). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (Sethi et al., 2013) indica tasas de prevalencia de 9,6% en abusos sexuales (13,4% entre las niñas y 5,7% entre los niños), de 22,9% para los abusos físicos, y de 29,1% para los abusos psicológicos (sin diferenciación real de sexo para los dos últimos tipos de abuso) en Europa. Igualmente, para Europa se calcula que unos 18 millones de niños sufren de abuso sexual, 44 millones de violencia física y 55 millones de violencia psicológica.

Las formas de victimización incluyen también el acoso. El acoso comprende comportamientos, palabras o gestos deliberados que ocurren repetidamente y que implican una desigualdad en el equilibrio de poder entre al menos dos personas (Farrington y Ttofi, 2009; Vessey, DiFazio, y Strout, 2013). Es a menudo intencional (Holmqvist Gattario et al., 2020). Es el resultado de la parcialidad, los estereotipos negativos o creencias perjudiciales (Garnett et al., 2014; Puhl et King, 2013) relacionados con características físicas (e.g., el peso, el color de la piel, una discapacidad física) (Azeredo et al., 2015). El acoso corresponde al componente conductual de la estigmatización, la cual implica una pérdida del estatus y de la discriminación (Link y Phelan, 2001, 2006). A tal efecto, Finkelhor et al. (2015) han demostrado que el acoso, como experiencia de victimización durante la infancia, contribuye de manera importante a la angustia psicológica, así como otras formas de abuso físico, emocional o sexual.

Entre los y las jóvenes víctimas de acoso, el peso corporal constituye la razón informada con mayor frecuencia (Puhl, et al., 2015). En esta línea, un estudio canadiense, en el que participaron 1491 adolescentes, mostró que un 29% de ellos habían vivido acoso relacionado con su peso (Goldfield et al., 2010). La investigación ha mostrado que las niñas y niños que presentan un mayor peso tienen más probabilidades de sufrir acoso (Goldfield et al., 2010). Los comportamientos de acoso, recibidos con mayor frecuencia por mujeres, pueden experimentarse en diferentes contextos, tales como la escuela, el trabajo, entornos sanitarios y de salud, o en las interacciones sociales que se viven cotidianamente (Spahlhoz et al., 2016).

Las experiencias de victimización ligadas al peso pueden ser explícitas o implícitas (Mensingher et al., 2018). En el primer caso, nos referimos a experien-

cias deliberadas o comportamientos discriminatorios que expresan prejuicios que implican que una persona con sobrepeso u obesa es perezosa o carece de fuerza de voluntad (Mensingher et al., 2018). Esto implica que la persona es objeto de comportamientos deliberadamente discriminatorios, que suelen conllevar insultos o un trato incorrecto. En el segundo caso, una victimización implícita se refiere a experiencias que son vividas en entornos no adaptados a personas que presentan sobrepeso (Mensingher et al., 2018). Ejemplos de esta última forma de victimización puede ser observada en muchos entornos no adaptados para personas con un mayor peso, tales como las sillas de avión, los asientos escolares, o en el material disponible en los espacios de entrenamiento y los cursos de educación física.

Polivictimización y trauma complejo

Las niñas y niños víctimas de abuso durante su desarrollo son más propensos a presentar diferentes formas de experiencias de victimización. Según Milot y sus colegas (2021), los estudios disponibles sobre polivictimización indican que las víctimas jóvenes de 18 años o menor edad consideran haber sido expuestas, en promedio, a 3,7 tipos de experiencias diferentes durante su vida. Por ejemplo, un niño o niña víctima de agresión sexual podría también demostrar ser víctima de violencia física o acoso. En población adulta, los estudios indican que entre el 13% a 43% de los que informaron haber sido víctimas lo han sido por dos o más formas de victimización (Paquette, 2017).

La acumulación de tipos de victimización responde a uno de los criterios de polivictimización y de trauma complejo. Sin embargo, la expresión trauma complejo, utilizada por Milot et al. (2018), incluye otros criterios. Según estos autores, un trauma complejo incluiría traumas acumulados, una repetición de dichos traumas en el tiempo, e importantes repercusiones sobre el desarrollo del infante, así como sobre su funcionamiento en la edad adulta (e.g., en las dimensiones afectiva, física, cognitiva o relacional). En otras palabras, el trauma complejo implicaría eventos o situaciones repetidas, de carácter interpersonal crónico, que resultan ser traumáticos y que tienen numerosas consecuencias negativas, severas o persistentes (Milot et al., 2018). Los padres del menor o los adultos significativos para él son a menudo el origen de tales traumas.

Los estudios que han analizado la polivictimización y el trauma complejo sugieren que tienen consecuencias más perjudiciales que cuando solo se indica una forma de victimización (Finkelhor et al., 2007; Milot et al., 2018). De hecho, los estudios sugieren que la acumulación de múltiples formas de victimización durante la infancia tiene consecuencias importantes sobre la salud mental. Además, se considera que la polivictimización también está asociada a más problemas durante la vida adulta que en el caso de la exposición a una sola forma.

CONSECUENCIAS POSIBLES DE LA VICTIMIZACIÓN

La investigación de los últimos decenios indica que el abuso y el acoso sufridos durante la infancia pueden tener múltiples repercusiones como la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, el estrés postraumático, el abuso de sustancias, así como ideas suicidas y tentativas de suicidio (Eisenberg et al., 2003; Greenleaf et al., 2014; Sachs-Ericsson et al., 2016; Stevens et al., 2017). En términos de acoso relacionados específicamente con el peso, se observa que las y los jóvenes que son víctimas tienen igualmente mayor tendencia a evitar o despreciar la práctica de actividades físicas (Greenleaf et al., 2014; Himmelstein et al., 2019; Stevens et al., 2017). Además, estos jóvenes son más propensos a adoptar comportamientos de control de peso como las restricciones alimentarias o el ayuno (Goldfield et al., 2010; Stevens et al., 2017).

La victimización puede dar lugar a una amplia gama de dificultades relacionales, incluyendo mayores dificultades para desarrollar relaciones interpersonales entre pares (Griffiths et Page, 2008). Por ejemplo, se ha indicado que las víctimas de abuso o acoso, tenderían a desarrollar un apego de tipo inseguro (e.g., ambivalente, evitativo o desorganizado). Ellas podrían integrar la idea de que su entorno es hostil, peligroso e imprevisible. Pueden entonces encerrarse en sí mismas, y llegar a creer que si confían en los demás serán decepcionadas o traicionadas. Este retraimiento les priva entonces de un potencial apoyo social.

Las experiencias de victimización pueden igualmente estar asociadas durante toda la vida a una mayor sensibilidad a los problemas físicos, tales como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, y una disminución general de la calidad de vida (Miller et al., 2011; Sweeting, 2020). Las respuestas al estrés inducidas por estos acontecimientos traumáticos pueden provocar cambios neurológicos (Nemeroff, 2016) y de inflamación crónica (Miller et al., 2011). De hecho, los estresores repetitivos (como la polivictimización) podrían provocar una alteración del sistema de respuesta al estrés (e.g., una hipo o hiperreactividad). Las observaciones somáticas podrían también mostrar un impacto en el desarrollo de fibromialgia, dolor crónico, síndrome de colon irritable, que no tendrían razones médicas conocidas (Milot et al., 2018; Milot et al., 2021). Por otro lado, el acoso y los comportamientos discriminatorios que experimentan las personas con sobrepeso u obesidad no los animan a buscar atención sanitaria. Estas personas tienden sobre todo a evitar los cuidados de la salud, a tener baja adherencia al tratamiento y a mostrar desconfianza hacia los profesionales de la salud (Stevens et al., 2017).

Problemas cognitivos y de aprendizaje se han observado como resultado de la victimización. Por ejemplo, los menores con traumas tendrían dificultades de atención y de concentración y llegarían difícilmente a planificar sus actividades (Milot et al., 2018; Milot et al., 2021). En el caso del acoso relacionado con el

peso, el funcionamiento escolar de los jóvenes puede verse afectado. Ellos pueden tener resultados más bajos y buscar evitar asistir a la escuela para no ser acosados (Puhl et Luedicke, 2012). Adicionalmente, ha sido demostrado que los jóvenes que se enfrentan a la acumulación de fuentes de intimidación presentan una menor adaptación escolar (e.g., abandono planificado, una integración escolar más difícil y un menor compromiso con el entorno escolar, Stamate et al., 2021).

Las experiencias de victimización vividas durante la infancia pueden igualmente generar disociación, dificultades de regulación emocional y de mentalización, así como una alteración en la autoestima y del concepto de sí mismos (Milot et al., 2018; Milot et al., 2021). La disociación puede ser simbolizada por el hecho de sentirse como desacoplados de su cuerpo, alejados de la realidad. La persona puede sentirse flotando por encima de los acontecimientos (desrealización) o como si el evento traumático le hubiera ocurrido a otra persona (despersonalización). La victimización crónica favorece la aparición y utilización de la disociación, frente a emociones difíciles y situaciones estresantes o parecidas a traumas anteriores. A fuerza de estar expuestos a la violencia, los menores corren más riesgos de experimentar cambios de humor duraderos. Sus emociones tienen a suprimirse e incluso se expresan de manera disfuncional. Hay que señalar que la acumulación de fuentes de acoso se ha asociado a un menor bienestar emocional (e.g., mayores síntomas de depresión, baja autoestima, anhedonia y problemas interpersonales, Eisenberg et al., 2003). Los problemas de mentalización pueden manifestarse en dificultades para reconocer e interpretar los propios estados internos y los de los demás. Estas dificultades interfieren en la interpretación correcta de lo que ocurre, y fomentan comportamientos y emociones inadecuados. Por último, la acumulación de victimización puede conducir a un sentimiento de impotencia que genera una necesidad de controlarlo todo y a una hipervigilancia. Esta hipervigilancia hace que las víctimas desconfíen y duden de sus percepciones. Por ejemplo, las palabras duras, escuchadas de forma repetitiva durante su infancia, se interiorizan como verdades. Esto puede conducir a una baja autoestima, un sentimiento de ineficacia personal y de perturbaciones en términos de imagen corporal.

ASOCIACIONES ENTRE LA VICTIMIZACIÓN Y LA IMAGEN CORPORAL

Partiendo de la idea que la imagen corporal corresponde a la percepción que una persona tiene de su propio cuerpo y que esta percepción se construye a lo largo de su desarrollo (Ricard, 2021; Wertheim et al., 2009), parece lógico que las experiencias de victimización durante la infancia afecten a la imagen corporal. Por otra parte, en una revisión sistemática y un meta-análisis publicado en 2021, al parecer, 37 de los 40 estudios analizados, sostienen la existencia de vínculos entre el abuso y la imagen corporal (Bödicker et al., 2021).

Las experiencias interpersonales vividas a través de las interacciones con personas significativas del entorno, se reconoce que contribuyen al desarrollo de la imagen corporal (Karr y Simonich, 2012). La socialización, integración e internalización de normas, de valores y comportamientos valorados, también contribuyen a la construcción de la imagen corporal (Karr y Simonich, 2012). Así pues, el abuso y el acoso socavan las experiencias interpersonales y de socialización positivas y óptimas, lo que influye negativamente en la imagen corporal. Estando ya dañado por los traumas vividos, una baja autoestima puede conducir a una mayor importancia de la opinión del otro sobre uno mismo, y una mayor permeabilidad hacia lo que transmite el entorno. Además, los infantes, al oír repetidamente comentarios negativos sobre sí mismos o sobre los demás (e.g., en situaciones de acoso), corren el riesgo de construir su identidad e imagen corporal en función de estos comentarios. Según Vartanian (2018), los menores víctimas de abuso, son particularmente vulnerables a las influencias socioculturales como las normas de belleza y los comentarios sobre la apariencia. En esta línea, parece entendible que los menores corren el riesgo de interiorizar las ideas sobre los ideales de cuerpo vigentes y a realizar comparaciones sociales respecto a su cuerpo, lo que contribuye al aumento de la insatisfacción corporal. Las experiencias de abuso, sea físico o sexual, tendrían un impacto directo en el cuerpo, a través de sensaciones y sentimientos de invasión.

Si bien ciertos tipos de trauma afectan directamente al cuerpo (como las agresiones sexuales o físicas), otras formas (e.g., los insultos o el menosprecio) pueden estar vinculadas indirectamente (Emirtekin et al., 2019). Las víctimas de abuso o acoso pueden igualmente revivir su trauma a través de sus cuerpos, que los llevaría a tener emociones negativas como la vergüenza o incluso un sentimiento de traición hacia su cuerpo (Dion et al, 2020).

Abuso

De todas las formas de abuso, la agresión sexual ha sido la más estudiada en relación con la imagen corporal (Karr y Simonich, 2012). En cuanto que se trata de una experiencia que atenta al cuerpo, la agresión sexual es percibida por los médicos como una experiencia que tiene un impacto nocivo en la forma en que la víctima experimenta y percibe su cuerpo (e.g., la sobreestimación de la talla corporal, experimentan su cuerpo como roto, repugnante o incontrolable) (Bödicker et al., 2022; Karr y Simonich, 2012).

Según Dyer et al. (2015), en comparación con las personas que no han experimentado abuso, las víctimas de agresiones sexuales viven no solamente emociones más negativas relacionadas con su cuerpo, sino también suelen asociar más partes de su cuerpo con el trauma que han experimentado. Estas víctimas también suelen presentar dificultades para percibir y hacer valer sus límites corporales, así como experimentar ansiedad por su aspecto físico (Dyer et al., 2015; Talmon y Ginzburg, 2018).

Suele observarse en las víctimas de agresión sexual una disociación entre sus sentimientos y sus sensaciones corporales. Esto generaría un distanciamiento y no reconocimiento de sus cuerpos y por extensión de sus límites, lo cual crearía ansiedad sobre su aspecto físico. La visión del otro sobre uno mismo se convertiría entonces en necesaria, incluso vital, para construirse a sí mismo. Además, la experiencia de agresión sexual durante la infancia sería asociada a una perturbación de los límites corporales. Estos límites incluyen las fronteras físicas entre el individuo y su entorno y la permeabilidad del cuerpo, o el sentimiento de vulnerabilidad en relación con el propio cuerpo. Dado que los límites del cuerpo son una parte integral de la representación de la imagen corporal (Talmon y Ginzburg, 2018), la agresión sexual dejará a la persona con la impresión de un cuerpo perpetuamente invadido. También provocaría incomodidad con el contacto íntimo y vergüenza sobre el propio cuerpo.

Además de los sentimientos de vergüenza, también pueden observarse sentimientos de impotencia, necesidad de control e hipervigilancia. La persona que sufre abuso reacciona de forma exagerada ante lo que percibe como una amenaza o ante situaciones similares a las del trauma sufrido. La situación traumática, al no haber sido “curada o integrada”, permanece como una herida abierta, físicamente sensible a las más mínimas sensaciones resentidas. Para protegerse, la persona tiende entonces a poner una distancia entre ella y los demás, y a movilizarse entonces para anticipar y evitar revivir el trauma (Fuchs 2018).

Ciertos modelos teóricos han intentado comprender mejor las asociaciones entre los traumas durante la infancia y las insatisfacciones corporales. Por ejemplo, el modelo de ruptura de identidad (*identity disruption model*) de Vartanian et al. (2018) estipula que los eventos traumáticos perturban el desarrollo de la identidad (e.g., por un concepto alterado de sí mismo, menos estable y menos coherente). Es entonces, a través de una experiencia corporal alterada, que el autoconcepto y la percepción del cuerpo se distorsionan (Finkelhor y Browne, 1985; Malecki, 2018). Resulta entonces prácticamente imposible apropiarse de su cuerpo, de disociarlo del otro (es decir, del abusador) y de habitar plenamente en su cuerpo (Malecki, 2018). Adicionalmente, esta perturbación del autoconcepto está asociada a una mayor preocupación por las comparaciones sociales y a una mayor internalización de los ideales de belleza y, por consiguiente, a una mayor insatisfacción corporal. Esta última es, por ejemplo, asociada a la adopción de comportamientos alimentarios problemáticos.

Acoso en relación con el peso

Por su visibilidad, la apariencia y el peso son objetivos fáciles para la intimidación. Las personas con sobrepeso son acosadas regularmente. Sin embargo, los aspectos repetidos y crónicos del acoso favorecen la alteración y el debilitamiento de la imagen corporal y la autoestima. De hecho, cuando hay presencia

de acoso entre los y las jóvenes, se tiende a observar una mayor propensión a declarar insatisfacción sobre el cuerpo (Holmqvist Gattario et al., 2020).

El acoso es observado más frecuentemente al inicio de la adolescencia, cuando las y los jóvenes atraviesan el periodo de la pubertad (Zequinão et al., 2017; Duarte et al., 2017). Se trata de un periodo donde se muestran sensibles a la aceptación de sus pares, buscan atributos juzgados socialmente deseables, y se preocupan especialmente por el rechazo y los ataques de sus compañeros (Duarte et al., 2017). Para aquellos que perciben que su cuerpo es la base de su apariencia, la experiencia puede resultar incluso más fuerte. En consecuencia, cuando son víctimas de acoso relacionado con su peso, el miedo se materializa y puede desarrollarse un sentimiento de incompetencia o una sensación de inferioridad. Pueden también sentirse fracasados y creer que no están haciendo lo suficiente para controlar su peso o adelgazar (Jung et al., 2017). En pocas palabras, el acoso puede acentuar las preocupaciones que tienen debido a su apariencia, y la vergüenza que sienten por no encajar en los ideales (Duarte et al., 2017).

El acoso en relación con el peso está ligado a insatisfacciones corporales, independientemente del peso de la persona que la experimenta (Latner, 2012). Esta asociación ha sido apoyada por diversos estudios (Zequinão et al., 2017; Duarte et al., 2017; Gray et al., 2011; Jung et al., 2017; Stevens et al., 2017). Sin embargo, las personas con sobrepeso, o incluso con obesidad, son más propensas a tener este tipo de experiencias y sentimientos. Algunos autores sugieren incluso, que el acoso relacionado con el peso está más relacionado con la insatisfacción corporal que con el peso en sí u otras características físicas por sí solas (Latner, 2012; Puhl y Peterson, 2012).

Las experiencias de acoso en relación con el peso se asocian a una mayor vergüenza y culpabilidad sobre el cuerpo. Estas emociones negativas fomentan comportamientos de evitación, especialmente en relación con la actividad física y las consultas sanitarias (Mensing et al., 2017). Pueden llevar también a las personas que sufren este tipo de experiencias a buscar autorregularse emocionalmente, recurriendo a comer en exceso, lo que puede llevar a un aumento de peso.

Las experiencias de acoso relacionadas con el peso, llevan de otra manera a las víctimas a integrar la creencia de que con esfuerzo y voluntad es posible controlar su peso y modificar su cuerpo. Por lo tanto, tienen creencias poco realistas en cuanto al cuerpo ideal. Es más probable que aspiren a un cuerpo ideal poco realista, desviándose fuertemente de su cuerpo actual (Jung et al., 2017). Sus vivencias de acoso y discriminación relativas a su peso favorecen en ellas una integración de mensajes negativos respecto al peso y la apariencia. Perciben y evalúan su cuerpo de forma más negativa, lo que hace que corran un riesgo especial a la hora de buscar estrategias para modificar su cuerpo (Jung

et al., 2017). Pueden así llegar a creer que, si pierden peso o llegan a tener una apariencia diferente, proyectarán entonces la imagen de una persona con control, ambiciosa y exitosa. A través de la adopción de medios de control del peso, invierten aún más en su cuerpo. El cuerpo toma entonces una importancia netamente más elevada que otras esferas de su vida, a partir de las cuales pueden definir su autoestima y su valor personal.

Por último, cabe señalar que parece posible una interrelación entre el acoso y las insatisfacciones corporales. Esto implica que no solamente el acoso en relación con el peso podría conducir a mayores insatisfacciones corporales, sino también que las personas más insatisfechas con su cuerpo tendrían mayor riesgo de ser víctimas de acoso (Zequinão et al., 2017; Gray et al., 2011). Para ello, algunos estudios han indicado que jóvenes que presentan un mayor peso, pero dicen estar satisfechos con su cuerpo, señalan menores indicadores de acoso en relación con su peso que aquellas que se declaran insatisfechas (Gray et al., 2011).

CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACIÓN

De manera general, en presencia de una persona que acude a consulta por problemas de imagen corporal, parece importante realizar una historia clínica o incluso una evaluación global, que permita identificar las diferentes esferas de su vida. Conviene centrarse en los elementos que intervienen en la construcción de la imagen corporal. Durante la evaluación, se puede valorar hasta qué punto está alterada la imagen corporal y cómo se han construido las insatisfacciones corporales.

Como se mencionó anteriormente, la imagen corporal depende, entre otras cosas, de las experiencias interpersonales vividas durante la infancia. Parece entonces importante identificar la presencia de factores traumatogénicos, y observar el apoyo social de las personas que se encuentran durante la evaluación. Por ejemplo, ¿la persona ha enfrentado comentarios negativos repetitivos en relación con su apariencia, su cuerpo o su peso? ¿Se ha quedado aislada? ¿Presenta un gran miedo a ser criticada por su apariencia o por lo que dice o hace? Apreciar la receptividad terapéutica (las personas traumatizadas suelen ser muy desconfiadas) y la capacidad de mentalización de la persona parece igualmente pertinente a considerar. Por lo tanto, el evaluador y/o terapeuta debe preguntar sobre las experiencias de victimización que puedan haber ocurrido en la infancia, además de evaluar las problemáticas ligadas a la imagen corporal. Esto puede hacerse durante la entrevista clínica o mediante cuestionarios. Si no se pregunta directamente a la persona sobre sus experiencias de victimización durante la infancia, esta no lo mencionará necesariamente (Dion et al., 2020). En ciertos casos, es igualmente posible que una persona niegue tales traumas (Saindon et al., 2019), o que prefiera no hablar de ellos (Aimé et

Maïano, 2014). Es importante entonces intentar hacer que la persona esté lo más cómoda posible, continuando a su ritmo, sin insistir en que fue abusada o acosada.

Para la persona que denuncia el abuso o el acoso, se sugiere evaluar el impacto en su imagen corporal (e.g., los pensamientos, las emociones como la vergüenza, asco por el propio cuerpo, comportamientos de verificación, de camuflaje). Es decir, es posible que la persona jamás haya establecido una relación entre el abuso o el acoso sufridos durante la infancia y las dificultades de imagen corporal a las que se enfrenta. Si este resulta ser el caso, la evaluación le permitirá interesarse en esta relación, e iniciar una reflexión al respecto. En todo caso, la evaluación no debe sugerir relaciones que no son necesarias. Por ejemplo, no debe darse por sentado que la presencia de insatisfacción corporal, o de experiencias interpersonales difíciles, son indicadores de victimización. Solo cuando la evaluación demuestre que se ha producido un abuso, se debe seguir explorando más ampliamente el vínculo con la imagen corporal. Por otro lado, es pertinente evaluar las otras repercusiones posibles del abuso y el acoso durante la infancia (e.g., síntomas post-traumáticos, depresión, ansiedad, dificultad de regulación emocional). En efecto, estas repercusiones pueden interferir con el tratamiento de problemas relacionados con la imagen corporal.

La evaluación permite comprobar cuáles fueron las fuentes de victimización y permite preguntar a la persona sobre los efectos que esto ha tenido en sus relaciones con los que le rodean y en su comportamiento. En este sentido, los comportamientos de evitación en relación con las clases de educación física, las actividades deportivas en general o incluso la escuela, pueden haber sido adoptados como resultado de experiencias previas de acoso relacionado con el peso (Aimé y Maïano, 2014; Stamate et al., 2021). Los sentimientos de vergüenza, el miedo a ser juzgado negativamente en razón de su peso, y también los sesgos y prejuicios que la persona tiene en relación con el peso, deben ser evaluados. Estos indicadores pueden decirnos en qué grado las experiencias de acoso y discriminación por el peso se han interiorizado. En algunos casos, puede ser igualmente pertinente evaluar si la persona adopta ella misma los comportamientos discriminatorios en relación con el peso frente a otras personas.

CONSIDERACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Un cierto seguimiento de la relación entre la terapia y el cliente debe ser considerado cuando la persona indica experiencias de victimización durante la infancia. En efecto, el contexto relacional de la terapia puede hacer aflorar diferentes emociones frente al terapeuta (e.g., desconfianza, miedo a ser abandonado o traicionado). Estas emociones se relacionan con el hecho de que la victimización a menudo es sufrida por parte de personas cercanas, o incluso miembros de la familia o parientes. Así pues, una relación de empatía y compa-

sión puede permitir un reaprendizaje experiencial en la persona. Una relación de empatía ayuda a identificar las reacciones relacionales que su evaluador y/o terapeuta le hace experimentar, permite la comprensión y respuesta a ellos con mayor eficacia, de acuerdo con sus valores. La calidad de la relación terapéutica puede igualmente trabajarse a través de actitudes tales como la confianza, la escucha activa, la empatía, la aceptación incondicional (Norcross y Wampold, 2011). Por ejemplo, es importante creer a la persona y no cuestionar su palabra en relación con la victimización que denuncia. Es igualmente necesario escucharla activamente, sin amplificar o minimizar las experiencias relatadas y sin reaccionar con demasiada fuerza. La empatía se manifiesta, por su parte, a través de una validación de las emociones experimentadas por la persona. Además, cuando la persona informa sentirse responsable, el profesional deberá trabajar con ella sobre esta responsabilidad que se atribuye a sí misma. Según Crocq (2007), resulta pertinente comprometerse interpersonalmente con la víctima mientras se controla y se aborda la cercanía y la distancia que se experimenta en la relación. Crocq añade, por otro lado, que la relación del terapeuta con la persona puede motivarla a encontrar el valor para explorar sus traumas.

De manera general, las intervenciones llevadas a cabo por el profesional deben tener en cuenta las múltiples consecuencias importantes que pueden tener las experiencias de victimización durante la infancia. Esto implica que la educación psicológica puede ayudar a la persona a cuestionarse y a comprender cómo se construye su imagen corporal a la luz de sus experiencias de abuso sufridas anteriormente. Las intervenciones para el manejo del trauma pueden también resultar ser esenciales. En este sentido, pueden ser tenidos en cuenta la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT), el *Eye Movement Desensitization y Reprocessing* (EMDR), y un tratamiento farmacológico (Milot et al., 2018). La intervención también tiene como objetivo llevar a la persona a comprender mejor cómo las experiencias de victimización sufridas durante la infancia han afectado a las diferentes esferas de su vida (e.g., en las relaciones con otros, en su manera de gestionar sus dificultades, pero también en términos de imagen corporal). Las estrategias de intervención centradas en mejorar las habilidades de afrontamiento utilizadas por la persona pueden ser palancas interesantes (Stevens et al., 2017). Por ejemplo, pueden llevar a la persona a ser más capaz de regular su ansiedad, y a manejar más adecuadamente sus emociones y recuerdos relacionados con su trauma. Otras intervenciones centradas en los factores de protección, como el desarrollo del apoyo social y las actividades de ocio agradables, también pueden ser relevantes (Stevens et al., 2017).

Para prevenir y contrarrestar el acoso relacionado con el peso, así como sus efectos potencialmente negativos sobre la imagen corporal, puede ser de utilidad el desarrollo de intervenciones que tienen como objetivo desarrollar una imagen corporal positiva, dado que esto ayuda a contrarrestar los efectos negativos del acoso escolar (Gray et al., 2011). Esto incluye un trabajo sobre

los comportamientos evitativos relacionados con el miedo a ser juzgado o intimidado por su peso, y el aprendizaje de formas para regular el estrés en situaciones sociales percibidas como amenazantes (Mensing et al., 2018). Estrategias de exposición frente a situaciones temidas por la persona también podría utilizarse. La primera etapa consistiría en jerarquizar con la persona las situaciones evitadas a causa del miedo a ser juzgado. En una segunda etapa, la persona podría experimentar estas sensaciones mediante una exposición gradual en vivo.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima también parecen ser preferibles, en la medida en que está interconectada con la imagen corporal. Una búsqueda de puntos fuertes de la persona, y un enfoque dispuesto sobre aquello que es capaz de hacer, representa un buen objetivo para la intervención. También puede ser beneficioso un trabajo de reestructuración cognitiva sobre los pensamientos o juicios que la persona experimenta. Al hacerlo, el terapeuta debe buscar una mejor autoaceptación y la expresión de una cierta autocompasión que pueda disminuir los efectos negativos del abuso. Debemos intentar que la persona comprenda que no puede reducirse a lo que otros dicen de ella, es importante hacerle vez que es mucho más y es capaz de mucho más por sí misma.

Para las personas que re-experimentan los traumas en su cuerpo o que sienten vergüenza y traición en relación con él, se aboga por el uso de actividades físicas. Sus actividades físicas no deben estar centradas sobre el rendimiento, sino más en su realización (e.g., elegir actividades como la danza, el yoga, la relajación). Actividades de meditación, en paralelo al tratamiento psicoterapéutico, pueden igualmente resultar interesantes a fin de ayudar a la persona a reconocerse, retomar contacto y reordenar sus sensaciones corporales (Dion et al., 2020). Sin embargo, hay que tomar precauciones con las personas que pueden utilizar la actividad física como comportamiento compensatorio. En efecto, el exceso de actividad física podría indicar un deseo de cambiar o incluso castigar el cuerpo.

Para llegar a un gran número de personas, deben llevarse a cabo campañas de salud pública que expliquen las causas y consecuencias de la obesidad y la discriminación por peso (Stevens et al., 2017). Parece, por ejemplo, que la adquisición de conocimientos puede resultar beneficioso para reducir la aparición de comportamientos discriminatorios en relación con el peso (Stevens et al., 2017) y así, contribuir a la mejora de la imagen corporal. Estos conocimientos pueden estar relacionados con el hecho de que no se puede controlar el peso, que la obesidad no está sistemáticamente asociada a los problemas de salud, y que el peso tiende a estar estable si no recurrimos a comportamientos inapropiados de pérdida de peso. Los esfuerzos de prevención deben inspirarse en un enfoque inclusivo y no prescriptivo en términos de peso (Mensing et al.,

2018). El enfoque inclusivo cuestiona la creencia de que el peso o el índice de masa corporal es un indicador de la salud de un individuo determinado. Es más holístico y considera que la salud y el bienestar pueden observarse en cualquier peso. Postula igualmente que la diversidad corporal debe ser celebrada y que la discriminación y el acoso relacionados con el peso deben ser erradicados (Mensing et al., 2018).

CONCLUSIÓN

La victimización vivida durante la infancia representa un factor de riesgo importante para el desarrollo, a corto y largo plazo, de diversas problemáticas en el plano psiquiátrico, psicológico, social y físico. En este sentido, la relación entre el abuso o el acoso y el desarrollo de problemas de imagen corporal están cada vez mejor documentados. En todo caso, es importante recordar que todas las víctimas de abuso o acoso no necesariamente desarrollarán problemas de imagen corporal. Es importante igualmente evaluar adecuadamente la presencia de traumatismos, ya sea en forma de acoso o cualquier otra forma de abuso. Esta evaluación podrá servir de base para la intervención, que puede incluir educación psicológica, recomendaciones de actividad física, y estrategias de regulación emocional como la relajación o la meditación. Estas intervenciones se basan en actitudes de escucha, de no juzgar, y de validar las emociones. También busca establecer una relación de confianza donde la persona podrá expresarse sin censura y, eventualmente, vivir experiencias emocionales correctivas.

REFERENCIAS

- Aimé, A., et Maïano, C. (2014). La stigmatisation et la discrimination par rapport au poids: Reflet d'une phobie collective face à l'obésité?, *Bulletin de santé publique*, 38(1), 3-4.
- Azeredo, C. M., Rinaldi, A. E. M., de Moraes, C. L., Levy, R. B., & Menezes, P. R. (2015). School bullying: A systematic review of contextual-level risk factors in observational studies. *Aggression and violent behavior*, 22, 65-76. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.006>
- Bödicker, C., Reinckens, J., Höfler, M., & Hoyer, J. (2022). Is childhood maltreatment associated with body image disturbances in adulthood? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15, 523-538. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00374-5>
- Bowlus, A., McKenna, K., Day, T., & Wright, D. (2003). *Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada*, Commission du droit du Canada, 2003, Recuperado de <https://dalspace.library.dal.ca/>
- Brooke, L., & Mussap, A. J. (2013). Brief report: Maltreatment in childhood and body concerns in adulthood. *Journal of health psychology*, 18(5), 620-626. <https://doi.10.1177/1359105312454036>

- Crocq, L. (2007). Clinique du syndrome psychotraumatique chronique. Névrose traumatique, état de stress post-traumatique et autres séquelles. In L. Crocq, L. Dalligand, L. Villerbu, C. Tarquinio, C. Duchet, J.-M. Coq, N. Chidiac, & M. Vitry (Eds), *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 35-50). Masson.
- Dimitrova-Stull, A. (2014). La violence à l'égard des enfants dans l'UE: état des lieux. Service de recherche du Parlement Européen (Violence towards children in the EU: Current situation). <https://epthinktank.eu/2014/11/18/1a-violence-a-legard-des-enfants-dans-lue-etat-des-lieux/#:~:text=Cette%20violence%20d%C3%A9pend%20d'un,les%20enfants%20non%2Daccompagn%C3%A9s%20etc.>
- Dion, J, Boulianne-Simard, C. & Godbout, N., (2020). Les personnes maltraitées. In Aimé, A., Maïano, C., & Ricard, M. M. (Eds), *Les troubles des conduites alimentaires: du diagnostic aux traitements*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. *Personality and Individual Differences, 116*, 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.003>
- Dyer, A. S., Feldmann Jr, R. E., & Borgmann, E. (2015). Body-related emotions in posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. *Journal of child sexual abuse, 24*(6), 627-640. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1057666>
- Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 157*(8), 733-738. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.8.733>
- Emirtekin, E., Balta, S., Sural, İ., Kircaburun, K., Griffiths, M. D., & Billieux, J. (2019). The role of childhood emotional maltreatment and body image dissatisfaction in problematic smartphone use among adolescents. *Psychiatry research, 271*, 634-639. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.059>
- Eubanks, J. R., Kenkel, M. Y., & Gardner, R. M. (2006). Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse. *Perceptual and motor skills, 102*(2), 485-497. <https://doi.org/10.2466/pms.102.2.485-497>
- Farrington, D. P. & Ttofi, M. M. (2009). School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Systematic Reviews: 5*(1), i-148. <https://doi.org/10.4073/csr.2009.6>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of orthopsychiatry, 55*(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization trauma. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child abuse & Neglect, 48*, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- Fuchs, T. (2018). Body Memory of Pain and Trauma. *Phainomenon, 28*(1), 127-145. <https://doi.org/10.2478/phainomenon-2018-0012>
- Garnett, B. R., Masyn, K. E., Austin, S. B., Miller, M., Williams, D. R., & Viswanath, K. (2014). The intersectionality of discrimination attributes and bullying among youth: An applied latent class analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(8), 1225-1239. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0073-8>
- Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., & Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health, 80*(4), 186-192. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00485.x>
- Gray, W. N., Simon, S. L., Janicke, D. M., & Dumont-Driscoll, M. (2011). Moderators of weight-based stigmatization among youth who are overweight and non-overweight: The role of gender, race and body dissatisfaction. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32*(2), 110-116. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182099754>
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., & Martin, S. B. (2014). Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. *Journal of School Health, 84*(1), 49-55. <https://doi.org/10.1111/josh.12118>
- Griffiths, L. J., & Page, A. S. (2008). The impact of weight-related victimization on peer relationships: The female adolescent perspective. *Obesity, 16*(S2), S39-S45. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.449>
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., & Watson, R. J. (2019). Weight-based victimization, eating behaviors, and weight-related health in sexual and gender minority adolescents. *Appetite, 141*, 104321. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104321>
- Holmqvist Gattario, K. H., Lindwall, M., & Frisé, A. (2020). Life after Childhood Bullying: Body Image Development and Disordered Eating in Adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 44*(3), 246-255. <https://doi.org/10.1177/016502541987797>
- Jung, F., Spahlholz, J., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Impact of weight-related discrimination, body dissatisfaction and self-stigma on the desire to weigh less. *Obesity facts, 10*(2), 139-151. <https://doi.org/10.1159/000468154>
- Karr T. M., Simonich H., & Wonderlich, S.A. (2012). Psychological trauma and body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 700-706). Elsevier.
- Kennedy, A. K., Schneiderman, J. U., & Negriff, S. (2020). Body appreciation and body dissatisfaction between maltreated and comparison adolescents. *Children and Youth Services Review, 108*, 104514. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104514>
- Latner, J.D. (2012). Body Weight and Body Image in Adults. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 264-269). Elsevier.

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://www.jstor.org/stable/2678626>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528-529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
- Malecki, J., Rhodes, P., & Ussher, J. (2018). Childhood trauma and anorexia nervosa: From body image to embodiment. *Health Care for Women International*, 39(8), 936-951. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1492268>
- Mensinger, J. L., Tylka, T. L., & Calamari, M. E. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139-147. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.001>
- Miller, G.E., E. Chen, and K.J. Parker, (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959-997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir*. Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D., et Godbout, N. (2021). Le trauma complexe: un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 69-90.
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Organisation mondiale de la santé (2020). Maltraitance des enfants. Recuperado de: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J., et Séguin, M. (2017). Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : une étude nationale conduite auprès des Québécoises. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 43-63. <https://id.erudit.org/iderudit/1040243ar>
- Puhl, R.M., & King, K.M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Puhl, R. M., & Peterson, J. L. (2012). Physical appearance and stigma. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 588-594). Elsevier.
- Ricard, M. M. (2021). *De l'insatisfaction à l'acceptation corporelle: Développer une relation plus positive avec son corps*. Editions JFD.
- Sachs-Ericsson, N. J., Rushing, N. C., Stanley, I. H., & Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 139-165. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063107>

- Saindon, R., Brassard, V., et Aimé, A. (2019). Le poids de l'intimidation: Exploration des expériences et réactions d'adolescentes et d'adolescents. *Revue Québécoise de Psychologie*, 40(3), 267-289. <https://doi.org/10.7202/1067558ar>
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-onPreventing-Child-Maltreatment.pdf
- Spahlholz, J., Baer, N., König, H. H., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Obesity and discrimination-a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity reviews*, 17(1), 43-55. <https://doi.org/10.1111/obr.12343>
- Stamate, I. F., Aimé, A., Gagnon, C., & Villatte, A. (2021). Association between weight- and appearance-related bullying in high school and postsecondary academic adaptation in young adults. *Journal of School Violence*, 20(4), 471-482. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1952079>
- Stevens, S. D., Herbozo, S., Morrell, H. E., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2017). Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *Journal of health psychology*, 22(8), 1084-1093. <https://doi.org/10.1177/135910531562474>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Sweeting, J. A., Garfin, D. R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2020). Associations between exposure to childhood bullying and abuse and adulthood outcomes in a representative national US sample. *Child abuse & Neglect*, 101, 104048. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104048>
- Talmon, A., & Ginzburg, K. (2018). "Body self" in the shadow of childhood sexual abuse: The long-term implications of sexual abuse for male and female adult survivors. *Child Abuse & Neglect*, 76, 416-425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.004>
- Vartanian, L. R., Hayward, L. E., Smyth, J. M., Paxton, S. J., & Touyz, S. W. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 322-330. <https://doi.org/10.1002/eat.22835>
- Vessey, J. A., DiFazio, R. L., & Strout, T. D. (2013). Youth bullying: A review of the science and call to action. *Nursing outlook*, 61(5), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.04.011>
- Vilamot, B. (2007). Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent. In L. Crocq, L. Dalligand, L. Villerbu, C. Tarquinio, C. Duchet, J.-M. Coq, N. Chidiac, & M. Vitry (Eds.), *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes* (pp. 51-61). Masson.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Blaney, S. (2009). Body image in girls. In L. Smolak & J.K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in*

youth: Assessment, prevention, and treatment, 2nd ed. (pp. 47-76). American Psychological Association.

Zequinão, M. A., de Medeiros, P., do Rosário, H. R. V., Pelegrini, A., Lopes, L., Pereira, B., & Cardoso, F. L. (2017). Association between body dissatisfaction and bullying in children of socioeconomically vulnerable areas. *Porto Biomedical Journal*, 2(6), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.04.010>