



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



REVISIÓN

Body Image. Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention



Diana Kirszman* y María del Carmen Salgueiro

Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 17 de junio de 2015; aceptado el 20 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2015

KEYWORDS

Body image;
Body dissatisfaction;
Eating disorders;
Psychotherapy;
Virtual reality

Abstract This paper explore the role that body image plays in the psychopathology of eating disorders, from dissatisfaction in one extreme of the continuum through distortion at the other end, its incidence as a risk factor in the generation of the disorder and as a relapse predictor. Highlights the relevance of the social construction of body image and hence, the need for consideration of contextual factors for its understanding and for the design of specific treatment interventions. Emphasizes the importance of body image disturbances as a hard core of psychopathology, as a maintenance factor, and indicator for prognosis. It initially details body image' perceptual, cognitive and behavioral components and research in different contexts and populations. Some instruments that help to define the dimensions of this complex concept are listed. Finally, describes different types of intervention, mainly psychotherapy approaches (individual, family and couple and group psychotherapy), the use of virtual reality and mindfulness based interventions, placing these specific interventions within the overall treatment, in a second phase, after the control of symptomatology.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

PALABRAS CLAVE

Imagen corporal;
Insatisfacción corporal;
Trastornos alimentarios;

Imagen Corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención

Resumen Este trabajo describe el papel que juega la imagen corporal en la psicopatología de los trastornos alimentarios, desde la manifestación de grados leves de insatisfacción hasta las distorsiones que pueden llegar a niveles de alta severidad y su incidencia como factor de riesgo, en la generación del trastorno y como predictor de recaídas. Se destaca la relevancia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianakirszman@fibertel.com.ar (D. Kirszman).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Psicoterapia;
Realidad virtual

de la construcción social de la imagen corporal y de la necesidad de la consideración de los factores contextuales para su comprensión y para el diseño de las intervenciones específicas en el tratamiento. Se enfatiza la importancia de las alteraciones en la imagen corporal como núcleo duro de la psicopatología, como factor de mantenimiento y como indicador pronóstico. Detalla inicialmente los componentes perceptuales, cognitivos y de comportamiento del constructo y su estudio en diferentes poblaciones. Se mencionan a continuación algunos instrumentos que ayudan a precisar las dimensiones de este complejo concepto. Finalmente describe las diferentes modalidades de intervención, principalmente el abordaje psicoterapéutico (individual, vincular y grupal), la utilización de realidad virtual y la aplicación de intervenciones basadas en *mindfulness*, ubicando esta intervención específica dentro del tratamiento general, en una segunda fase, después del control de la sintomatología.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

La imagen corporal en la literatura científica

El concepto de imagen corporal (IC) es una construcción psicológica compleja. Se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental que incluye emociones, pensamientos y conductas asociadas. Las alteraciones de la IC se constituyen en un criterio central en el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (APA, 2013) y forman el núcleo central de la psicopatología en la perspectiva transdiagnóstica (Fairburn y Cooper, 2011; Fairburn et al., 2009).

La insatisfacción corporal además de constituir un rasgo central en la psicopatología de los trastornos alimentarios, es un factor de riesgo para su desarrollo (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004; Jáuregui, Ezquerro, Carbonero y Ruiz, 2013), un componente esencial para el mantenimiento de los mismos una vez iniciados (Bohon, Stice y Burton, 2009) y un predictor de riesgo para posibles recaídas (Fairburn y Cooper, 2003).

Stice (2002), agrega, entre su listado de factores de mantenimiento de estos trastornos, la interiorización de un ideal de delgadez y junto a la insatisfacción corporal, la baja autoestima, el perfeccionismo, la afectividad negativa, la intolerancia a las emociones negativas y los problemas interpersonales. Podemos observar cómo dos de los seis factores tienen que ver con la IC y esto tiene importantes implicancias para el tratamiento, teniendo en cuenta, además, que son factores altamente predictores de recaídas.

La literatura sobre el tema es muy extensa. Su importancia ha sido destacada en múltiples contextos culturales, occidentales y también orientales (Chisuwa y O'Dea, 2010), tanto en poblaciones urbanas como rurales (Jones, Fries y Danish, 2007), tanto en hombres como mujeres (Ricciardelli, McCabe, Williams y Thompson, 2007; Strother, Lemberg y Turberville, 2012) y también en niños (Jongenelis, Byrne y Pettigrew, 2014). Particularmente, en este último tema se han resaltado los factores familiares como favorecedores de patrones de alimentación e IC saludables o, por el contrario, del favorecimiento y/o mantenimiento de actitudes disfuncionales ligadas a la alimentación y a las representaciones de la IC (Downs y Blow, 2013; Hart, Cornell, Damiano y Paxton, 2015; Salgueiro y Kirszman, 2012). También se han estudiado

en minorías sexuales de población adolescente (Hadland, Austin, Goodenow y Calzo, 2014) y hombres gay y bisexuales con VIH (Blashill, Goshe, Robbins, Mayer y Safren, 2014).

Se ha avanzado en la tipología de la insatisfacción corporal y el ideal corporal en varones más asociada a las representaciones de musculación versus presencia de grasa corporal (Smith, Hawkeswood, Bodell y Joiner, 2011). En los varones, las variables mediadoras que aparecen como más importantes son el modelado y la interiorización de un cuerpo ideal (Ricciardelli et al., 2007).

Las diferentes manifestaciones de la IC han sido estudiadas tanto en poblaciones clínicas como en población general (Gauvin y Steiger, 2012) y en poblaciones específicas que se consideran de riesgo, como atletas (Ghoch, Soave, Calugi y Grave, 2013) y bailarinas (Penniment y Egan, 2012).

La IC se construye socialmente (Botella, Grañó, Gámiz y Abey, 2008). Se trata de un proceso complejo en el que participa la familia, los pares y los mensajes mediáticos (Hogan y Strasburger, 2008). Existe una creciente conciencia acerca de cómo los estereotipos culturales generan insatisfacción corporal como algo generalizado y, en este sentido, focalizar en la prevención de la «normalización» de estas experiencias (Tautleff-Dunn, Barnes y Larose, 2011) forma parte del objetivo de encarar este grave problema desde una perspectiva amplia, que incluya tanto los factores biológicos y sociales, además de los psicológicos y, también, la integración de abordajes asistenciales y preventivos. Se ha enfatizado este objetivo y la creación de equipos interdisciplinarios como una necesidad en trabajos previos (Kirszman y Salgueiro, 2002, 2004, 2008).

El área de los trabajos sobre la base neurobiológica de algunos de los aspectos de la IC también se ve representada en la literatura. El estudio de los correlatos biológicos a través de técnicas de neuroimagen demuestra cómo los patrones de respuesta de activación cerebral en pacientes con bulimia nerviosa difieren de los patrones observados en controles sanos. Cuando las pacientes se evalúan a sí mismas en comparación a imágenes de mujeres delgadas se observa una mayor involucración de la ínsula y una menor activación del giro fusiforme. Este hallazgo es interpretado por los autores como un énfasis en la autocentración en estas pacientes (Van den Eynde et al., 2013). Estos hallazgos

refuerzan la importancia de las intervenciones que apuntan a la refocalización de la atención y descentramiento en las pacientes con alteraciones de la IC. La integración de los aspectos neurobiológicos puede contribuir a una mejor comprensión de la vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios, a explicar más acabadamente, además de los factores psicológicos e interpersonales, por qué una persona con un esquema disfuncional vinculado a su autoevaluación desarrolla un trastorno mientras que otras no lo hacen. Los estudios sobre el funcionamiento de la memoria de trabajo y su interacción con los contenidos alojados en la memoria a largo plazo plantean la hipótesis de que en la etiología de los trastornos alimentarios contribuye en alguna medida la dificultad para actualizar representaciones negativas alojadas en la memoria autobiográfica con la información proveniente de la percepción (Riva, 2014). Este aspecto también ofrece una vía de entrada muy interesante para la intervención psicoterapéutica.

La imagen corporal como construcción

La IC es un concepto acuñado por Paul Schilder (1935). Es la imagen de nuestro propio cuerpo que formamos en la mente. Las personas vemos partes de nuestra superficie corporal, tenemos impresiones táctiles, térmicas y dolorosas, pero más allá de estas experiencias inmediatas está la unidad del cuerpo que es percibida, aunque no como una percepción. La llamamos esquema corporal y es la imagen tridimensional que todos tenemos de nosotros mismos (Schilder, 1935).

Entre sus características generales podemos citar que algunos de sus componentes pueden permanecer fuera de la conciencia, influye en el procesamiento de la información y la conducta, es una experiencia subjetiva que refleja actitudes, deseos, emociones, cogniciones sobre el cuerpo y la experiencia corporal. Está determinada por los procesos de aprendizaje y socialización, impacta y es impactado en/por los procesos interpersonales (bromas, intimidación sexual, etc.), influye en la autoestima y es dinámico. Se han descrito conceptos asociados como parte de sus componentes: esquema corporal, sí mismo corporal, narrativa del self corporal (Botella et al., 2008; Thompson, 1996).

Se trata de un constructo multidimensional (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999) y esto conlleva su complejidad y las múltiples facetas que ofrece al estudio. Componentes perceptuales, afectivos, cognitivos y de comportamiento participan en la conformación de este constructo. Estos pueden darse en diferentes combinaciones y conducir a diferentes tipos de disfunción de la IC. El componente perceptual se refiere a la tendencia a sobrestimar el tamaño corporal y la figura o algunos sectores en particular. El componente cognitivo alude a la presencia de pensamientos y creencias negativas. El resultado es, fundamentalmente, algún nivel de insatisfacción, pero también vergüenza, angustia, rechazo, etc., preocupaciones asociados al cuerpo y la figura y comportamientos conducentes a su corrección.

Sus manifestaciones se presentan con distintos niveles de severidad desde lo que es la insatisfacción corporal en el extremo más bajo del continuo hasta lo que es la distorsión de la IC en el extremo de mayor gravedad. Entre las formas severas, encontramos el trastorno dismórfico corporal (APA, 2013), un trastorno psiquiátrico relativamente común

y grave, con consecuencias muy debilitantes para la salud y que incluso puede amenazar la vida (Fang y Wilhelm, 2015). La prevalencia de este trastorno es de 1.7 a 2.4% en muestras clínicas (Buhlmann, Glaesmer, Mewes, Fama y Wilhelm, 2010); 5.3% en muestras no clínicas (Bohne et al., 2002) y 14 a 24.5% en consultorios dermatológicos y quirúrgicos (Crerand, Franklin y Sarwer, 2006).

Los niveles de severidad de las alteraciones de la IC se expresan por la intensidad sintomática, el nivel de riesgo y el grado de compromiso de la salud. El sufrimiento vinculado a estas alteraciones tiene un impacto importante en el funcionamiento cotidiano y determina múltiples aspectos de la vida de quienes los padecen, particularmente, de sus relaciones interpersonales. En el comportamiento se expresa de diferentes modos: evitación de situaciones sociales –reuniones familiares, estudio y/o trabajo–, empleo de muchas horas al día en rituales de chequeo, comparación, corrección u ocultamiento de partes del cuerpo o la figura en general. Aparecen sentimientos de vergüenza, ideación cuasi-delirante en los casos más severos, coocurrencia de depresión y ansiedad y suicidabilidad (Runfola, Thornton, Pisetsky, Bulik y Birgegård, 2014; Waghachavare, Quraishi, Dhumale y Gore, 2014). Algunos trabajos enfatizan el papel mediador de la autoestima y la depresión en la relación entre insatisfacción corporal y TCA (Brechan y Kvalem, 2015).

La IC como constructo ha sido considerado como un rasgo relativamente estable y se ha intentado medirlo para precisar el modo en que usualmente las personas perciben, sienten y piensan acerca de su propio cuerpo en su totalidad y también en sus diferentes partes. A pesar de los numerosos esfuerzos de conceptualizar las alteraciones de la IC como un rasgo estable, hay evidencia creciente de que el modo en que las personas en general y pacientes en particular experimentan su imagen fluctúa en la vida cotidiana en diferentes momentos y contextos (Rudiger, Cash, Roehrig y Thompson, 2007) y estas fluctuaciones son mayores en pacientes con TCA (Mussap, McCabe y Ricciardelli, 2008; Rudiger et al., 2007). Son más susceptibles a experimentar afecto negativo en variadas formas: sentimientos de culpa, sentirse obesos/as y desvalorizados como consecuencia de diferentes amenazas y desafíos con los que se encuentran en la vida diaria y a concluir que han subido de peso y estar haciendo algo reprobable simplemente frente a la exposición de alimentos con alto contenido calórico. En esta situación pueden experimentar un fenómeno descrito como fusión entre pensamiento y figura (Coelho, Roefs y Jansen, 2010).

Esta experiencia, descrita en la literatura como thought-shape fusion sugiere que existe una relación muy fuerte entre los dominios vinculados a los pensamientos y la posibilidad de control sobre los mismos y los TCA. Esta construcción está compuesta por tres componentes vinculados con las creencias acerca de las consecuencias de pensar en alimentos prohibidos: a) la creencia de que haber tenido esos pensamientos hace posible una ganancia de peso o cambio en su figura (aspecto probabilístico), b) la creencia de que tener esos pensamientos es tan inmoral como comer esos alimentos (aspecto moral) y c) la creencia de que tener esos pensamientos hace que la persona se sienta gorda (aspecto emocional). El saber racionalmente que pensar en alimentos prohibidos no produce aumento de peso o

cambios en la figura no les impide experimentar esa ganancia y esos cambios a nivel emocional (Jáuregui, Bolaños y Ruiz, 2012).

Algunos trabajos muestran la presencia de sesgos atencionales para el procesamiento de la información vinculada a su imagen (Smeets, Jansen, Vossen, Ruf y Roefs, 2010). También las investigaciones sugieren que la influencia de diferentes contextos sobre la IC puede estar mediada por la autoactivación, por ejemplo, el chequeo frecuente (Smeets et al., 2011). Las pacientes más autoconscientes de este aspecto de su experiencia tienden a ser más susceptibles a claves ambientales diversas y a fluctuar en sus apreciaciones acerca de su cuerpo y figura lo cual tiene consecuencias sobre el malestar anímico y las conductas que ponen en marcha. Un estudio llevado a cabo por Speset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud y Holte (2012), en pacientes con anorexia nerviosa muestra que los factores desencadenantes más frecuentemente asociados a estas fluctuaciones diarias, conducentes a incertidumbre acerca de su propia apariencia, son el comer, la autoconciencia del cuerpo, experiencias emocionales e influencias interpersonales. Estos contextos generan sensaciones físicas displacenteras, pensamientos y emociones negativas, cambios en el estado de ánimo, reacciones emocionales indiferenciadas, chequeos del cuerpo, temor a exponer el cuerpo, confrontaciones con la realidad y juicios negativos acerca del self y de la apariencia física (Espeset et al., 2012).

Los estándares vinculados con la IC conducentes a insatisfacción vinculan este concepto al de perfeccionismo. La dimensión de perfeccionismo orientada al self se muestra asociada con insatisfacción corporal, restricción dietaria, síntomas bulímicos, preocupación por el peso y la comida y actitudes y conductas anoréxicas (Bardone-Cone et al., 2007; Taranis y Meyer, 2010). También se ha ligado la insatisfacción corporal con la dimensión del perfeccionismo prescrita socialmente. La interacción entre la insatisfacción corporal y el perfeccionismo prescrito socialmente predice la aparición de sintomatología de dieta y bulimia (Downey y Chang, 2007). Numerosos artículos sugieren que la combinación de estas variables juega un papel relevante, y con creciente evidencia, en la base psicopatológica que subyace a los temas de restricción y control de peso.

El criticismo y las expectativas parentales también se han asociado con estos síntomas (Ruggiero, Levi, Ciuna y Sassaroli, 2003). Las consecuencias de esta relación tienen un peso diferente de acuerdo al nivel de insatisfacción corporal implicado. Mayores niveles de insatisfacción corporal se asocian con una mayor gravedad de la sintomatología: conducta de dieta más rígida y restrictiva y mayor cantidad de conductas purgativas y compensatorias (Donovan, Chew y Penny, 2014).

La investigación sugiere que los diferentes trastornos mentales representan conjuntos sintomáticos que se superponen entre sí, así como también se superponen los factores de riesgo, tanto los biológicos como los psicológicos y culturales. Esta idea constituye el núcleo central de las perspectivas transdiagnósticas y dimensionales en contraposición con las categoriales. Dimensiones como la ansiedad social vinculada a la apariencia, el perfeccionismo, el temor a la evaluación negativa están presentes en diferentes trastornos que, no casualmente, suelen presentarse en coocurrencia con los trastornos alimentarios: la ansiedad social,

la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo entre los más frecuentes. La identificación de las personas en riesgo y sus variables asociadas es sumamente importante a la hora de pensar en esfuerzos preventivos y asistenciales –modos efectivos de intervención– para aliviar el sufrimiento que conllevan (Levinson et al., 2013).

Evaluación de la imagen corporal: los cuestionarios autodescriptivos

Se cuenta con algunos instrumentos que nos ayudan a precisar los componentes de este complejo concepto y a completar la visión clínica. Una primera aproximación es la subescala de imagen corporal del Eating Disorders Inventory (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), que brinda un puntaje genérico de insatisfacción corporal global y particularizado en diferentes partes del cuerpo.

Botella, Ribas y Benito, (2009) ofrecen, junto al anterior, un listado de los instrumentos más habituales de evaluación de la IC (adaptado de Raich, 2004) entre los que se encuentran el Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen y Reiter, 1996) que evalúa IC y síntomas del trastorno dismórfico, en sus aspectos cognitivos y conductuales, la insatisfacción corporal y las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia; la Escala de Yale-Brown de medición del trastorno obsesivo-compulsivo adaptado para el trastorno dismórfico, focalizado en imagen corporal y síntomas del trastorno dismórfico (Phillips, Hollander, Rasmussen y Aronowitz, 1997); el BIAQ que se centra en la frecuencia con que se incurre en conductas que denotan preocupación por la apariencia y evitación (Body Image Avoidance Questionnaire, Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990) y el CIMEC que evalúa la presión hacia el adelgazamiento ejercida por los medios de comunicación y el entorno social próximo tal como es percibido por la persona (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, Toro, Salamero y Martínez, 1994). En el mismo trabajo, los autores ofrecen una validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire un instrumento desarrollado por Cash (1990). Esta escala, que resulta de mucha utilidad en la clínica evalúa fundamentalmente cuatro factores: la importancia subjetiva de la corporalidad, las conductas orientadas a mantener la forma física, el atractivo físico autoevaluado y el cuidado del aspecto físico y su texto completo en español es brindado en el anexo (Botella, Ribas y Benito, 2009).

El componente cognitivo y las distorsiones vinculadas a la IC es evaluado en diversas escalas y subescalas (Jakatdara, Cash y Engle, 2006). Es importante destacar que los resultados de todas estas escalas surgen a partir de la autoobservación, teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de instrumentos, son orientativos y deben correlacionarse con el juicio clínico profesional. Pueden ser utilizados en el momento inicial, al efectuar el psicodiagnóstico y a lo largo del proceso de tratamiento para ir evaluando cambios y transiciones de una manera más objetiva.

Intervenciones

La terapia cognitivo-de comportamiento es uno de los abordajes de tratamiento con mayor apoyo empírico. Su eficacia

se ha verificado en anorexia nerviosa (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway y Lohr, 2007), bulimia nerviosa (Knott, Woodward, Hoefkens y Limbert, 2014) y en los trastornos alimentarios entendidos desde la perspectiva transdiagnóstica utilizando el modelo de terapia cognitivo-de comportamiento mejorado (Groff, 2015; Fairburn et al., 2015).

La terapia interpersonal adaptada a su aplicación en los trastornos alimentarios es el abordaje alternativo con mejores resultados descritos en la literatura (Arcelus et al., 2009; Hilbert y Brähler, 2012).

Las dificultades en la IC, en todas sus variantes y niveles de gravedad son, como ya se enfatizó, uno de los factores más importantes de incidencia en el pronóstico. Esto se verifica porque la recuperación de peso no es suficiente para considerar un tratamiento efectivo. Hay un alto índice de abandonos prematuros del tratamiento por miedo a ganar peso con la incorporación de los cambios, la dificultad en esta área genera desgaste del tratamiento, la implicación en la frecuencia de recaídas y la incidencia en la cronificación de la sintomatología y el consecuente malestar. Las alteraciones de la IC son consideradas como uno de los núcleos duros de la psicopatología y, por lo tanto, más allá de la intervención sobre los aspectos sintomáticos de inicio es fundamental destinar una gran parte del tratamiento, una vez resuelta la cuestión sintomática, para operar sobre dichas alteraciones (Kirszman y Salgueiro, 2001, 2002). Si bien el malestar en relación a la IC se evidencia desde el inicio, es fundamental ubicar cuál es el momento más propicio para intervenir. Teniendo en cuenta que la primera fase está fundamentalmente caracterizada por lograr una reducción sintomática, el trabajo con la IC tendrá su espacio privilegiado en una segunda fase. Una de las variables a considerar es el establecimiento de la alianza terapéutica, condición necesaria para adentrarse en los temas más comprometidos y difíciles (Cruzat y Haemmerli, 2009; Kirszman y Salgueiro, 2001).

En este sentido, las terapias cognitivo-de comportamiento efectivas implementan, como parte de su plan de tratamiento más general, intervenciones específicas sobre la IC (Delinsky y Wilson, 2010; Marco, Perpiñá y Botella, 2014).

Las intervenciones de exposición al espejo son eficientes para el tratamiento de las alteraciones de la IC en pacientes con TCA (Delinsky y Wilson, 2006; Trentowska, Bender y Tuschen-Cafier, 2013). Esta técnica estimula a los pacientes a describir su apariencia física frente al espejo y activa los esquemas negativos vinculados al cuerpo (temor, disgusto, vergüenza). La repetición gradual de la misma intervención genera habituación de estas emociones, cambio progresivo de las cogniciones a través de la confrontación de información discrepante y la integración de información nueva (Vocks, Legenbauer, Waechter, Wucherer y Kosfelder, 2007).

Numerosas intervenciones actúan sobre la estimación del tamaño evaluando la precisión en la estimación y confrontando las distorsiones, aumentando la capacidad para discriminar estimaciones versus distorsiones y vinculando la variabilidad de la estimación a diferentes contextos (situaciones, personas, relación con la alimentación, etc. [Mussap et al., 2008]).

Las *intervenciones grupales* también presentan un alto grado de eficacia cuando se selecciona adecuadamente el grupo según sus características, cómo secuenciar con las

otras modalidades de intervención y el objetivo sobre el cual trabajar, (Nevoenen y Broberg, 2006; Mountford et al., 2015).

También se han descrito intervenciones en esta área en mujeres alojadas en hogares de recuperación (Czarlinski, Aase y Jason, 2012). El modo de intervención descrito en este trabajo puede transferirse a los contextos de intervención en la modalidad hospital de día.

El empleo de realidad virtual

La realidad virtual se define como la tecnología informática que genera entornos tridimensionales con los que el paciente interactúa en tiempo real, produciendo una sensación de inmersión semejante a la presencia en el mundo real (Perpiñá, Botella y Baños, 2002).

Diversas investigaciones muestran que dadas las similitudes entre el deseo de consumir o *craving* experimentado por las personas con TCA, cabe esperar que el uso de la exposición a señales mediante realidad virtual pueda resultar un medio adecuado para el tratamiento de estas patologías. Por otro lado, la exposición a señales mediante realidad virtual también se ha mostrado eficaz para provocar ansiedad y otras emociones negativas y para provocar cambios en la IC (Ferrer y Gutiérrez, 2012; Ferrer-García, Gutierrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Moreno, 2009).

Se observa que una de las ventajas que ofrece esta tecnología es que no compromete la privacidad del paciente; lo perciben como un contexto seguro, por lo que es más fácilmente aceptada; permite al terapeuta saber qué es lo que pasa exactamente en la situación; es un procedimiento adecuado para las personas con poca capacidad imaginativa e incluso permite recrear situaciones imposibles o improbables (Botella, García-Palacios, Baños y Quero, 2007).

Intervenciones basadas en *mindfulness*

La práctica de la atención plena o *mindfulness* es cultivar la aceptación tomando cada momento como llega, intentando no imponer las ideas sobre lo que se debería sentir, pensar o ver en la experiencia, sino solo mostrarse receptivos y abiertos a lo que se siente, por lo tanto, se deja de lado la tendencia a dar mayor cabida a determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros (Didonna, 2009).

Esta práctica ha sido implementada en pacientes con TCA por diversos autores (Baer, 2003; Baer, Fisher y Huss, 2005; Kristeller y Wolever, 2011). El logro de una actitud no judicativa es el foco general de la intervención, ya que facilita la exploración de las propias emociones desde una actitud de apertura y aceptación de estas emociones, particularmente las negativas, y esta apertura es la que permite transitarlas en vez de evitarlas. La evitación y la desregulación emocional son factores altamente implicados en la patología alimentaria, de ahí que los modelos que enfatizan la aceptación y la regulación emocional en este marco de suspensión de la actitud judicativa han desarrollado modos de intervención para el logro de estos objetivos (Blackledge y Hayes, 2001).

La capacidad de autocompasión es esencial para la superación de los sentimientos de vergüenza, los que aparecen con frecuencia en pacientes con TCA (Gilbert, 2009). Otros estudios han mostrado que la autocompasión amortigua las

reacciones negativas ante la ruptura de una dieta. La posibilidad de lograr un alto nivel de aceptación y comprensión de sí mismo ayuda a las personas a ver sus cuerpos de manera más positiva, a reconocer las imperfecciones de sus cuerpos y tolerarlas (Kelly, Carter, Zuroff y Borairi, 2013).

La capacidad de la atención plena o *mindfulness* es muy cercana al concepto de descentramiento. Si observamos nuestra experiencia tal cual es, tanto nuestras sensaciones como las emociones como así también los pensamientos, se abre un espacio de oportunidad, un espacio de sabiduría, autodeterminación y libertad para poder elegir cómo responder a las circunstancias, en oposición a la esclavitud de reaccionar a partir de los propios automatismos mentales.

El objetivo de esta intervención persigue, por un lado, comprender cómo se ha desarrollado una IC negativa y qué hábitos la mantienen y, por otra parte, entrenar algunas prácticas para aceptar el cuerpo y las emociones y posibilitar un cambio en el manejo de los sentimientos y en las evaluaciones negativas sobre el cuerpo.

Conclusiones

Sin duda, se cuenta con una robusta bibliografía sobre el tema de la IC, una buena muestra del papel nodal que las alteraciones de la IC cumplen en las personas que presentan patologías alimentarias y la evidencia del intenso sufrimiento que les implica. Se trata de una excelente brújula para seguir poniendo foco en este tema a los fines de mejorar las intervenciones, hacerlas más específicas, para aumentar su efectividad.

Para mejorar y normalizar los problemas de la IC no basta con una intervención superficial, sino que es necesario un tratamiento específico que aborde todas y cada una de las dimensiones implicadas (actitudinal, perceptiva y emocional) y una guía acerca de la oportunidad de esta intervención en el contexto de un tratamiento que encara las otras manifestaciones del TCA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.th ed.). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Whight, D., Langham, C., Baggott, J., McGrain, L., Meadows, L., et al. (2009). A case series evaluation of a modified version of interpersonal psychotherapy (IPT) for the treatment of bulimic eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *17*, 260–268.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, *10*, 125–143.
- Baer, R. A., Fisher, S. y Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*, 351–358.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 384–405.
- Blackledge, T. J. y Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session: Psychotherapy in Practice*, *57*, 243–255.
- Blashill, A. J., Goshe, B. M., Robbins, G. K., Mayer, K. H. y Safren, S. A. (2014). Body image disturbance and health behaviors among sexual minority men living with HIV. *Health Psychology*, *33*(7), 677–680.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L. y Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, *109*, 101–104.
- Bohon, C., Stice, E. y Burton, E. (2009). Maintenance factors for persistence of bulimic pathology: a prospective natural history study. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 173–178.
- Botella, L., Grañó, N., Gámiz, M. y Abey, M. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y re-construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *17*(3), 245–263.
- Botella, C., García-Palacios, A., Baños, R. M. y Quero, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, *82*, 17–31.
- Botella, L., Ribas, E. y Benito, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *18*(3), 253–256.
- Brechan, I. y Kvaem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, *17*, 49–58.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M. y Wilhelm, S. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Research*, *178*, 171–175.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A. y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, *40*, 310–320.
- Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: a program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Chisuwa, N. y O’Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: A review of the literature. *Appetite*, *54*(1), 5–15.
- Coelho, J. S., Roefs, A. y Jansen, A. (2010). The role of food-cue exposure and negative affect in the experience of thought-shape fusion. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*, 409–417.
- Crerand, C. E., Franklin, M. E. y Sarwer, D. B. (2006). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *Journal of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery*, *64*, 738–741.
- Cruzat-Mandich, C. V. y Haemmerli-Delucchi, C. V. (2009). Escuchando a las pacientes con trastornos alimentarios en relación a su tratamiento. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *18*(2), 135–141.
- Czarlinski, J. A., Aase, D. M. y Jason, L. A. (2012). Eating disorders, normative eating self-efficacy and body image self-efficacy: women in recovery homes. *European Eating Disorders Review*, *20*(3), 190–195.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 108–116.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2010). Cognitive behavior therapy with body image exposure for bulimia nervosa: A case example. *Cognitive Behavioral Practice*, *17*, 270–277.
- Didonna, F. (2009). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Donovan, C. L., Chew, D. y Penny, R. (2014). Perfecting weight restriction: the moderating influence of body dissatisfaction on the relationship between perfectionism and weight control practices. *Behaviour Change*, *31*(3), 189–204.
- Downey, C. A. y Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the

- role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8(4), 497–503.
- Downs, K. J. y Blow, A. J. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 35(Supl.1), 3–28.
- Espeset, E., Gulliksen, K. S., Nordbø, R., Skårderud, F. y Holte, A. (2012). Fluctuations of body images in anorexia nervosa: patients' perception of contextual triggers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 518–530.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., et al. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2003). Relapse in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 60, 850.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders: DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8–10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Conner, M. E., Bohn, K., Hawker, D., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavior therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with a 60-week follow up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311–319.
- Fang, A. y Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 187–212.
- Ferrer-García, M. y Gutierrez-Maldonado, J. (2012). The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: A review of the literature. *Body Image*, 9, 1–11.
- Ferrer-García, M., Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. y Moreno, E. (2009). The validity of virtual environments for eliciting emotional responses in patients with eating disorders and in controls. *Behavior Modification*, 33, 830–854.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). The development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Gauvin, L. y Steiger, H. (2012). Overcoming the unhealthy pursuit of thinness: reaction to the Québec charter for a healthy and diverse body image. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1600–1606.
- Ghoch, M., Soave, F., Calugi, S. y Grave, R. (2013). Eating disorders, physical fitness and sport performance: A systematic review. *Nutrients*, 5, 5140–5160.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Groff, S. E. (2015). Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 12(3), 272–288.
- Hadland, S. E., Austin, S. B., Goodenow, C. S. y Calzo, J. P. (2014). Weight misperception and unhealthy weight control behaviours among sexual minorities in the general adolescent population. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 296–303.
- Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R. y Paxton, S. J. (2015). Parents and prevention: a systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157–169.
- Hilbert, A. y Brähler, E. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders: A systematic and practical review. *Verhaltenstherapie*, 22, 149–157 (English version).
- Hogan, M. J. y Strasburger, V. C. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolescent Medicine State of the Art Reviews*, 19(3), 521–546.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- Jakatdara, T. A., Cash, T. F. y 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.
- Jáuregui, I., Bolaños, P. y Ruiz, I. (2012). Thought-shape fusion and body image in eating disorders. *International Journal of General Medicine*, 5, 823–830.
- Jauregui, I., Esquerro, M., Carbonero, R. y Ruiz, I. (2013). Weight misperception, self-reported physical fitness, dieting and some psychological variables as risk factors for eating disorders. *Nutrients*, 5, 4486–4502.
- Jones, L., Fries, E. y Danish, S. (2007). Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body Image*, 4(1), 103–108.
- Jongenelis, M. I., Byrne, S. M. y Pettigrew, S. (2014). Self-objectification body image disturbance, and eating disorder symptoms in young Australian children. *Body Image*, 11(3), 290–302.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. y Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment, A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23, 252–264.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. C. (2001). Desafíos, obstáculos y vicisitudes de la psicoterapia en los trastornos alimentarios – también sus gratificaciones. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10(2), 103–118.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: Tea Ediciones.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2004). Una mirada integrativa a los trastornos alimentarios, ¿Cómo abordarlos? In H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (comps.). *La Integración en Psicoterapia. Manual práctico* (pp. 311-333). Barcelona: Paidós.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2008). Trastornos alimentarios, el equipo como instrumento. In H. Fernández-Álvarez, *Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977-2008* (pp.567-592). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Knott, S., Woodward, D., Hoefkens, A. y Limbert, C. (2014). Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified, translation from randomized controlled trial to a clinical setting. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 21, 1–14.
- Kristeller, J. L. y Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder; The Conceptual Foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61.
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A., Weeks, J. W., Iacovino, J. M., et al. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation, Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders. *Appetite*, 67, 125–133.
- Marco, J. H., Perpiñá, C. y Botella, C. (2014). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología*, 30(2), 422–430.
- Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F. y Lacey, H. (2015). Bodywise, evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 62–67.
- Mussap, A., McCabe, M. y Ricciardelli, L. (2008). Implications of accuracy, sensitivity, and variability of body size estimations to disordered eating. *Body Image*, 5, 80–90.
- Nevonen, L. y Broberg, A. G. (2006). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 117–127.

- Penniment, K. J. y Egan, S. J. (2012). Perfectionism and learning experiences in dance class as risk factors for eating disorders in dancers. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 13–22.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2002). Las nuevas tecnologías aplicadas a los trastornos alimentarios. La realidad virtual en las alteraciones de la imagen corporal. En D. Kirszman y M. C. Salgueiro (Eds.), *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario* (pp. 313–325). Madrid: Tea Ediciones.
- Phillips, K., Hollander, E., Rasmussen, S. y Aronowitz, B. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder, development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17–22.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15–27.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Williams, R. S. y Thompson, J. K. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 582–606.
- Riva, G. (2014). Out of my real body, cognitive neuroscience meets eating disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(236).
- Rosen, J. C. y Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755–766.
- Rudiger, J. A., Cash, T. F., Roehrig, M. y Thompson, J. K. (2007). Day-to-day body-image states, prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image*, 4, 1–9.
- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A. y Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 220–226.
- Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M. y Birgegård, A. (2014). Body image and suicide in a Swedish National Eating Disorders Clinical Register. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 439–449.
- Salgueiro, M. C. y Kirszman, D. (2012). Intervención multinivel en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, el rol de la familia. Actualización en trastornos alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 161–171.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Oxford, England: Kegan Paul.
- Smeets, E., Jansen, A., Vossen, E., Ruf, L. y Roefs, A. (2010). Feeling body dissatisfied after viewing thin-ideal pictures is mediated by self-activation. *Body Image*, 7, 335–340.
- Smeets, E., Tiggemann, M., Kemps, E., Mills, J. S., Hollitt, S., Roefs, A., et al. (2011). Body checking induces an attentional bias for body-related cues. *The International Journal of Eating Disorders*, 44, 50–57.
- Smith, A. R., Hawkeswood, B. S., Bodell, L. P. y Joiner, T. E. (2011). Muscularity versus leanness, an examination of body ideals and predictors of disordered eating in heterosexual and gay college student. *Body Image*, 8(3), 232–236.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology, a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.
- Strother, E., Lemberg, R. y Turberville, D. (2012). Eating disorders in men, underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346–355.
- Taranis, L. y Meyer, C. (2010). Perfectionism and compulsive exercise among female exercisers; high personal standards or self-criticism? *Personality and Individual Differences*, 49(1), 3–7.
- Tantleff-Dunn, S., Barnes, R. D. y Larose, J. (2011). It's not just a "Woman Thing": The current state of normative discontent. *Eating Disorders*, 19(5), 392–402.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity, an integrative guide for assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty, theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of socio-cultural influences on the esthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 147–151.
- Trentowska, M., Bender, C. y Tuschen-Caffier, B. (2013). Mirror exposure in women with bulimic symptoms, How do thoughts and emotions change in body image treatment? *Behaviour Research and Therapy*, 51, 1–6.
- Van den Eynde, F., Giampietro, V., Simmons, A., Uher, R., Andrew, C., Harvey, P. O., et al. (2013). Brain responses to body image stimuli but not food are altered in women with bulimia nervosa. *Biomedical Central Psychiatry*, 13, 302.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Waechter, A., Wucherer, M. y Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 231–239.
- Waghavhare, V. B., Quraishi, S. R., Dhumale, G. B. y Gore, A. D. (2014). A cross-sectional study of correlation of body image anxiety with social phobia and their association with depression in the Adolescents from a Rural Area of Sangli District in India. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1626–1629.