



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Presentado por: Marta Doñate Bernal

Tutor/a: Mercedes Jorquera Rodero

Valencia, a 22 de Mayo de 2020



**A mis padres, por creer en mí,
y a mis amigas, por seguir al pie del cañón.**

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi tutora, la Dra. Mercedes Jorquera, su cercanía desde un primer momento. Gracias por escucharme, transmitirme la ilusión por el mundo de los trastornos alimentarios y trabajar conjuntamente para que este “pequeño” proyecto salga bien, con tu apoyo y ánimo todo se ha hecho más llevadero. Ojalá nos encontremos en un futuro.

A la facultad, a todos los profesores, por darme la oportunidad de cumplir mi sueño, por las horas dedicadas al aprendizaje de cada alumno, por hacernos sentir que formamos parte de una gran familia. Gracias de todo corazón, porque me llevo un aprendizaje a nivel profesional pero sobre todo a nivel personal, seguir transmitiendo esa energía y esa pasión por la Psicología, sois enormes.

Por último, tras 4 años de esfuerzo, constancia y perseverancia, estoy a un paso de estar más cerca del lugar a donde quiero llegar y dedicar mi vida: los Trastornos Alimentarios, pero no hubiese sido posible sin vosotros, mi familia y amigos, por vuestro apoyo durante todos los años pasados, por depositar en mí vuestra confianza, por los valores que me transmitís y vuestras palabras de afecto siempre en el momento más necesario. Gracias por vuestra lucha a mi lado, mucho de todo lo conseguido os lo debo a vosotros.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Trabajo Final de Grado presentado por: **Marta Doñate Bernal**
bajo la dirección de: **Dra. Mercedes Jorquera Rodero**

Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Sede Padre Jofré – 46100, Burjasot

Resumen

Introducción: Una discrepancia entre el yo percibido y el yo ideal puede repercutir en el desarrollo y curso de los trastornos alimentarios, ya que las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) encontrada en estos pacientes se consideran un factor de riesgo y conlleva a una persistencia y cronicidad del problema si no se interviene correctamente. Dada la importancia que tiene la IC en los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, el objetivo del presente trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre los distintos tratamientos que incorporan la IC como componente específico en la intervención con trastornos alimentarios. **Metodología:** Para la búsqueda de artículos científicos se hizo uso de las bases de datos: *Pubmed*, *EBSCO* y *Dialnet*, y otras fuentes documentales de interés: manuales, *Google Académico* y la *International Journal of Eating Disorders*. Se excluyeron los artículos publicados antes del 2000 y los que no incluyeron a población clínica. **Resultados:** Se seleccionaron un total de 8 artículos científicos. La inclusión de un componente de IC producía una mejora significativa y una remisión total o parcial de la psicopatología alimentaria asociada. **Conclusión:** Conseguir una mejora y normalización de la IC es clave tanto para la recuperación total como para la prevención de posibles recaídas en los TCA. Sin embargo, aunque los resultados obtenidos resultaban prometedores, eran escasos los estudios y se necesitaba más investigación para encontrar qué tipo de tratamientos son más eficaces para acortar en la mayor medida posible, la enfermedad.

Palabras clave: “trastornos alimentarios”, “imagen corporal”, “insatisfacción corporal”, “tratamiento”, “intervención”

Abstract

Introduction: A discrepancy between the perceived self and the ideal self can have an impact on the development and course of eating disorders, since the alterations of body image (BI) found in these patients are considered a risk factor and lead to a persistence and chronicity of the problem if not properly intervened. Given the importance of BI in the diagnostic criteria of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Disorder, the objective of this work is to conduct a bibliographic search on the different treatments that incorporate the specific component BI in the intervention with eating disorders. Methodology: For the search of scientific articles was made use of the databases: *Pubmed*, *EBSCO* and *Dialnet*, and other documentary sources of interest: manuals, *Google Academic* and the *International Journal of Eating Disorders*. Articles published before 2000 and articles that did not include a clinical sample were excluded. Results: A total of 8 scientific articles were selected. The inclusion of an BI component produced a significant improvement and total or partial remission of associated disordered eating. Conclusion: Achieving an improvement and standardization of BI is key both for the total recovery and prevention of possible relapses in the eating disorders. However, while the results are promising, studies are scarce and more research is needed to find which type of treatments are most effective at shortening the disease as much as possible.

Key words: “eating disorders”, “body image”, “body dissatisfaction”, “treatment”, “intervention”

ÍNDICE

Lista de acrónimos	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	1
1.1 Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	2
1.1.1 Anorexia Nerviosa	4
1.1.2 Bulimia Nerviosa	6
1.1.3 Trastorno por Atracón	8
2. Definición Imagen Corporal	10
2.1 Recorrido histórico de la Imagen Corporal	10
2.2 Alteraciones de la Imagen Corporal	11
3. Tratamiento de la Imagen Corporal en los últimos 20 años	13
II. METODOLOGÍA	16
Palabras clave	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	18
III. RESULTADOS	21
IV. DISCUSIÓN	24
Conclusiones	26
Referencias bibliográficas	29
Anexos	35

Lista de acrónimos

<i>Acrónimo</i>	<i>Significado</i>
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
TPA	Trastorno por Atracón
IC	Imagen Corporal
TCANE	Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
TFS	Terapia Familiar Sistémica
TG	Terapia de Grupo
GAP	Grupo de Apoyo Padres
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TIP	Psicoterapia Interpersonal
RV	Realidad Virtual
TCE	Terapia Cognitiva Experiencial
EMDR	Desensibilización y Reprocesamiento de los Movimientos Oculares
TRS	Tratamiento Residencial Estándar
TAC	Terapia de Aceptación y Compromiso
TCC-E	Terapia Cognitivo Conductual con componente de exposición corporal
TCC-C	Terapia Cognitivo Conductual con componente de reestructuración cognitiva
TAU	Tratamiento habitual recibido

I. INTRODUCCIÓN

1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), engloban tres categorías diagnósticas dentro del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013): la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracón (TPA), considerados enfermedades mentales en los que existe una alteración grave en la alimentación, fruto de las ansias que las pacientes muestran por controlar su peso y su figura (Marco, 2004).

Los adolescentes, son la población más afectada, ya que la edad de inicio surge sobre los 14 años. Los cambios físicos, biológicos y psíquicos que presenta la adolescencia, hacen de esta un periodo de vulnerabilidad frente a los TCA, ya que el cuerpo y los vínculos establecidos en la infancia, influyen en la construcción de la propia identidad de estos jóvenes (Morandé, Graell y Blanco, 2014).

Así pues, estos trastornos cursan con complicaciones médicas derivadas de la inanición (Calvo, 2002) o una sobreingesta de comida, como es el caso del TPA, problemas psicológicos o sociales que perjudican su evolución (Morandé et al., 2014).

Dada su prevalencia, gravedad y tendencia a la cronicidad, necesitan de un tratamiento multidisciplinar y específico en cada paciente (Oliva, Gandarillas, Sonogo, Díez-Gañan y Ordobás, 2012), pues hoy en día, presentan un grave problema dentro de las instituciones de la Salud Pública, ya que deben ser considerados el resultado de una sociedad focalizada en el culto al cuerpo.

Es importante destacar que el problema va mucho más allá de un mero control de la conducta alimentaria por el miedo a engordar, ya que estos sujetos tienen en común la dificultad de aceptarse a sí mismos tanto física como psíquicamente (Morandé et al., 2014). Pues, las conductas compensatorias (p.ej. ayuno, purgas, ejercicio excesivo, atracones) que vemos en las pacientes (Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll & Fariburn, 2013), pueden derivar de dificultades emocionales internas como una falta de control de impulsos, rasgos de personalidad como el perfeccionismo (Friederich & Herzog, 2010) y vínculos parentales desestructurados que podrían suponer un mantenimiento de la psicopatología (Wolfradt, Hempel & Miles, 2003).

No hay duda de que nos encontramos en una cultura que favorece la preocupación por la apariencia física, que propone como ideal de belleza y éxito personal un cuerpo anormalmente delgado (Calvo, 2002) que poco a poco se ha interiorizado en personas de

cualquier edad. Pero estas preocupaciones, no son nuevas, ya que, desde la antigüedad, se encuentran referencias al cuerpo y al cuidado de este. Por lo que el objetivo de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre las distintas intervenciones específicas de Imagen Corporal (IC) dentro de la psicopatología alimentaria, dada su importancia para la recuperación y evitación de recaídas en las pacientes.

1.1 Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

A través de los tiempos, la cultura ha ido modificando el patrón de ideal de belleza desde cuerpos con sobrepeso a cuerpos con un peso extremadamente bajo, y todo esto se ha mantenido gracias a conservar en la cultura conceptos como: la *purificación del cuerpo*, privación de la comida por *penitencia o castigo*, y como método para alcanzar la *perfección espiritual* (Morandé et al., 2014).

Desde los tiempos bíblicos, la comida ha tenido una implicación en la conducta social de las personas, haciendo uso de ésta para establecer relaciones y compartir experiencias, dando lugar al desarrollo del yo y los vínculos afectivos. En estos tiempos, un peso elevado era considerado un símbolo de salud física, elevado estatus y dinero, mientras que un bajo peso significaba un castigo por malos actos y pobreza (San Sebastián, 1999), por lo que la comida se situaba, con actos como "*La última cena*", ya en el centro del cristianismo (Bynum, 1988).

Sin embargo, no todos los problemas relacionados con la restricción o sobreingesta estaban ligados a penitencias o poder, ya que también existían otros motivos, como la presencia de patologías diversas, o individuos exhibidos en ferias y plazas que daban a conocer la posibilidad de vivir sin comer por una simple motivación lucrativa (Morandé et al., 2014).

Desde el siglo XVI al XIX, muchas mujeres ayunaron para conseguir atención pública y recompensas, ya que mostraban al pueblo que sus ayunos eran "milagrosos", como el famoso caso de "*The fasting woman of Tutbury.*", que finalmente fue descubierta la mentira, pues su hija la alimentaba a escondidas y tuvo que pedir perdón por el engaño. También en el siglo XVIII, aparecieron los llamados *Artistas del hambre*, que realizaban ayunos cara al público de 20 a 30 días con fines lucrativos (Toro, 1996).

Así pues, la práctica restrictiva o compulsiva relacionada con la conducta alimentaria ha estado presente en la cultura occidental desde la época medieval. Sin embargo, no ha suscitado interés en medicina hasta los siglos XIX-XX, en el que manuales como el DSM (APA, 1952; 1968; 1980; 1987; 1994; 2002; 2013) ha incluido estos trastornos dentro de distintos

capítulos, para iniciar así un proceso de medicalización y tratamiento de este problema, cada vez más creciente.

En 1980, con la publicación del DSM-III (APA, 1980) y más tarde junto con su revisión, el DSM-III-R (APA, 1987), se crea dentro del capítulo *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, una sección de criterios diagnósticos específicos para las enfermedades de AN, BN, pica y trastorno por rumiación, en el que pasan a ser denominados *Trastornos de la Conducta Alimentaria*.

Siete años más tarde, en 1994, se publica una nueva versión de estos manuales, el DSM-IV (APA, 1994), con el que surge la entidad nosológica de los TCA. Por una parte, aparecen los *Trastornos de la Ingestión y de la conducta alimentaria de la Infancia o de la Niñez*: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, incluidos en el capítulo anteriormente citado *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia* y, por otra parte, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria*: AN y BN. En su revisión del 2002, el DSM-IV-TR (APA, 2002), incluye en esta última categoría los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

En la última publicación del manual, el DSM-5 (APA, 2013), se elimina el capítulo de *Trastornos de la Ingestión y de la conducta alimentaria de la Infancia o de la Niñez*, para así converger los trastornos de pica, rumiación y de evitación/restricción de la ingesta de alimentos junto con la AN, BN y el nuevo trastorno con entidad propia, el TPA, dentro del capítulo *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Además, los TCANE pasan a ser denominados “otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado”, en el que se debe señalar qué criterios no se cumplen.

Entre los cambios, podemos ver cómo se exige al clínico la especificación de la remisión total o parcial del problema o del nivel de gravedad en el que se encuentra la paciente a la hora de realizar el diagnóstico. Además, al desaparecer los trastornos alimentarios en la infancia, permite que se diagnostique a cualquier edad cada uno de ellos y amplía la definición de estos trastornos incluyendo en ella alteraciones tanto en la conducta como en la absorción de alimentos y modelos estéticos culturales o la presencia de alteraciones en la IC (APA, 2013).

A continuación, se va a detallar el cambio que han sufrido cada uno de los tres trastornos alimentarios principales reconocidos por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013): AN, BN y TPA.

1.1.1 Anorexia Nerviosa.

La AN, según Toro (1996), se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal, fruto de la restricción calórica de alimentos y ejercicio en exceso debido a una obsesión por estar delgada, que deriva tanto en problemas físicos graves como en problemas psíquicos incapacitantes para la persona que la sufre.

Los primeros indicios en Medicina acerca de la AN se ven en la obra "*Pthisiologia or a treatise of consumptions*" de Richard Morton en 1698, donde se explica una *ptisis nerviosa*, haciendo referencia a una perturbación del sistema nervioso que derivaba en una degeneración corporal, asociada a la tristeza y las preocupaciones. En 1764, Robert Whytt hace referencia a la conducta alimentaria como una *atrofia nerviosa* presentando el caso clínico de un adolescente que empezó a restringir comida hasta quedar solo piel y huesos, y que tras este periodo intenso de inanición lo compensó con un ansia desmedida por comer, atribuyendo este autor las causas a un origen nervioso (Silverman, 1987).

En 1873, William Withey Gull, acuñó el término *aepsia histérica*, el cual terminó modificando, paralelamente Charles Lasègue, por *anorexia nerviosa*, puesto que ambos creían que el trastorno no venía derivado de un problema digestivo (aepsia) sino de una falta de apetito (anorexia), ni tampoco tenía el útero de la mujer (histeria) una implicación en este, sino el sistema nervioso (nerviosa). Además, Lasègue sugirió que la aversión a la comida por parte de las pacientes estaba relacionada con conflictos familiares y la enfermedad, se desarrollaba mediante tres etapas: la manifestación del malestar al comer; agravamiento del estado psíquico y menstruación irregular; deterioro físico evidente. (Toro, 1996).

Entrados en el siglo XX, en 1914, el autor Simmonds, mediante estudios necrópsicos establece la *caquexia hipofisaria*, una disfunción de la hipófisis que causa el trastorno de AN, pero en 1938, Sheehan demuestra que la pérdida de peso a causa de una insuficiencia hipofisaria es de carácter más lento y que la AN es muy distinta a lo que el autor estableció en un principio. Además, en 1920, Pierre Janet describe dos formas de anorexia, la obsesiva, donde la paciente muestra un miedo a engordar y desarrollarse como mujer, mostrando así un rechazo al cuerpo, y la histérica, mucho menos frecuente, significaría una pérdida real del apetito (Salas-Salvadó, Lorda, y Ripollés, 2005). Considerar este trastorno como psicossomático o somatopsíquico, demuestra como desde varias ramas de la Medicina se ha intentado estudiar y definir diversas hipótesis causales sobre él (San Sebastián, 1999).

Desde el Psicoanálisis, en la década de 1930, los autores Freud, Abraham, Fenichel o Klein consideraron la AN una neurosis vinculada a la histeria y los problemas sexuales no

resueltos. Así, se reafirma su origen psicogénico gracias a la relación establecida entre el trastorno, las fantasías orales inconscientes y la aversión sexual de las pacientes, es decir, se consideraría que no se ha alcanzado un adecuado desarrollo de la sexualidad (San Sebastián, 1999).

Ya en 1952, en la primera versión del DSM (DSM-I, APA, 1952), vemos cómo se incluye la AN dentro de los *Trastornos fisiológicos y viscerales*. En 1965, se establecieron en la asamblea de Göttingen tres factores determinantes para seguir con el estudio de esta enfermedad (Morandé et al., 2014):

1. Los cambios físicos y hormonales de la pubertad están estrechamente ligados con la enfermedad.
2. El trastorno muestra un conflicto con el cuerpo y no exactamente con la conducta alimentaria.
3. Las causas de la enfermedad no guardan relación con los trastornos neuróticos.

Tras varios avances, en 1968, con la nueva versión del manual, el DSM-II (APA, 1968), se incluye a la AN dentro de *síntomas especiales*.

Hilde Bruch (1973), tras trabajar durante 30 años con pacientes con AN, hace hincapié en las distorsiones de la IC, y Russell (1970-1977), intentó converger las teorías biologicistas y psicológicas, aportando al estudio que los problemas psíquicos originan el trastorno orgánico (pérdida de peso, restricción de la comida etc.) y por lo tanto, debe ser considerado un trastorno de patogenia complicada en la que hay diversos factores (sociales, biológicos, culturales) precipitantes y mantenedores del problema (Morandé et al., 2014).

Garfinkel y Garner (1982), son los dos autores que han ayudado a seguir formando de este trastorno un modelo de factores etiopatogénicos complejos que interactuando con la cultura dan forma a la AN (San Sebastián, 1999).

Gracias a los avances de los distintos estudios realizados, centran el inicio de la enfermedad en una etapa vital: la adolescencia, una época de cambios tanto físicos como psíquicos en el que las pacientes, focalizadas en su cuerpo, intentan detener o mejorar los cambios producidos. Por lo que en el DSM-III (APA, 1980) aparece la AN dentro del capítulo llamado *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, junto con la BN, Pica y Trastorno por Rumiación.

Los criterios establecidos para diagnosticar a las pacientes incluían el miedo intenso a ganar peso, una alteración en la IC, amenorrea y una pérdida significativa de peso del 25%. Además, la edad de inicio se establece entre los 12 y 18 años y se considera como perfil de riesgo a las mujeres jóvenes (APA, 1980).

En 1987, con la aparición del DSM-III-R (APA, 1987), se refuerza la idea de voluntad de las pacientes por no mantener el peso corporal por encima de un valor mínimo normal y cambian la pérdida de peso de un 25% a un 15% por debajo de lo normal para su diagnóstico, con la intención de atender a las pacientes antes de que la enfermedad evolucione y se vuelva más difícil de erradicar (APA, 1987).

Tanto en el DSM-IV (APA, 1994) como en su revisión, el DSM-IV-TR (APA, 2002), la AN se recoge con dos subtipos: *tipo restrictivo* o *tipo compulsivo/purgativo*, en función de los ayunos, atracones o purgas que presente la paciente. Respecto a las características diagnósticas esenciales, se mantienen las presentadas en el DSM-III-R (APA, 1987) y se añade como grupo de riesgo a todas las mujeres y no solo a las comprendidas en la edad de 12 a 18 años.

En la última versión, el DSM-5 (APA, 2013), existen de nuevo cambios para este trastorno alimentario. En el criterio A, se elimina la palabra “rechazo” para definir el mantenimiento de un peso corporal normal y no especifica el porcentaje de peso corporal inferior al esperable, pues éste se incluye en el apartado de la especificación de la gravedad (leve, moderado, grave, extremo). Tanto el criterio B (miedo a ganar peso) como el C (alteración en la percepción del cuerpo que influye en la autoevaluación) se mantienen iguales, y se elimina el criterio D del DSM-IV-TR (APA, 2002) que habla sobre la ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos, pues este dificultaba su diagnóstico.

Por último, en la parte de especificaciones, se deberá concretar si es de *tipo restrictivo* o *con atracones/purgas*; si está en *remisión parcial* o *remisión total*, y la *gravedad actual* del trastorno.

1.1.2 Bulimia Nerviosa.

En la BN, las pacientes muestran conductas de ingesta descontrolada conocidas como atracones, pues tienen un marcado comer emocional en el que sitúan la comida como la solución a los problemas tanto emocionales como existenciales que muestran en su día a día (Calvo, 2002).

Los primeros indicios de BN a lo largo de la historia se ven en Egipto, cuando los egipcios presentaban conductas purgativas para purificar sus cuerpos, o en Roma, cuando los romanos vomitaban cuando estaban llenos para seguir dándose atracones en los banquetes de las fiestas. También en la Edad Media, algunas religiosas mostraban períodos cortos de

sobreingesta desproporcionada, que más tarde sacrificarían por miedo a que estuviesen poseídas por el mismo Satanás (Morandé et al., 2014).

Ya en el siglo XVIII, se pueden encontrar referencias en la literatura científica acerca de la BN, pues en 1708 el *Psyshical Dictionary* de Blankkart y en 1726, el diccionario Médico de Quincy (Stein & Laakso, 1988) mencionan este concepto.

En 1743, James distingue entre dos afecciones de la bulimia, la primera, “*boulimus*”, hace referencia a una ingesta descontrolada hasta que se produzca la reacción física de desmayo, mientras que, con la segunda, “*caninus appetitus*”, refiere que el paciente pone fin al atracón con las purgas (Toro, 1996).

Hooper, en 1831, distingue tres formas de bulimia, la de solo sobreingesta alimentaria, la de sobreingesta alimentaria seguida de purgas y una crisis alimentaria mediada por una pérdida del conocimiento o desmayo (Jorquera, 2008), teniendo una fuerte relación en el siglo XIX con las mujeres que sufrían histeria y sobrepeso.

A finales del siglo XIX, Gull (1874) establece una relación entre la AN y la BN, pues menciona que los pacientes con AN a causa de una restricción alimentaria tan intensa, sufren períodos de hambre voraz que los lleva a tener episodios de atracones descontrolados que podrían suponer la BN como un subtipo de la AN (Stein & Laakso, 1988).

Todas estas aproximaciones a la bulimia hicieron que en la década de los años 70 se describiesen trastornos como la “*bulimarexia*”, “*dietary chaos syndrom*” o “*bulimia nerviosa*” (Russell, 1979) caracterizados por episodios de atracones y un peso, que, a diferencia de la AN, era considerado normal.

Finalmente, Russell, en 1979 acuña el término de la *bulimia nerviosa*, y pese a que éste la considera como una variante de la AN, establece los síntomas necesarios para diferenciar a las pacientes anoréxicas de las bulímicas: un peso mayor, no presentaban amenorrea, mayor resistencia al tratamiento y peor pronóstico. Por lo que, a partir de estas descripciones establecidas por Russell, se plantea la BN como una entidad nosológica independiente de la AN.

Esto, supone un reconocimiento por parte del DSM-III (APA, 1980) como categoría diagnóstica dentro del capítulo *Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*, pero los criterios diagnósticos no fueron hasta el DSM-III-R (APA, 1987) bien establecidos, ya que en la revisión del manual fue cuando se corrigieron varios errores y se incluyó la preocupación excesiva persistente por la figura y el peso (criterio E), la presencia de miedo a engordar y pasó a ser una característica obligatoria el intento de perder peso mediante vómitos autoinducidos (Beumont, 1988).

En el DSM-IV-TR (APA, 2002), la BN, caracterizada por atracones descontrolados y conductas compensatorias (uso de laxantes, enemas, vómitos, ejercicio excesivo o ayuno) para evitar la ganancia de peso, se divide en dos tipos, de *tipo purgativo* o de *tipo no purgativo*, para especificar su diagnóstico final.

Respecto al último manual, el DSM-5 (APA, 2013), se exige al clínico recoger como especificaciones la *remisión total o parcial* del trastorno y la *gravedad* en el momento del diagnóstico, por lo que modifica la frecuencia de atracones y conductas compensatorias necesarias para cumplir con el criterio C (al menos una vez por semana) y elimina uno de los subtipos que hemos visto con anterioridad, el *subtipo no purgativo*, ya que puede confundirse con el nuevo trastorno incluido en el DSM, el TPA. Además, a diferencia del DSM-IV-TR (APA, 2002), se incluye entre las principales características clínicas la autoevaluación influida indebidamente por el peso.

1.1.3 Trastorno por Atracón

El TPA, presenta episodios de atracones o ingesta compulsiva caracterizados por ingerir una cantidad de comida desproporcionada en un tiempo breve y la sensación de perder el control de la ingesta bajo esas circunstancias. Después de estas conductas, la paciente muestra malestar por los hechos ocurridos y no existe presencia de conductas compensatorias como ocurre en la BN, por lo que se asocia de manera más frecuente a población obesa (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007).

Es considerado el trastorno alimentario incluido en los manuales de psicopatología más reciente, ya que durante muchos años ha estado vinculado con la BN. Pero, durante la década de los años 50, varios estudios fueron desvinculándolo de esta.

En 1951, Hamburger, describe una hiperfagia en una muestra de pacientes obesos caracterizada por deseos obsesivos e incontrolables por la comida, y en 1959, Albert Stunkard, mediante la evaluación de sujetos con obesidad que buscaban solución a sus problemas físicos, describe el término "*binge*" (atracón), considerando que a estos pacientes, a diferencia de las bulímicas, les caracterizaba una sobreingesta compulsiva sin conductas compensatorias que les ocasionaba obesidad (Cuadro & Baile, 2015).

En la década de los 70, surgió el término *stuffing syndrome*, lo que en español equivale a un síndrome caracterizado por el atiborramiento, en el que los pacientes que lo presentaban sufrían síntomas como la hiperfagia, malestar emocional y depresión (Baile y González, 2016).

A finales de los años 80, se encuentra ya evidencia clínica sobre personas con sobrepeso que presentaban atracones, pero apenas unos pocos se ajustaban al perfil que se describía en el DSM-III-R (APA, 1987) de BN. Así pues, en 1992, el Dr. Spitzer encuentra que muchos de los pacientes diagnosticados con sobrepeso se encontraban en un ciclo de dieta-atracón-dieta, por lo que propuso el término *trastorno por atracones* para definir a esta población clínica, sin un diagnóstico concreto hasta el momento (Morandé et al., 2014).

Gracias a estos estudios, la nueva versión del manual, el DSM-IV (APA, 1992), recoge una primera definición de los síntomas y los propone como una investigación en estudios posteriores para una inclusión futura. Así, los pacientes con estas características mencionadas se diagnosticaban dentro del *trastorno de la conducta alimentaria no especificado* (Palacios, 2014).

No es hasta el DSM-5 (APA, 2013), cuando el trastorno coge entidad propia y se diferencia de la BN, puesto que, en este, no hay presencia alguna de conductas compensatorias a diferencia de la BN no purgativa, que presenta conductas compensatorias como son el ayuno o el ejercicio físico, ni se ve una preocupación desmesurada por la autoevaluación de la figura. Al igual que en los otros dos trastornos alimentarios comentados, se agregan especificaciones de *remisión total o parcial* y la *gravedad actual* del trastorno.

Tras un breve recorrido histórico y conocer con mayor profundidad los cambios en el diagnóstico clínico que han experimentado estos trastornos, mencionar que desde los años 60 la incidencia se ha visto aumentada de dos a cinco veces, y la gravedad con la que cursan estas patologías ha hecho de ellas un foco de atención ineludible (Fernández, Encinas y Escursell, 2004).

Actualmente, el aumento de incidencia hace que los TCA muestren cifras de prevalencia alarmantes, siendo 0.4% para AN, 1-1.5% para BN y 2% para TPA (APA, 2013). Estos datos indican un impacto notorio en la población de países occidentales y desarrollados, afectando en mayor medida a mujeres que a hombres (10:1) en la etapa de la pubertad y edad adulta temprana (Calvo, 2002). Cabe destacar que, en el TPA, la proporción de género no está tan desequilibrada como en los otros dos trastornos y es más prevalente entre la población obesa.

Además, es difícil encontrar pacientes que cursen la enfermedad de manera aislada ya que la comorbilidad en estos trastornos es la norma y no la excepción.

Por un lado, la AN cursa frecuentemente unida a trastornos de ansiedad generalizada (36.8%), depresión mayor (40%) o bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo (16%) en el subtipo

restrictivo, trastorno por abuso de alcohol o por consumo de sustancias en el subtipo con atracones y purgas (APA, 2013) y finalmente, puede presentar trastornos de personalidad, siendo los más frecuentes (30%) los trastornos de personalidad por evitación, dependiente u obsesivo-compulsivo (Marco, 2004).

Por otro lado, la BN cursa a menudo con síntomas depresivos (p. ej., ideación suicida, baja autoestima), trastornos bipolares que se agravan sobre todo durante los episodios bulímicos (Perpiñá, 1995, citado en Marco, 2004), trastornos de ansiedad, presencia de consumo de sustancias en un 30% de las pacientes y patrones de personalidad con una fuerte relación con los criterios establecidos para el trastorno de personalidad límite (APA, 2013).

Por último, el TPA cursa de manera recurrente con trastornos del estado del ánimo, de ansiedad, bipolares o consumo de sustancias (APA, 2013), y trastornos de personalidad como pueden ser el trastorno límite, el evitativo y el obsesivo compulsivo (Guisado y Vaz, 2001; Picot & Lilenfeld, 2003, citados en Cuadro & Baile, 2015).

En consecuencia, surge la necesidad de estudiar aquellos factores que puedan estar en la base común a estos trastornos, como pueden ser los problemas de insatisfacción corporal, donde parece ser, la IC juega un papel determinante. Es por ello por lo que vamos a hacer un análisis exhaustivo del concepto y cómo éste ha evolucionado en su conceptualización.

2. Definición Imagen Corporal

El concepto de *imagen corporal* es un constructo teórico multidimensional usado en el campo de salud mental que envuelve aspectos de la personalidad como puede ser la autoestima o el autoconcepto, por lo que influye tanto positiva como negativamente en los pensamientos y sentimientos acerca de cómo se percibe uno a sí mismo y a su apariencia (De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999). Así pues, una discrepancia entre el yo percibido y el yo ideal y alteraciones en la IC, pueden repercutir en el desarrollo y curso de diversas patologías como son los trastornos alimentarios (Bell & Rushforth, 2008).

2.1 Recorrido histórico de la Imagen Corporal

Este término, fue descrito por primera vez por Schilder (1923) como “la imagen de nuestro propio cuerpo que integramos en nuestra mente, es decir, la forma en que percibimos el cuerpo.” (Bell & Rushforth, 2008) haciendo hincapié en que una parte de la IC podría quedar

fuera de la consciencia, pero interaccionar igualmente con la persona, pues esta reflejaba deseos, conductas, sentimientos, pensamientos e incluso las interacciones interpersonales de cada uno (Marco, 2004).

En la década de los años 60, Bruch (1962) observó a pacientes con AN y destacó la importancia de las alteraciones que mostraban en su IC, es decir, sobreestimaban el tamaño real del cuerpo y lo distorsionaban a un tamaño mayor, pues había una desconexión entre la forma real y la autopercepción del tamaño del cuerpo (Perpiñá y Baños, 1990). Dada la repercusión que esto trajo, diversos autores (Anexo 1) comienzan la investigación de estos dos campos (IC y TCA) juntos.

Para Cash y Pruzinsky (1990) (citado en Anido et al., 2009), la IC envuelve tres componentes: perceptualmente, imágenes y evaluaciones del tamaño y la forma del cuerpo basadas en un marco cultural; cognitivamente, creencias y auto-afirmaciones originadas por la focalización de la atención en el cuerpo; y emocionalmente, sentimientos o experiencias sobre el grado de satisfacción/insatisfacción ligado a las vivencias corporales. Thompson (1990) (citado en Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997), añade un componente conductual, basado en actos que están relacionados en la percepción del tamaño del cuerpo y el grado de satisfacción con éste, como pueden ser conductas de evitación, exhibición etc.

Actualmente, la IC es definida como un constructo dinámico que sufre variaciones incluso dentro de un mismo día, pues ésta configura lo que sentimos, pensamos y cómo nos comportamos en función de nuestro cuerpo mediante la influencia de factores biológicos (peso, edad, género); factores psicológicos (autoestima, estado de ánimo, esquemas corporales); factores comportamentales (dieta, rituales de comprobación) y factores socioculturales (ideal de belleza, medios de comunicación) (Raich, 2017).

Cuando los factores mencionados no se ajustan a los rasgos deseados del paciente, suponen la presencia de juicios valorativos que desencadenan en una alteración de la IC (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016), pues el individuo siente una insatisfacción corporal que deriva en conductas nocivas para la salud a causa de la necesidad de encajar en el patrón de belleza establecido en la sociedad actual (Vázquez et al., 2011).

2.2 Alteraciones de la Imagen Corporal

Las alteraciones de la IC se consideran un factor de riesgo y forman parte de los criterios diagnósticos de los TCA (Cash & Smolak, 2011), pues como afirma Rosen (1990) (citado en Perpiñá, Botella y Baños, 2000), estas diferencian a los TCA de otras condiciones en las que

existen alteraciones en la ingesta y cambios en el peso, siendo pues la base de su diagnóstico diferencial.

Hoy en día, consideramos una IC alterada cuando los componentes mencionados a continuación se ven afectados:

1. Dimensión perceptiva: las medidas corporales de la silueta percibidas por las pacientes son distintas a las medidas corporales de la silueta real, por lo que existe una distorsión entre cómo se ven (yo ideal) y como son (yo real) (Raich, 2017).
2. Dimensión cognitiva: creencias y pensamientos exagerados u obsesivos respecto al cuerpo. Es decir, cómo se hablan y se tratan a sí mismas supone “errores cognitivos” (Cash, 1991; Cash y Grant, 1996 citados en Perpiñá et al., 2000) (Anexo 2) que incitan a un diálogo corporal negativo que a su vez incrementa la insatisfacción corporal (Perpiñá et al., 2000).
3. Dimensión emocional: las experiencias emocionales/traumáticas vividas en relación con el cuerpo se almacenan internamente en forma de aprendizajes emocionales, por lo que una fuerte activación emocional en un momento determinado puede provocar un rechazo hacia el propio cuerpo (Tasa Vinyals en Raich, 2017).
4. Dimensión conductual: la paciente realiza conductas de evitación (no ir a situaciones en las que se sienta expuesta o camuflar su cuerpo mediante ropa ancha etc.) y rituales de comprobación (mirarse o pesarse frecuentemente, usar cinturones como marcadores del cuerpo etc.) que le van a suponer un alivio emocional temporal y sensación de “seguridad” aparente (Perpiñá et al., 2000).

En resumen, vemos cómo las pacientes focalizan los cinco sentidos hacia su figura, por lo que, más que tener problemas con su cuerpo, muestran alteraciones en cómo interpretan, evalúan y sienten su cuerpo (Perpiñá et al., 2000).

De modo que los TCA tienen una base común que los hace migrar entre los diferentes diagnósticos, ya que según la teoría transdiagnóstica de Fairburn, las características psicológicas comunes que vemos en los tres trastornos son una dificultad para gestionar las emociones, baja autoestima, importantes problemas en sus relaciones interpersonales y el perfeccionismo clínico. Todo esto, conlleva a una persistencia y cronicidad del problema si no se interviene correctamente (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Dada la importancia que tiene la IC en los criterios diagnósticos de los tres trastornos principales, existe un consenso entre investigadores del campo que ponen de manifiesto la necesidad de establecer tratamientos dirigidos a la IC para reducir el índice de recaídas que configuran la cronicidad de esta enfermedad (Cash & Smolak, 2011). Por tanto, vamos a hacer

un recorrido sobre la evolución de los tratamientos y cómo poco a poco se ha ido integrando la IC como componente principal y necesario en la intervención de los TCA.

3. Tratamientos de la Imagen Corporal en los últimos 20 años

Si bien es cierto que la alteración de la IC es un criterio diagnóstico imprescindible en los TCA (APA,1994), las investigaciones que incluyen este componente como parte del tratamiento desde el año 2000 son más bien escasas. A continuación, se presentan las intervenciones psicoterapéuticas que han mostrado mayor evidencia en el tratamiento de la IC:

La *Terapia Familiar Sistémica* (TFS) combina sesiones individuales y familiares en las que mediante interpretaciones dinámicas y técnicas sistémicas se fomentan aquellos aspectos personales que no han sido desarrollados a causa de conflictos en las relaciones familiares, vivencias traumáticas etc. De esta manera, se desfocaliza la atención al cuerpo y, por lo tanto, la IC, y se focaliza en la solución de los problemas base que ocasionan esa disonancia en la paciente (Espina, Ortego, de Alda, y Alemán, 2001). Así pues, el estudio de Espina et. al. (2001), que contaba con una muestra de 71 pacientes con problemas de AN o BN, mostró la eficacia de la TFS frente a la terapia de grupo (TG) y un grupo de apoyo para los padres (GAP) de las pacientes con TCA, especialmente para pacientes con BN, pues, se centró en la intervención de varios aspectos fundamentales: la IC como mensaje enviado a la familia y sociedad; conflictos presentes en la exaltación del cuerpo sexuado a causa de vivencias traumáticas (bullying, abusos sexuales etc.) vinculadas al cuerpo; identidad y autoestima; identificación y proceso de separación-individuación de la madre; la relación entre las partes del cuerpo e identificaciones o cualidades del paciente, y por último la focalización de problemas psicológicos internos en su propia figura.

La *Terapia Cognitivo Conductual* (TCC) se fundamenta en un modelo cognitivo que explica qué y cómo se mantiene el TCA, pues tiene como objetivo reducir la restricción o sobreingesta alimentaria a favor de un patrón normalizado mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales, para aportar a la paciente recursos necesarios que le ayuden a afrontar situaciones de alto riesgo, así como modificar pensamientos y creencias disfuncionales sobre la IC (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993). Así pues, los componentes que se trabajan en la TCC son: Psicoeducación, con la finalidad de informar a la paciente sobre cómo se desarrolla

y mantiene la psicopatología alimentaria; Reestructuración Cognitiva de aquellos pensamientos irreales y distorsionados que se muestran en errores de interpretación de la realidad; Exposición, pues es necesario que las pacientes dejen de evitar las situaciones temidas para poder superarlas; Autoestima, trabajando los pensamientos negativos sobre uno mismo; Técnicas de autoafirmación, para mejorar la relación con su propio cuerpo, y por último, prevención de recaídas, imprescindible en cualquier intervención (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Uno de los muchos estudios que han mostrado la eficacia de la TCC con un componente específico para IC es el realizado por Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer (2000), en el que tras aplicar a dos muestras de pacientes con BN un programa de intervención basado en la TCC y un programa basado en la Psicoterapia Interpersonal (TIP), los resultados señalan que la TCC produce una mejora similar a la TIP respecto a las actitudes relacionadas con el peso, cuerpo, autoestima y funcionamiento interpersonal, sin embargo es más rápida en acortar los síntomas primarios, por lo que el uso de esta en terapia ayudaría a una más pronta recuperación total en pacientes con BN (Agras et al., 2000). En Alemania, Hilbert y Tuschen-Caffier (2004) realizaron un estudio con pacientes con TPA y compararon la TCC con un componente de exposición gradual (TCC-E) y la TCC un componente de reestructuración cognitiva (TCC-C), en el que los resultados indicaron que ambos componentes eran necesarios y producían una mejora en la psicopatología e IC de las pacientes. Lewer et al. (2017) iniciaron un estudio en el que se tenía como propósito evaluar la capacidad de cambio de la IC en una muestra de pacientes con TPA y sobrepeso mediante la TCC centrada en la alteración de la esta. Los resultados fueron alentadores, puesto que indicaron que la intervención en exposición es el módulo de tratamiento adecuado para aquellas pacientes con sobrepeso y TPA.

Por otro lado, en Italia, Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari (2004) incluyeron en su estudio sobre la eficacia de la TCC un componente de Realidad Virtual (RV) y lo compararon con la TCC sin RV en pacientes con BN, TPA, Obesidad y TCANE. Este nuevo tratamiento, se denomina Terapia Cognitiva Experiencial (TCE), y tras los ensayos clínicos realizados con el proyecto VEPSY, se observaron mediante la TCE cambios en las actitudes hacia una mayor asertividad, pues la simulación virtual permite mejorar las habilidades sociales. También se mostró un mayor nivel de autoeficacia y, sobre todo, aumentó la conciencia corporal, la satisfacción con el propio cuerpo y la aceptación de este, lo que hizo posible una mejora en la IC de las pacientes sometidas al tratamiento.

Asimismo, en España, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, Caqueo-Úrizar y Moreno (2010) realizaron un estudio sobre la exposición mediante RV a situaciones emocionalmente significativas para las pacientes con TCA, en el que se mostró que las alteraciones de la IC

fluctúan mediante la técnica aplicada en los momentos de mayor estrés. Marco, Perpiñá y Botella (2013) llevaron a cabo un estudio con población clínica (incluyendo este a pacientes con AN, BN y TCANE) en el que se comparó la TCC y la TCC con RV, un programa desarrollado por Perpiñá et al. (2000), obteniendo unos resultados alentadores, puesto que los pacientes que recibieron el tratamiento con RV repararon su relación con el cuerpo y la disonancia entre su cuerpo percibido y cuerpo real se disipó, pero además, se realizó un seguimiento post-tratamiento de las pacientes y se comprobó que la mejora se mantuvo un año más tarde.

La *Terapia en Desensibilización y Reprocesamiento de los Movimientos Oculares* (EMDR) trabaja desde un punto de vista distinto al resto de terapias convencionales, pues tiene como objetivo desensibilizar a la persona de eventos traumáticos y los síntomas de estrés que estos le ocasionan mediante la estimulación bilateral rítmica, un movimiento con los dedos a la altura de los ojos del paciente (Navarro et al., 2018). Así pues, el paciente debe mantener la atención en un doble foco: el recuerdo traumático y la estimulación bilateral rítmica, para así ser capaz de inducir aquellos síntomas fisiológicos que activan el procesamiento de la información y una respuesta de relajación que le lleve a una nueva integración del trauma mucho más adaptativa (Navarro et al., 2018).

Diversos estudios han centrado sus investigaciones en demostrar la efectividad de este tipo de psicoterapia en distintas psicopatologías. Concretamente en pacientes con TCA encontramos el caso de Bloomgarden & Calogero (2008), que iniciaron su estudio con el propósito de examinar a corto y largo plazo los efectos de la EMDR junto al tratamiento residencial estándar (TRS) del centro en medidas de IC negativa en comparación a un grupo que solo recibió TRS. Así pues, los resultados mostraron que aquellas pacientes que recibieron EMDR + TRS presentaban a los 3 y 12 meses de seguimiento menor ansiedad por los recuerdos negativos de su IC y menor insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo. Pese a estos resultados alentadores, la evidencia empírica obtenida sugiere que la EMDR mejora la relación con el cuerpo, pero es necesario seguir replicando estudios e investigando sobre ésta (Bloomgarden & Calogero, 2008).

La *Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)*, contempla el malestar o sufrimiento como un estado normal dentro de los procesos psicológicos humanos, es decir, estos favorecen la adaptabilidad del organismo en la naturaleza. Esta idea conlleva que estos pensamientos son interpretados por la persona que los sufre como disfuncionales, y por lo tanto lucha por

evitarlos, lo que le lleva a exagerar o distorsionar cualquier conducta normal previa volviéndola patológica (Hayes, 2015). Los autores Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin y Parling (2020) realizaron un estudio con el objetivo de comparar la efectividad de una intervención grupal, basada en TAC, con el tratamiento habitual (TAU) que recibían las pacientes de la muestra seleccionada. Asimismo, para el grupo experimental se planificaron 12 sesiones semanales de dos horas en las que siguiendo el libro *Vive con tu cuerpo*, se distribuyeron los 7 capítulos de este en las sesiones, adaptando cada uno de ellos específicamente al problema de IC, y para el grupo control se siguió el tratamiento habitual de cada paciente como si no formasen parte del estudio. Los resultados mostraron que las pacientes que recibieron TAC redujeron de manera significativa los problemas relacionados con la IC, y a los dos años de seguimiento la necesidad de atención especializada en el problema alimentario se vio reducida.

Teniendo en cuenta que la gravedad de los TCA pueden llevar a la muerte, a causa de los problemas físicos que estos trastornos ocasionan en las pacientes, muchas terapias se han centrado en restaurar el peso y los patrones alimentarios, olvidando así intervenir de manera directa en la IC para evitar tanto el inicio como las recaídas del trastorno (Perpiñá, Botella y Baños, 2000), explicando así los pocos estudios realizados al respecto para incluir un componente específico de IC en el marco general terapéutico de los TCA.

Como conclusión, destacar que parece inalcanzable que la IC de las pacientes mejore sin una intervención directa dentro de un programa o terapia, y que incluir este componente produce, como ya hemos comentado, una mejoría notable pero también permite conseguir la recuperación de la paciente un año antes, sobre todo en la TCC, potenciando y acelerando el proceso de cambio en terapia (Marco, Perpiñá y Botella, 2013), lo que se considera vital en este tipo de patologías de tan largo curso con tendencia a la cronicidad.

II. METODOLOGÍA

Tras redactar el marco teórico en relación con las intervenciones con un componente de IC para el tratamiento de los TCA, se va a desarrollar la metodología empleada para la búsqueda bibliográfica del presente trabajo.

Para la búsqueda bibliográfica realizada entre el periodo de Noviembre 2019 – Mayo 2020 de los distintos artículos científicos seleccionados para redactar el trabajo, se utilizaron principalmente bases de datos rigurosas y validadas: *Pubmed*, *EBSCO* y *Dialnet*. Además, se

complementó la información con el buscador *Google Académico*, la revista especializada en trastornos alimentarios *International Journal of Eating Disorders*, las páginas web de *Giuseppe Riva* y *Psychiatry online*, y por último, manuales que hablaban del objetivo principal del trabajo.

El objeto de búsqueda fueron de manera detallada e individualizada todos y cada uno de los apartados especificados en la parte de introducción: a) historia de los trastornos de a.1) anorexia nerviosa, a.2) bulimia nerviosa, a.3) trastorno por atracón, b) concepto imagen corporal, b.1) alteraciones de la imagen corporal, c.) tratamiento de la imagen corporal en trastornos alimentarios.

Palabras clave

Las palabras clave, o descriptores, que fueron seleccionadas en un primer momento para la búsqueda de información son: “eating disorders”, “body image”, “body dissatisfaction”, “treatment”, “intervention”, “last 10 years”, junto con los booleanos AND (Y), OR (O) y NOT (NO), formando así ecuaciones de búsqueda que permitiesen una mejor reclutación de artículos relevantes respecto al interés del trabajo

Para la búsqueda conceptual se añadieron términos como: “history”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “binge eating disorder”, “transdiagnostic model of eating disorders” y autores relevantes en el estudio de la imagen corporal tanto de España como de otros países (Noruega, Reino Unido, Italia): “Raich”, “Riva”, “Fairburn”, “Phillippa Diedrichs”, “Russell”, “Toro”, “Perpiñá”.

Teniendo en cuenta la escasez de estudios encontrados respecto a la IC, se fueron adaptando palabras clave más específicas a la búsqueda de artículos, como fueron directamente la búsqueda de terapias específicas y su relación con la IC: “mindfulness-based cognitive therapy”, “acceptance and commitment therapy”, “virtual reality”, “cognitive behavioural therapy”, “EMDR”, “systemic family therapy”, “dialectical behaviour therapy”, “online therapy”.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para la búsqueda de aquellos artículos de interés dentro de la parte tratamiento fueron:

- a) que la investigación incluya población clínica de TCA,
- b) ensayos controlados aleatorizados,
- c) estudios realizados tras el año 2000,

d) artículos en inglés y español

Respecto a la revisión histórica y conceptual de los términos o palabras clave del trabajo se especificó:

a) título,

b) palabras clave, es decir, que el concepto apareciese en una de estas dos partes del trabajo, para así reducir el ruido de artículos en los resultados de la búsqueda.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para el reclutamiento de artículos de interés respecto a la parte de tratamiento en IC fueron:

a) publicaciones anteriores al 2000,

b) investigaciones que usan muestras de población no clínica,

c) estudios de caso único,

d) revisiones,

e) estudios escritos en otros idiomas distintos al inglés y al español.

Para la revisión histórica y conceptual, no se especificó ningún criterio de exclusión.

En síntesis, para una mejor visualización de los pasos seguidos en el procedimiento de búsqueda de información, véase figura 1.

Ecuación de búsqueda con operadores booleanos	Limitadores
<ul style="list-style-type: none"> •(1) Body image OR Body dissatisfaction •(2) AND Eating disorders •(3) AND (treatment OR intervention) •(4) AND [Autor*] •(5) AND [terapia específica*] 	<ul style="list-style-type: none"> •Año publicación: 2000-2020 •Idioma: Inglés o Español •Población clínica TCA •Título •Palabras clave

Figura 1. Perfil de búsqueda con operadores booleanos y limitadores. (* autores y terapias comentadas en la sección Palabras clave) Fuente: Elaboración propia.

A continuación, siguiendo los criterios de selección y la ecuación de búsqueda comentados se obtuvieron un total de 22 artículos, de los cuales tras una primera lectura y comprobación de que los criterios establecidos se cumpliesen, se seleccionaron 8 considerados relevantes para el trabajo propuesto (véase tabla 1).

Tabla 1

Resumen artículos relevantes

<i>Autor/es, año</i>	<i>Metodología</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Conclusiones</i>
(Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001)	TFS: 40 sesiones de 1h en total. GAP: 19 sesiones de 1.30h. TG: 34 sesiones de 1.30h.	Comparar el cambio producido en la IC en pacientes con TA a los que se les aplicó dos tipos de intervenciones: 1. TFS, 2. GAP + TG.	Los resultados sugieren que tanto la TFS como la GAP+TG son efectivas para reducir la insatisfacción corporal, pero la TFS que combina sesiones familiares e individuales produce resultados significativamente mejores. Además, la tasa de abandonos en GAP+TG es mayor (25.9%).
(Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004)	19 sesiones de 2h divididas en: alimentación (sesiones 1 a 8), IC (sesiones 2 a 15), estrés (sesiones 14 a 19), prevención recaídas (sesiones 20-22), + 4 sesiones en grupo para ambos subgrupos (TCC-E y TCC-C)	Comparar la TCC-E con la TCC-C para ver la mejora producida en la IC de pacientes clínicas.	Tanto el en periodo posterior al tratamiento como en el seguimiento a los 4 meses, la TCC-E o TCC-C ha mostrado una eficacia similar para mejorar la alteración de la IC en los pacientes clínicos. Así, los resultados sugieren que ambos componentes son igualmente eficaces en el tratamiento.
(Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004)	Grupo experimental: TCE (5 sesiones grupales, 10 sesiones individuales, 4/6 sesiones). Grupo control I: TCC (5 sesiones grupales, 10 sesiones individuales, 4/6 sesiones). Grupo control II: Grupo nutricional (4/6 sesiones). Grupo III: Lista de espera.	Comprobar la eficacia de un nuevo tratamiento para mejorar la IC potenciado por la RV.	Los cambios en las conductas asertivas se observan solo en el grupo TEC, por lo que la RV permite mejorar las habilidades sociales y además aumenta los niveles de autoeficacia. Un punto clave, es la mayor eficacia encontrada en TEC frente a TCC para mejorar la IC de los pacientes, ya que aumenta la conciencia corporal, la satisfacción con el propio cuerpo y la aceptación.
(Bloomgarden & Calogero, 2008)	1. TRS (43 pacientes): individual, de grupo y familiar semanal. 2. EMDR (TRS+EMDR, 43 pacientes): 1/2 sesiones semanales de 60 minutos.	Examinar los efectos a corto y largo plazo de EMDR en una población residencial con TCA para reducir la IC negativa.	TRS+EMDR mostró una reducción de la IC negativa en el seguimiento a los 3 y 12 meses frente a TRS. Así pues, la evidencia empírica aportada en este estudio sugiere que la EMDR junto con la TRS puede ser usada para tratar aspectos específicos de la IC.

(Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, Caqueo-Urizar & Moreno, 2010)	4 grupos aleatorizados a 4 entornos virtuales experimentales: 1. Una cocina con comida baja en calorías. 2. Una cocina con comida alta en calorías. 3. Un restaurante con comida baja en calorías. 4. Un restaurante con comida calórica	Estudiar el efecto de la exposición con RV a situaciones emocionalmente significativas para los pacientes con trastornos alimentarios.	Las alteraciones de la IC fluctúan en situaciones virtuales emocionalmente relevantes para las pacientes. Así pues, la RV a eventos o estímulos específicos causantes de esa ansiedad y percepción distorsionada disminuirán los juicios acerca de la IC de manera significativa y más eficaz.
(Marco, Perpiñá & Botella, 2013)	2 tratamientos con subgrupos: 1. TCC sola (BN: 19 sesiones, 2h; AN: 23 sesiones, 2h) 2- TCC para la IC (15 sesiones grupales) + RV (8 sesiones de 1h).	Evaluar si agregar un componente de tratamiento en la IC en la TCC para los TCA produce una mejoría mayor que la TCC sola.	Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron TCC con IC+RV mejoraron más que el grupo de TCC sola. Además, la mejora se mantuvo en el postratamiento y al año de seguimiento. Los resultados revelan la ventaja de incluir un componente de tratamiento que aborda las alteraciones de la IC en el protocolo para el tratamiento general de los TCA.
(Lewer, Kosfelder, Michalak, Schroeder, Nasrawi & Vocks, 2017)	1. Terapia de IC (10 sesiones de 90 minutos) 2. Grupo control (lista de espera)	Evaluar la capacidad de cambio de la alteración de la IC en una muestra de mujeres con TPA mediante TCC, abordando directamente la alteración de la IC.	El tratamiento del componente cognitivo-afectivo, conductual y perceptual de la alteración de la IC ha mostrado una mejora general en las mujeres con TPA y sobrepeso, por lo que las técnicas de exposición respecto al cuerpo son en parte, responsables de los efectos positivos de la intervención en estas pacientes.
(Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling, 2020)	1. TAC: 12 sesiones de 2 horas y 2 sesiones individuales, una antes y otra después de la intervención. 2. TAU: tratamiento recibido habitual, como si no estuviese en el estudio.	Comparar la efectividad de una intervención grupal basada en TAC con TAU para pacientes con TCA.	Los pacientes que recibieron TAC mostraron una reducción significativamente mayor en los síntomas del trastorno y los problemas de IC y recibieron menos atención especializada que los pacientes con TAU.

Nota: fuente de elaboración propia.

III. RESULTADOS

Para una descripción más clara de los resultados analizados en cada uno de los estudios, expondremos en primer lugar, los datos obtenidos por los distintos autores, para finalizar el apartado con unas conclusiones que recojan lo más significativos de cada uno de ellos, resaltando las comunalidades y diferencias halladas.

- Espina, Ortego, de Alda y Alemán (2001)

El objetivo del presente estudio fue comparar el cambio que se produce en la IC al aplicar dos tipos de intervenciones: TFS o GAP + TG, en una muestra compuesta por 71 pacientes con TCA (14 ANR; 22 ANB; 35 BN) de rango de edad de 14-33 años, seleccionadas siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Así pues, los resultados mostraron una mayor efectividad en la TFS, puesto que el número de abandonos en la intervención fue menor (25% mayor en GAP + TG) y presentaba resultados estadísticamente significativos en la mejora de la insatisfacción corporal, gracias a las sesiones individuales y familiares.

- Hilbert & Tuschen-Caffier (2004)

El objetivo del presente estudio fue comparar la TCC-E y la TCC-C para la intervención de la IC en una muestra de 28 mujeres con TA y sobrepeso, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Así pues, tras 5 meses de tratamiento en el que se realizó un total de 19 sesiones presenciales y 3 sesiones de autogestión para la prevención de las recaídas, los resultados mostraban que tanto TCC-E como TCC-C producían mejoras notables y estables en el tiempo (4 meses de seguimiento) sobre la IC de estas pacientes.

- Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari (2004)

El objetivo del presente estudio fue comprobar la eficacia de un nuevo tratamiento fomentado por RV, llamado TCE, mediante el proyecto VEPSY. Contó con una muestra de 120 pacientes mujeres (68 personas con obesidad; 36 TPA; 12 BN; 3 TCANE), con un rango de edad de 18-50 años siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). La intervención, dividió la muestra en 4 subgrupos: el grupo experimental, que recibió la TCE; el grupo control I, que recibió la TCC; el grupo control II, que recibió terapia nutricional y el grupo control III, en lista de espera. Los resultados obtenidos mostraron cambios positivos en

los comportamientos asertivos respecto al cuerpo, una mayor autoeficacia, una mejora de la IC gracias al aumento de la conciencia corporal y aceptación física en la TEC.

- Bloomgarden & Calogero (2008)

El objetivo del presente estudio fue examinar los efectos tanto a corto como largo plazo de la técnica EMDR para reducir la IC negativa en una población residencial con trastornos alimentarios. La muestra estuvo compuesta por 84 mujeres (AN, 27; BN, 23; TCANE, 36) seleccionadas siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), y clasificadas a dos grupos de intervención: 1. 43 mujeres que estaban en TRS (terapia individual, de grupo y familiar 7 días a la semana) y 2. 43 mujeres para el tratamiento de EMDR (1/2 sesiones semanales de 60 minutos). Así pues, los resultados obtenidos fueron que tanto a corto plazo como a los 3 y 12 meses de seguimiento, el TRE + EMDR redujo la angustia producida respecto a la IC negativa y por lo tanto, producir una mejoría en las pacientes.

- Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, Caqueo-Urizar & Moreno (2010)

El objetivo del presente estudio fue estudiar el efecto de la exposición mediante RV a situaciones emocionalmente significativas para los pacientes con TCA. Contó con una muestra de 85 mujeres con TCA (AN, 49: 13-22 años; BN, 22: 15-28 años; TCANE, 14: 13-21 años) y 108 estudiantes sin TCA (20-21 años), a las que se les asignó al azar a cuatro entornos virtuales: 1. Una cocina con comida baja en calorías, 2. Una cocina con comida alta en calorías, 3. Un restaurante con comida baja en calorías y 4. Un restaurante con comida calórica. Los resultados mostraron que la insatisfacción de la IC es un estado, más que un rasgo, puesto que varía en cada situación. Así pues, la RV permitió crear esas situaciones altamente angustiantes para cada paciente y reducir la percepción distorsionada acerca de la IC de manera significativa.

- Marco, Perpiñá & Botella (2013)

El objetivo del presente estudio fue evaluar si añadir a la TCC un componente en RV producía una mejora mayor a la TCC sola en la IC. Así pues, se contó con 34 pacientes de sexo femenino para la muestra (BN, 17: 16 purgativa, 1 no purgativa; TCANE, 12; AN, 5: 2 purgativa, 3 restrictiva) comprendida entre los 15-40 años, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002). Las sesiones con RV tuvieron lugar una vez a la semana, en un total de 8 sesiones de 1h cada una. Los resultados mostraron una mejoría significativa en aquellas pacientes que recibieron la TCC con un componente de RV, a corto plazo y al año de seguimiento, ya que permite abordar las alteraciones de la IC de manera individualizada en

cada paciente, lo que facilita un tratamiento más específico y adaptado a las necesidades de cada sujeto.

- Lewer, Kosfelder, Michalak, Schroeder, Nasrawi & Vocks (2017)

El objetivo del presente estudio fue evaluar la capacidad de cambio de las alteraciones de la IC con una muestra de pacientes con TPA mediante la terapia TCC. La muestra, compuesta por 36 mujeres diagnosticadas con TPA según los criterios diagnósticos del DSM-IV y con una edad comprendida entre los 18-60 años, fueron asignadas al azar a un grupo control o al grupo experimental, en el que se establecieron 10 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Los resultados mostraron una mejora de la IC en estas pacientes con sobrepeso, gracias a las técnicas de exposición respecto al cuerpo utilizadas en la investigación.

- Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin & Parling (2020)

El objetivo del presente estudio fue comparar la efectividad una TG basada en la TAC con TAU en pacientes con síntomas residuales de TCA. La muestra estuvo compuesta por 99 pacientes mujeres asignadas al azar al grupo experimental (n=52) o al grupo control (n=47), siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Así pues, el tratamiento con TAC constaba de 12 sesiones semanales de 2h y dos sesiones individuales, antes y después de la intervención, mientras que el tratamiento con TAU siguió de la misma manera como sino estuvieran en el estudio. Los resultados mostraron que las pacientes que recibieron la TAC redujeron los síntomas de la psicopatología alimentaria y los problemas de IC, además de necesitar menos atención especializada que las pacientes que recibieron TAU.

Asimismo, tras el análisis detallado de cada artículo, podemos observar algunas similitudes y diferencias entre ellos.

En primer lugar, la muestra de todos los artículos escogidos era femenina y englobaba en su mayor parte a población adolescente y/o joven, aunque algunos incluyeron también población adulta (citar esos artículos), lo que nos muestra como los TCA son un problema presente a lo largo de todo el ciclo vital. Es curioso que todos los estudios que incluyeron población con AN no incluyeron población con TPA y a la inversa, pero sí entre la muestra seleccionada siempre incluyeron casos de BN.

En segundo lugar, entre los criterios de selección de la muestra, los distintos autores coincidían en gran medida en la exclusión de aquellas pacientes que presentarán un embarazo,

síntomas psicóticos, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias, suicidio, autolesiones o necesidad de un ingreso hospitalario.

Por último, destacar las pequeñas diferencias encontradas entre los distintos artículos, pues entre ellos se descartaron a pacientes que estaban en esos momentos en tratamiento (Espina et. al., 2001), mientras que en otros se seleccionaron como grupo control a las pacientes junto el tratamiento recibido regularmente (Bloomgarden et al., 2008; Folgelkvist et. al., 2020), o se basaron en los criterios diagnósticos del DSM para seleccionar la muestra y no especificaron otros motivos. También vemos como en algún estudio se usó una muestra de población sin patología alimentaria como grupo control (Gutierrez et. al., 2010), importante también para destacar las distorsiones de la IC que se encuentran en población sana.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión de los tratamientos que han ido integrando la IC como componente clave en la intervención de los TCA, teniendo en cuenta la literatura científica de los últimos 20 años. Por consiguiente, tras el análisis de los artículos relevantes seleccionados para la realización del trabajo, podemos observar las siguientes valoraciones:

En primer lugar, la TFS entiende el cuerpo como un ente de comunicación, ya que mediante este podemos comunicarnos con el entorno, ocultar o denunciar problemas, como son los familiares (en los que esta se centra). Así pues, en la intervención realizada por el estudio de Espina et al. (2001) unen la insatisfacción corporal junto a los problemas que presentan cada paciente con sus familias, lo que pretende dejar a un lado la focalización en el cuerpo y resolver los problemas de origen encontrados.

Se puede afirmar que el tratamiento basado en TFS muestra una mayor efectividad, en comparación con GAP+TG, para reducir la insatisfacción corporal en la muestra de BN, pero en TPA ambas intervenciones muestran una eficacia relativamente semejante. También se puede afirmar que la TFS necesita un menor número de sesiones para reducir la insatisfacción a niveles significativos, y consta de un menor número de abandonos que la GAP+TG, aunque esto muestra una desventaja, pues poder atender a un mayor número de pacientes a la vez y

reducir los problemas de IC de manera significativa sería interesante para la práctica clínica (Crisp et al., 1991; Yager, 1994 citados en Espina et al., 2001).

Tras unos buenos resultados, en los que se avala la eficacia de intervenir en los aspectos intrapsíquicos para mejorar la IC de las pacientes, además de encontrar mejoras en las variables autoestima, conducta alimentaria, relaciones familiares y humor (Espina, Ortego y Ochoa de Alda, 1999 citado en Espina et al., 2001), se presentan limitaciones como es una muestra reducida en el grupo de GAP+TG, lo que impide generalizar los resultados y induce a una réplica del estudio con una mayor muestra para que sea representativa.

En segundo lugar, la TCC es la intervención con mayor evidencia empírica encontrada respecto al tratamiento de la IC, puesto que en comparación al resto de estudios analizados cuenta con un total de 5 estudios controlados aleatorizados, por lo que parece ser la terapia que mayor interés ha suscitado entre los investigadores de la IC.

Respecto a los estudios realizados con muestras de TPA, obesidad y BN podemos observar como incluir en la TCC un componente específico para IC reduce las preocupaciones sobre el cuerpo, peso, forma y insatisfacción en el post-tratamiento y en el seguimiento (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004; Lewer et al., 2017), además de mejorar las habilidades sociales, la autoestima y los comportamientos asertivos de los pacientes con un componente de RV, ya que esta demuestra que lo que parece una percepción no existe como tal (Riva et. al., 2004). Así pues, vemos como en el estudio de Riva et. al. (2004), la TEC de corta duración produce una motivación al cambio muy útil para acortar la psicopatología existente y fomentar la recuperación en pacientes con fuerte resistencia al tratamiento (Vitousek, Watson & Wilson, 1998 citado en Riva et. al., 2004). En el estudio de Hilbert & Tuschen-Caffier (2004) el 58.3% de los pacientes se recuperaron de los atracones, y el 75% mejoraron los atracones en un nivel inferior al clínico, sin embargo la muestra no es representativa por lo que no se puede generalizar los resultados, no como en el estudio de Lewer et al. (2017), considerado el primer ensayo controlado aleatorizado en pacientes con TPA y sobrepeso, que corrobora la mejora significativa antes comentada gracias a la exposición del cuerpo, afrontar las emociones negativas que surgen y aprender a controlar los comportamientos gracias a los procesos de habituación adquiridos en terapia.

Por otro lado, los estudios que incluyeron muestras de AN, BN y TCANE dentro de la intervención con TCC + RV, muestran que esta acelera, como ya hemos comentado, la eficiencia y el proceso de cambio de la psicopatología, reduciendo los síntomas de insatisfacción a niveles similares a los de población sana (Marco et al., 2013). En el estudio de

Gutierrez et. al. (2010), se muestra como hay una mayor distorsión en pacientes con AN tras la ingesta de alimentos calóricos y en BN la insatisfacción mantiene sus niveles en las distintas situaciones planteadas mediante RV. Asimismo, en el estudio de Marco et al. (2013) se reafirma la mejora de las actitudes, pensamientos y emociones ya comentada respecto a la IC, gracias a la muestra representativa de la práctica clínica real utilizada.

En tercer lugar, la EMDR se añadió en el estudio de Bloomgarden et al. (2008) al TRS para ver si mejoraba la IC de las pacientes sometidas, lo que demostró una mejora en esta en el post-tratamiento y a los 3 y 4 meses de seguimiento. Pese a este resultado, no podía generalizarse a otros TCA como AN purgativa, el género masculino o pacientes ambulatorios, además de que las cuatro sesiones realizadas no fueron suficientes para sostener esa mejora más allá de los 12 meses. Por lo que, teniendo en cuenta que el riesgo de no sanar el trauma ocasionado deriva en una formación de la IC negativa y es un mantenedor de la patología (Rose, 1990; Smolak y Levine, 2001 citados en Bloomgardet et al., 2008) sería aconsejable replicar el estudio con un mayor numero de sesiones, para ver si la reducción de la insatisfacción corporal se mantiene de manera prolongada en el tiempo.

Por último, la TAC pretende trabajar la IC desde una actitud positiva frente al cuerpo, realzar las fortalezas de este, respetarlo y cuidarlo. Por lo que en la intervención del estudio realizado por Fogelwist et al. (2020) se buscó mejorar la flexibilidad psicológica en la IC de los pacientes mediante la explicación de que las estrategias usadas hasta el momento como control de la ansiedad, eran factores mantenedores de la propia psicopatología, lo que lleva a una desestabilización del paciente y a la búsqueda de un cambio de estrategias internas. Así, la TAC redujo los síntomas de insatisfacción en mayor medida que el TAU con efecto a largo plazo, lo que sitúa a esta terapia como prometedora para síntomas residuales de TCA, ya que los resultados eran superiores en aquellas pacientes que ya habían recibido tratamiento anterior para las conductas alimentarias.

Conclusiones

Considerando la IC como un factor de mantenimiento y pronóstico en la psicopatología alimentaria, conseguir una mejora y normalización de esta es clave tanto para la recuperación total como para la prevención de posibles recaídas en las pacientes. Por consiguiente, tras el

análisis de los estudios realizados al respecto, vemos como una intervención global sin un componente específico que aborde la IC, no es suficiente para conseguir esa mejora.

Las intervenciones basadas en la TCC y un componente de RV apuntan a una alternativa eficaz y con mayor investigación para el tratamiento de los TCA, puesto que los resultados obtenidos hasta el momento resultan prometedores.

Sin embargo, las muestras incluidas en los estudios no abarcan todo el espectro de la patología alimentaria, es decir, o bien incluyen pacientes con bajo peso o bien incluyen pacientes con sobrepeso, pero ninguno de los estudios encontrados poseía una muestra completa desde AN, BN hasta TCANE y TPA.

Además, sabiendo ya que la IC negativa es la discrepancia entre el tamaño corporal percibido y el objetivo, y que la insatisfacción corporal es la discrepancia entre el tamaño corporal ideal y el percibido, surgen ambigüedades en pacientes con TPA u obesidad. Es decir, las pacientes con este problema, sufren en muchas ocasiones sobrepeso y como consecuencia, una mayor insatisfacción corporal, por lo que tratar la IC y disminuir las preocupaciones sobre el peso y la figura podría resultar negativo para su salud física, además de contraproducente por el riesgo a tener atracones que presentan, ya que poner pautas alimenticias sería un factor clave para perder peso, sin llegar a lanzarles el mensaje de ‘tu cuerpo no encaja en la sociedad, adelgaza’.

Líneas de investigación futura

Teniendo en cuenta los pocos estudios que han llevado a cabo una intervención basada en IC durante los últimos 20 años, una de las limitaciones encontradas en los estudios es la exclusión de la muestra a pacientes con trastornos de personalidad, lo que lleva a simplificar mucho la psicopatología, pues existe una alta comorbilidad entre TP y TCA. Si esto lo enlazamos a otros estudios en los que se fomenta el tratamiento de la IC en pacientes con síntomas residuales, nos encontramos con el factor más desfavorable: años de tratamiento para una recuperación total.

Es fundamental reclutar una muestra que represente a la población clínica encontrada en consulta y, como bien se ve en los estudios de RV, se establezca un tratamiento con un componente específico para la IC con el objetivo de disminuir el pronóstico largo de la psicopatología, pues se está viendo que no a mayor número de sesiones mayor recuperación, sino que es la intervención específica lo que hace que los pacientes mejoren de manera eficaz.

Por otro lado, teniendo en cuenta la teoría transdiagnóstica de Fairburn, y viendo como el sufrimiento que se esconde tras los cuerpos de las pacientes es muy similar, sería interesante

realizar estudios de diseño multicéntrico con muestras de los 3 trastornos principales con el objetivo de encontrar un tratamiento que muestre resultados favorecedores para los TCA en global y que sea generalizable fuera del estudio.

Otro tipo de terapia usada en las intervenciones con los trastornos alimentarios es la TFS, puesto que como ya hemos visto, los problemas de origen siempre suelen conducir a familias desestructuradas o carentes de una comunicación fluida que no han tenido las herramientas suficientes para saber gestionar las dificultades encontradas. Pese a esto, hay muy poca investigación desde este enfoque sistémico al abordaje de la IC, lo que sería importante potenciar para futuras investigaciones.

Por último, destacar la cantidad de programas de prevención en población adolescente sin patología encontrados durante la búsqueda de información, con talleres y sesiones para tratar la IC de muchas maneras, debido a lo cual se ha hecho una gran labor en prevención, pero ha quedado en el olvido la intervención en pacientes con TCA. Así pues, es necesario seguir realizando estudios y examinar la eficacia de las intervenciones basadas en IC, para encontrar qué tipo de tratamientos son más eficaces y producen una mejora más rápida, qué tipo de población clínica (tipo de TCA, edad, comorbilidad con otras patologías, curso del trastorno, etc.) podría beneficiarse de un mayor efecto terapéutico y, acortar en la mayor medida posible, la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-I* (1a Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II* (2a Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3a Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3a Ed. Revised). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4a Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4a Ed. Revised). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5a Ed.). Washington, DC: APA.
- Anido, A. G., Ganuza, Z. A., Cabeza, L. P., González, L. E., Rahmani, R., Eizaguirre, N. O., Álvarez, C. L., Sarmiento, M. C., Lizeaga, I. K. y Garcés, T. R. (2009). La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 26(3-4), 88-96.

- Baile, A. J. y González, C. M. (2016). Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Bell, L. & Rushforth, J. (2008). *Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders*. Routledge.engu
- Berengüí, R., Castejón, M. y Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8.
- Beumont, P. J. V. (1988). Bulimia: Is it an illness entity?. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 167-176.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders*, 16(5), 418-427.
- Bynum, C. W. (1988). *Holy feast and holy fast: The religious significance of food to medieval women* (Vol. 1). University of California Press.
- Calvo, S. R. (2002). Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Editorial Planeta, S. A.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford Press.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97-107.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C.G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82, 390–398.

- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M., y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- Espina, A., Ortego, M. A., de Alda, I. O., y Alemán, A. (2001). Intervenciones familiares e imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 29-40.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (p. 361–404). Guilford Press.
- Fernández, M. P., Encinas, F. L., y Escursell, R. R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 6, 71-72.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155-166.
- Friederich, H. C., & Herzog, W. (2010). Cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 111-123). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Guisado, J. A., y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32.

- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1325-1339.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Jorquera, R. M. (2008). Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana. Universitat de València.
- Lewer, M., Kosfelder, J., Michalak, J., Schroeder, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2017). Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: A pilot study. *Journal of eating disorders*, 5(1), 43.
- Marco, J. H. (2004). Tratamiento de los trastornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo conductual con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Research*, 209(3), 619-625.
- Morandé, G., Graell Berna, M., y Blanco, M. A. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral (No. 616.89-008.441. 42). Médica Panamericana.,
- Navarro, P. N., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., ... y Amann, B. L. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 101-114.

- Oliva, L., Gandarillas, A., Sonogo, M., Díez-Gañan, L. y Ordobás, M. (2012). Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, Comunidad de Madrid, 2011. Servicio de Epidemiología. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 18(8), 3-23.
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología (vol 1)*, Madrid: MacGraw-Hill.
- Perpiñá, C., y Baños, R. M. (1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(1), 1-10.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y Tratamiento mediante realidad virtual. Valencia: Promolibro.
- Picot, A. K., & Lilenfeld, L. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *international Journal of eating disorders*, 34(1), 98-107.
- Raich, R. M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, S. A., y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y modificación de conducta*, 23(89), 405-424.
- Raich, R.M. (2017). La tiranía del cuerpo. ¿Por qué no me veo cómo soy? Editorial Siglantana.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Salas-Salvadó, J., Lorda, P. G., y Ripollés, J. M. S. (Eds.). (2005). La alimentación y la nutrición a través de la historia. Editorial Glosa, SL.

- San Sebastián, C. J. (1999). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de estudios de Juventud*, 47, 17-22.
- Silverman, J.A. (1987). Robert Whytt, 1714-1766. Eighteenth century limner of anorexia nervosa and bulimia, an essay. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 143-146.
- Stein, D. M., & Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2), 201–210.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Vázquez, A. R., Galán, J. J., López, A. X., Alvarez, R. G., Mancilla, D. J., Caballero, R. A. y Unikel, S. C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 42-52.
- Wolfradt, U., Hempel, S., & Miles, J.N. (2003). Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 521–32.

Anexos

Anexo 1. Acercamiento conceptual al concepto de IC por diferentes autores (Fuente: Elaboración propia)

Slade y Russell (1973)	La tendencia a la sobreestimación al cuerpo se debe al miedo intenso por estar grueso, por lo que convergen el estudio de la imagen corporal como síntoma patognómico de los TCA
Hutchinson (1982)	Las alteraciones perceptuales del cuerpo no tienen un carácter permanente, por lo que no debían considerarse un criterio diagnóstico de los TCA
Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985)	Las distorsiones corporales son debidas a la cultura en la que se desenvuelve la paciente
Cash y Brown; Cooper y Taylor (1988)	Ratifican que las distorsiones corporales se deben a factores culturales y no se encuentran solo en pacientes con TCA, ya que en población normal existe una sobreestimación corporal
Slade (1988)	Define la IC como una “representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos, y de las partes que los componen, es decir, la forma en que ‘vemos’ nuestro cuerpo y la forma en que creemos que los demás nos ven”
Raich (2000)	Define la IC como “constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.”

Anexo 2. “Errores cognitivos” (Cash, 1991; Cash y Grant, 1996 citados en Perpiñá et. al., 2000)

Nombre:

Fecha:

Indica con qué frecuencia te suceden estos errores en tu conversación con tu cuerpo. (de 0 - nunca- a 4 -muy a menudo-)

La Bella o la Bestia: O guapa o fea, o delgada o gorda, o baja o alta; no hay punto intermedio.	
El Ideal irreal: Comparar el propio aspecto con el ideal de belleza del momento: top-models...	
Comparación injusta: Comparar-nos con gente que conocemos que tienen atributos físicos que uno desea	
La lupa: Atención excesiva sobre los defectos que uno percibe de sí mismo.	
La ceguera mental: Minimizar los aspectos físicos propios que están bien.	
Expansión de fealdad: Extender el descontento a partir de algún aspecto que a uno no le gusta.	
Juego de culpa: Inferir que el aspecto de uno ha sido la causa de algo que no se quería que ocurriera.	
Leer (mal) la mente: Si yo lo pienso, los demás también lo estarán pensando.	
Predecir la desdicha: Creer que el propio aspecto llevará a consecuencias negativas en el futuro.	
La atadura de la belleza: Pensar que la propia apariencia prohíbe o impide hacer ciertas actividades.	
Sentirse fea: Sentirse fea es la evidencia de que una debe ser, de hecho, fea.	
El espejo malhumorado: Generalización de pensamientos negativos y estados de ánimo, provenientes de sucesos que no tienen que ver con la apariencia, a experiencias corporales.	

