

IMAGEN CORPORAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

Luz Angela Moreno Hernández

Universidad de la Sabana

Chía, Colombia

2005

Resumen

El objetivo de este trabajo es elaborar una revisión teórica acerca de los factores que se han relacionado con la insatisfacción de la imagen corporal, la relación de éstos con los desórdenes alimenticios y los avances en el abordaje terapéutico de estos últimos; para esto se tienen en cuenta las diferencias entre los factores que influyen en la insatisfacción de los hombres y de las mujeres respecto a su cuerpo, se esbozan factores relacionados con la cultura y se expone también la relación que guarda la insatisfacción corporal en el desarrollo de los desórdenes alimenticios y finalmente, algunos de los avances a nivel terapéutico que han sido propuestos para intervenir esta problemática.

Palabras Clave: Insatisfacción corporal, desórdenes alimenticios e intervención

Abstract

The aim of this document is to elaborate a theoretical revision about Body Image dissatisfaction and the factors implicated, the relation between eating disorders and Body image dissatisfaction and the eating disorders therapy advances that have been developed. For this, the document considers the factors that have an influence in Body Image Dissatisfaction in men and women, and sketch the cultural influences. The document also exposes the relation between Insatisfaction Body Image and the development of eating disorders and some of the therapy advances in eating disorders that have been proposed.

Key Words: Body Image dissatisfaction, eating disorders and therapy

IMAGEN CORPORAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

El fin de este trabajo fue hacer una recopilación teórica que inicialmente mostrara algunos de los factores que, diversas investigaciones han mostrado, influyen en la insatisfacción corporal percibida por parte de la población adolescente, también este trabajo presentó la forma en que este fenómeno (la insatisfacción corporal) se ha presentado en algunas culturas y razas y cómo este se ha relacionado con los desórdenes alimenticios.

Uno de los problemas que se ha planteado en su quehacer la psicología, es la dificultad para conseguir cambios en cómo las personas experimentan su cuerpo (Rorty, Yager, y Rossotto, 1993, citado por Riva, Bacchetta, Baruffi, Molinari, 2001); por eso este trabajo adicionalmente buscó mostrar algunos de los avances que desde la terapia cognoscitivo-conductual se están utilizando en el trabajo con pacientes que presentan desórdenes alimenticios, específicamente con la sintomatología relacionada con la insatisfacción corporal; y así proporcionar un mayor número de herramientas conceptuales para el trabajo clínico con este tipo de problemática.

El porcentaje de hombres adolescentes entre los 16 y 18 años procedentes de Inglaterra, que buscan ser más delgados, es similar en proporción a aquellos que buscan ser más pesados; a diferencia de las niñas, donde solo un porcentaje pequeño quiere ganar peso. En los dos grupos se evidencia insatisfacción con el peso corporal que tienen; no siendo solo esta una tendencia femenina. Sin embargo en la muestra con mujeres, se presentó una relación mayor con conductas y actitudes relacionadas con trastornos alimenticios que en la muestra masculina. Para las mujeres la satisfacción corporal está relacionada con autoestima, a diferencia de los hombres donde esta relación no fue evidente (Furnham, Badmin y Sneade, 2002). Una de las investigaciones adelantadas en adolescentes mujeres

pertenecientes a los grados de escuela secundaria, muestra también que esta población es de alto riesgo para desarrollar trastornos alimenticios, y se concluyó que la participación en ciertos deportes incrementa esta posibilidad. El índice de masa corporal se propone como uno de los determinantes en la insatisfacción corporal; esta insatisfacción se observó de forma más significativa en la población blanca que en la negra (Thompson, Sharon, Digsby y Sohailla, 2004).

Existen diferencias en cuanto a la forma en que se da la insatisfacción corporal entre hombres y mujeres con edad promedio de 14 años. Las mujeres tienden a percibir la insatisfacción corporal en ser muy anchas o muy delgadas. Al contrario, los hombres sienten insatisfacción con la distribución de su masa corporal (Konstanski y Gullone, 1998); adicionalmente, las adolescentes tienden, según Sands (1999), a juzgar la insatisfacción con su cuerpo de acuerdo con su peso, las características de su cabeza, su baja estatura, la talla percibida y la totalidad de su apariencia. Sumado a esto, el estudio llevado a cabo por Ackard y Peterson (1999), apunta a una influencia de tipo biológico, como es la entrada a la pubertad en las mujeres y evalúa si esta puede estar influyendo en la insatisfacción corporal y los desórdenes alimenticios. Específicamente se determinó la relación entre pubertad, insatisfacción corporal, desórdenes alimenticios y otras variables; se encontró que la entrada a la pubertad, no se considera como una etapa o factor de riesgo ni en la aparición de insatisfacción corporal ni como predictor de desórdenes alimenticios. Lo que sí se evidenció es que las mujeres que antes de la pubertad tienen la percepción que presentan sobrepeso, están en mayor riesgo de presentar sintomatología relacionada con desórdenes alimenticios e insatisfacción corporal, en comparación con las que no tienen esa percepción.

En la población masculina, los factores más relacionados con la insatisfacción corporal son los ideales internalizados de estereotipos musculosos. Esto es contrario a lo que se encontró con las mujeres, las cuales se encuentran más influenciadas por variables contextuales relacionadas con los pares y no con estereotipos concretos (Jones, 2004). Otros estudios aportan más factores relacionados con la insatisfacción corporal en los hombres. Por ejemplo, Olivardia, Harrison, Borowiecki y Cohane (2004) afirman que en los hombres, la depresión, el uso de esteroides y la baja autoestima se relacionan significativamente con la insatisfacción corporal.

Cultura e Insatisfacción Corporal

Diferentes estudios, como los presentados a continuación establecen cómo la insatisfacción corporal y las actitudes relacionadas con los desórdenes alimenticios se presentan en diferentes culturas y razas.

En un estudio realizado en India con mujeres adultas jóvenes, la variable relacionada con las bromas de tipo racial, hechas por otros acerca de la imagen corporal, no fue decisiva en la insatisfacción corporal percibida. De hecho, esta variable se relacionó más con la tendencia a realizar actos para conseguir delgadez en la muestra de jóvenes adultas (Shroff y Thompson, 2003). Sin embargo, en el estudio realizado por Sahi iyer y Haslam (2003), las bromas racistas sí influyeron en la presencia de distorsiones corporales en las mujeres procedentes de minorías étnicas.

El estudio llevado a cabo por Caradas, Lambert y Charlton (2002), muestra que en la población negra, mezclada y blanca, se presentan con igual severidad, actitudes anormales relacionadas con desórdenes alimenticios, en un grupo de adolescentes escolares. Las adolescentes que pertenecen a otras culturas y han tenido procesos de aculturación, también

tienen niveles similares de actitudes relacionadas con trastornos alimenticios. En cuanto a la preocupación por la imagen corporal y la insatisfacción corporal, esta es mayor para las escolares de raza blanca que para las razas mezcladas y negras.

En la misma línea, Perez y Joiner (2002), establecieron que las mujeres negras que presentan insatisfacción con su cuerpo, independientemente de si presentan sobrepeso o no, pueden desarrollar síntomas bulímicos al igual que las de raza blanca.

Factores que se han relacionado con la Insatisfacción Corporal

Diferentes autores han evaluado aquellos factores que influyen en el desarrollo de problemas en la imagen corporal. Se han llevado a cabo diferentes estudios que muestran cómo los medios de comunicación pueden llegar a representar una influencia mas en la insatisfacción corporal, entre ellos, la investigación llevada a cabo por Baker, Sivyer y Tonel (1997), estudió el rol que juegan los medios de comunicación en la insatisfacción corporal, específicamente aquellos que utilizan imágenes como medio de comunicación principal. Por medio de la evaluación de mujeres que tienen deterioros a nivel visual, se encontró que las mujeres que nunca han visto (ceguera de nacimiento), presentaban los niveles más bajos de insatisfacción corporal y actitudes relacionadas con desórdenes alimenticios en comparación con aquellas que quedaron ciegas durante su vida. Las que no tenían ningún problema visual presentaron los niveles más altos de insatisfacción corporal y actitudes relacionadas con desórdenes alimenticios. Los sujetos que presentaban ceguera de nacimiento afirmaban que presentaban pocas preocupaciones con relación a su cuerpo. Los resultados de esta investigación relacionan la capacidad de visualizarse a uno mismo y a los demás como un factor que influye en la insatisfacción corporal, además de la sobreestimulación visual presente en los medios.

Los mensajes que los medios promueven a través de imágenes poco realistas, influye en que ciertos hombres presenten dificultades con su imagen corporal (Corson y Andersen, 2002, citado por Cash, Morrow, Hrabosky, Perry, 2004); en las mujeres la influencia es la misma, ya que aprenden a valorarse físicamente, comparándose con estándares irreales, a través de la internalización de las expectativas promulgadas culturalmente (Thompson y Stice, 2001, citado por Cash et al. 2004). Estos hallazgos están de acuerdo con la postura de Stice y Shaw (1994), citado por Sands (1999), donde se postula que el estereotipo cultural manejado por la sociedad hace que se de una especie de obsesión con la forma del cuerpo, la virilidad, el peso y la constante evaluación sobre el cuerpo. Sumado a esto, Quigly y Doane (1981) citado por Baker et al., (1997) afirma que la insatisfacción corporal mediada por la experiencia visual tiene gran significado para la etiología de los trastornos alimenticios.

Por otro lado, la investigación de Joshi, Herman y Polivi (2003), expuso a dos grupos: los que normalmente restringen voluntariamente alimentos y los que no lo hacen, a imágenes publicitarias donde se proponen ideales delgados, con el fin de verificar si esto ejercía una influencia en el ánimo, la autoestima y la imagen corporal. El estudio encontró sorpresivamente, que la imagen y autoestima tendía a mejorar en el grupo de los que se restringían alimentos voluntariamente. Por otro lado, en el grupo en que no existía restricción de alimentos, los efectos sobre la imagen y autoestima ni aumentaron ni disminuyeron significativamente. Las imágenes de estereotipos ideales, podrían causar cierta resistencia y ser vistos como amenazantes por los sujetos, causando una reacción contraria a la esperada y no disminuyendo ni la autoestima ni la satisfacción corporal en el grupo de los que no se restringían alimentos.

Jones (2004), por medio de un estudio longitudinal hecho en hombres y mujeres adolescentes, acerca de las contribuciones sociales, psicológicas y biológicas relacionadas con insatisfacción en la imagen corporal, se encontró que las conversaciones acerca de la apariencia física influyen en la insatisfacción corporal y así mismo estimulan la aparición de patrones de comparación social en las mujeres. Esta comparación fue el único factor psicológico que influyó en la insatisfacción con la imagen corporal. Adicionalmente, la comparación social no fue dada como producto de la insatisfacción corporal sino seguida de frecuentes conversaciones relacionadas con la apariencia, en los grupos de referencia del sujeto. Otro de los aportes de esta investigación reside en que la interiorización de ideales de apariencia no fue un predictor de cambios significativos en la insatisfacción con el cuerpo.

Sands (1999), a través de análisis de regresión múltiple, establece que la importancia percibida por los sujetos hacia su imagen corporal, juega un papel importante como predictor de conductas y cogniciones que tienen como objetivo adelgazar.

Otra postura es presentada por Tiggemann y Kuring (2004), partiendo de análisis feministas, estos autores realizan un estudio que busca relacionar tres variables: desórdenes alimenticios, ánimo depresivo e imagen corporal. Los resultados proponen que a nivel cultural la tendencia a ver el cuerpo de la mujer como un objeto, el cual debe ser evaluado y mirado, hace que la mujer se vuelva evaluadora de si misma. Así mismo, como resultado de esto, se experimenta mayor ansiedad con respecto a la imagen corporal, lo cual se relaciona con la aparición de desórdenes alimenticios y ánimo depresivo. Esta investigación aporta luces sobre la importancia que podría tener la imagen corporal en el desarrollo de desórdenes alimenticios.

Insatisfacción Corporal y Desórdenes Alimenticios

El siguiente estudio clarifica la contribución que tiene la insatisfacción corporal en el desarrollo de desórdenes alimenticios. Tylka, Subich y Linda (2004), llevaron a cabo una investigación referente a la evaluación de un modelo multidimensional de la sintomatología de los desórdenes alimenticios, en el cual se comprueba que la presión por un ideal corporal basado en la delgadez, a través de la internalización de un estereotipo delgado e ideal, predice insatisfacción en la imagen corporal y esta, a su vez, predice desórdenes alimenticios. La presión por la delgadez predijo también, un afecto negativo (depresión) y este a su vez predijo la internacionalización de ideales estereotipados.

Por otra parte, aunque el estudio de Frank y Thomas (2003), también plantea factores que influyen en la insatisfacción corporal, como la importancia que una mujer da a la forma y al peso de su cuerpo y, la tendencia a autoevaluarse basándose en los estándares de otros (internalizaciones), siendo estos predictores de la aparición de cogniciones similares a las personas que padecen desórdenes alimenticios (donde se encontraría la insatisfacción corporal), se encuentra que estas cogniciones no serían suficientes para el desarrollo de las conductas o resultados que acompañan los desórdenes alimenticios.

Contrario a esto, las investigaciones de Johnson, y Wardle (2005), afirman que la insatisfacción corporal sería el factor clave en el desarrollo del trastorno; el estudio realizado que apoya esta idea, tuvo como objetivo examinar si la restricción en la dieta o la insatisfacción del cuerpo predecían un mayor número de resultados negativos presentes en trastornos alimenticios; se encontró que el mayor predictor fue la insatisfacción corporal, la cual guarda una relación cercana con variables como: estrés, depresión y baja autoestima.

Inclusive el estudio muestra, contrario a lo que se creía, que la asociación entre restricciones en la dieta, depresión y autoestima, está mediada por la insatisfacción con el peso corporal.

La insatisfacción corporal se ha presentado como uno de los elementos de la imagen corporal que tienen una influencia más significativa en los desórdenes alimenticios, en comparación con otros factores de la imagen corporal como son las distorsiones perceptuales en la talla del cuerpo. Adicionalmente este factor contribuye a diferenciar certeramente entre mujeres con y sin el trastorno (Cash y Deagle, 1996). Adicionalmente, la parte actitudinal y afectiva predice mejor la insatisfacción corporal que la parte perceptual (distorsiones en la percepción de la talla) (Sands, 1999).

En los desórdenes alimenticios, la excesiva importancia dada a comer, es una expresión de la sobreevaluación hecha a lo referente con comer, la imagen corporal y el peso, lo cual se presenta como la médula o el punto central de los desórdenes alimenticios (Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003, citado por Roz y Paul, 2004)

Un estudio que tiene también en cuenta la imagen corporal como un factor que predice los desórdenes alimenticios, es el llevado a cabo por Roz y Paul (2004), en este estudio se buscó evaluar la asociación entre una distorsión cognoscitiva “thought-shape fusion” y los trastornos alimenticios. Se buscaba dilucidar qué tanto esa cognición está presente en muestras normales y patológicas. Esta distorsión se refiere a una sobreevaluación dada a los elementos: comer, a la imagen corporal y al peso. Los resultados arrojaron una relación entre “thought-shape fusion” y la presencia de desórdenes alimenticios. Además, los pacientes con desórdenes alimenticios mostraron un grado mayor en la presencia de esta cognición que los del grupo control. Se encontró una asociación fuerte entre el grado en que está presente la distorsión cognoscitiva y la severidad del trastorno.

Los investigadores y clínicos, saben que evaluar cómo el sujeto experimenta su cuerpo, es un factor crucial para cualquier tratamiento que busque trabajar en desórdenes alimenticios (Riva y Melis, 1998).

Paradójicamente frente a la variedad de influencias a nivel socio-cultural que posibilitan ciertas distorsiones en la imagen corporal e influyen en la insatisfacción corporal; el sobrepeso y la obesidad en Estados Unidos han ido creciendo notablemente y esto, en vez reconvertirse en un factor que alimente la preocupación por la imagen corporal, hace que aumente la aceptación corporal de las personas. Ya que la gente cuando ve a su alrededor personas con sobrepeso en contraposición con las figuras mostradas por los medios, sienten satisfacción al saber que los otros son tan pesados o más que ellos, además, al compararse, se da una nivelación en la satisfacción con el propio cuerpo (Cash et al., 2004).

El Procesamiento de la Información detrás de los Desórdenes Alimenticios

Algunos autores han argumentado acerca del procesamiento de la información detrás de los desórdenes alimenticios, por ejemplo, Williamson (1996), citado por Riva, Botella, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, Molinari (2004), afirma que aquellas personas que sobreestiman su talla corporal pueden estar presentando un esquema de pensamiento caracterizado por una tendencia a procesar selectivamente y recordar fácilmente información relacionada con el cuerpo, además de manejar una tendencia caracterizada por niveles altos de evaluación y juicio sobre si mismo y los otros.

Los estudios de Gallagher (1995), citados por Riva y Mille (1998), muestran cómo el esquema corporal a nivel cognoscitivo, tiene una gran influencia en la forma en que los sujetos se ven. Adicionalmente, si se llegasen a introducir cambios en ese esquema corporal,

a nivel espacial, en la percepción de los objetos, existiría un cambio. Algunos de los ejemplos introducidos por este autor muestran que: hacer ejercicio o bailar pueden mejorar la coordinación, los movimientos de los sujetos y el equilibrio; lo que hace que el sujeto modifique su esquema interno y se evalúe de una forma más positiva y competente. Esto influye en que el sujeto tenga una valoración emocional diferente hacia su cuerpo.

Una de las dificultades en el tratamiento de este tipo de desórdenes es que la información es procesada automáticamente y los individuos no se dan cuenta de cómo han llevado a cabo ese procesamiento; es decir, para ellos la interpretación que han hecho de la realidad es certera y real. Esto se presenta como uno de los problemas en el tratamiento de este tipo de trastornos, ya que frecuentemente los pacientes niegan la problemática y son resistentes al tratamiento (Vitousek y Orimoto, 1993, y Vitousek, Watson y Wilson, 1998, citados por Riva, Botella, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, Molinari, 2004).

Como lo nombra Rorty, Yager, y Rossotto (1993) citado por Riva, Bacchetta, Baruffi, Molinari (2001), para muchos pacientes cambiar la vivencia acerca de su cuerpo es lo más difícil de la recuperación.

Implicaciones de algunos Métodos utilizados en el Tratamiento de Desórdenes Alimenticios y Nuevas Tecnologías usadas en el Tratamiento De Desórdenes Alimenticios,
Ventajas y Desventajas

McVey, Davis, Tweed y Shaw (2003), evaluaron la efectividad de un programa de promoción basado en el entrenamiento en habilidades para la vida en un grupo de niñas con un promedio de 11 años de edad, con el objetivo de mejorar la insatisfacción corporal y la autoestima. Este objetivo se buscó alcanzar por medio de la reducción de actitudes y

comportamientos negativos relacionados con los desórdenes alimenticios y los sentimientos relacionados con perfeccionismo. Los resultados mostraron que el programa influyó positivamente en la satisfacción corporal de las niñas, así como en la autoestima y los puntajes en actitudes y comportamientos relacionados con desórdenes alimenticios. Sin embargo, estos efectos no se mantuvieron un año después. El mejoramiento en autoestima se mantuvo durante un año y el grado en que las niñas se restringían comida tendió a disminuir; estos resultados se dieron durante un año. Posteriormente el mejoramiento conseguido se disminuyó. En cuanto a los sentimientos relacionados con tendencias al perfeccionismo, el programa no influyó significativamente en estas. El programa se propone como una opción para mejorar ciertos factores durante un corto tiempo pero deben tenerse en cuenta otras medidas que aseguren el mantenimiento de actitudes por un espacio mayor de tiempo.

EL estudio preliminar hecho por Carril, Williams, Pombo-Carril, Reid, Murray, Aubin, Harbin, Treasure y Schmidt (2003) buscaba evaluar la eficacia de un CD-ROM basado en Intervención Cognoscitiva y Conductual en un formato de autoayuda para la bulimia nerviosa. Este formato constaba de ocho módulos los cuales combinaban estrategias motivacionales, cognoscitivas, conductuales, educacionales (Williams, Aubin, Cottrell, y Harkin, 1998 citados por Carril et al., 1998). El módulo uno cubría las consecuencias físicas, emocionales y sociales e incluía lecturas del modelo cognoscitivo comportamental acerca del mantenimiento de la bulimia nerviosa y cómo esto podía aplicarse a ellos, los que recibían el CD-ROM. El módulo dos introdujo el tópico referente a por qué la gente desarrolla desórdenes alimenticios y cómo la imagen corporal es percibida por la sociedad. El módulo tres mostró cómo cambiar, cómo romper el círculo vicioso de la bulimia. El cuatro buscó

trabajar la parte de estilos de pensamiento, el cinco trabajó asertividad y cómo incrementar las actividades del día a día. El sexto se propuso trabajar cómo resolver problemas. El séptimo manejó tópicos relacionados con el tema “vivir la vida en plenitud” donde se buscaba dar estrategias de afrontamiento y se enfatizaba en cómo volver a realizar cierto tipo de actividades. Finalmente el módulo ocho se centró en planear el futuro y revisar lo que se había aprendido. Los resultados afirman que de las sesenta participantes a las que se les ofreció el CD-ROM, 47 lo tomaron; las restantes preferían tener una asesoría inicial con terapeuta y después si utilizar el CD-ROM, algunas de estas pacientes fueron las que estaban con desórdenes más severos. En el seguimiento que se realizó posterior a la utilización del CD-ROM, los resultados mostraron una reducción en la conducta de atracones de comida y de las conductas compensatorias, específicamente en inducción del vómito.

Una de las tecnologías utilizadas, donde no se requiere estar en el mismo lugar que el terapeuta, es la llamada, telemedicina. Por medio de este medio de comunicación, los pacientes pueden tener un contacto directo con los terapeutas por medio de monitores con alta resolución en imagen y llevar un proceso terapéutico en conjunto. En desordenes alimenticios casi no se ha utilizado y aparentemente este medio presenta problemas. Aunque este acorta las distancias cuando no hay posibilidad de tener un terapeuta cercano, cuando la tecnología utilizada no es muy avanzada, las imágenes de la otra persona se pueden ver distorsionadas o alteradas. Algunas veces se producen fallas a nivel auditivo, lo que produce frecuentes interrupciones entre los diálogos de terapeuta y paciente. Otro problema potencial encontrado con los sistemas de telemedicina es que no se puede garantizar una confidencialidad total con el paciente. Otra de las posibles consecuencias aparece en momentos de crisis por parte del paciente, ya que si el terapeuta está lejos y hay un intento

de suicidio, este se presentaría como un factor de riesgo para que el paciente llegue a hacerse daño y por consecuencia no pueda ser evitado eficazmente (Myers, Kremeier, Wonderlich, Lancaster, Mitchell, 2003).

Otra forma que se está utilizando es el uso del teléfono en intervención. Myers et al. (2003) afirman que este medio es de fácil adquisición, es confidencial y reduce la estigmatización que se puede dar en un contacto terapéutico cara a cara. En un estudio realizado con pacientes bulímicas, Wells, Garvin, Dohm, y Striegel-Moore (1997) citado por Myers et al. (2003), se buscó poner en práctica el teléfono como medio de intervención para el tratamiento de este tipo de desórdenes. El tratamiento consistió en darles un manual de autoayuda, monitorearlas diariamente en la ingestión de comidas y proporcionarles ocho llamadas diarias por parte de un terapeuta en el curso de tres semanas. Los resultados mostraron que, ocho de las nueve participantes completaron el programa, reduciendo los índices de atracones de comida, y en general los síntomas relacionados con la Bulimia.

Además de los tradicionales medios de comunicación, la psicología y la medicina se han aprovechado de la tecnología de Internet para llevar a cabo nuevas investigaciones y nuevas formas de intervenir las diferentes problemáticas. Por ejemplo el correo electrónico, puede ser usado para aumentar las sesiones terapéuticas, monitorear el estado del paciente, y mantener una comunicación constante con el paciente. En un estudio con 20 pacientes anoréxicas se encontró que la comunicación vía correo electrónico, animaba a las pacientes a mantenerse atentas a los objetivos terapéuticos y a cumplir con lo que se había acordado en el tratamiento. Adicionalmente, las pacientes estuvieron más dispuestas a tener posteriormente seguimiento en un consultorio (Yager, 2001, citado por Myers et al., 2003). Las dificultades que presenta el correo electrónico, es que el contenido de estos sea

inapropiado, que se generen sensaciones de abandono en el paciente si los correos enviados al terapeuta no son contestados rápidamente o que los mensajes de respuesta sean inadecuados por parte del terapeuta y finalmente, que estos mensajes sean leídos por otras personas diferentes al terapeuta o a la paciente (Myers et al., 2003).

Los resultados de dos estudios llevados a cabo por Robinson y Serfaty (2001, 2003) citados por Myers, (2003), muestran que la terapia hecha con pacientes anoréxicas conducida vía correo electrónico durante tres meses, obtuvo buenos resultados. Las pacientes afirmaron querer seguir con la terapia por correo electrónico y se obtuvo una reducción de síntomas. También se encontró una correlación entre la reducción de los síntomas y el número de palabras escritas en los mensajes del terapeuta.

Algunas dificultades del tratamiento vía correo electrónico se centran en la incapacidad para leer el lenguaje corporal, el cual da mucha información sobre el proceso terapéutico que se está llevando a cabo. Por otro lado el uso de los correos electrónicos pone a prueba las competencias terapéuticas y la forma cómo los terapeutas aplican las técnicas de intervención (Myers et al., 2003).

Winzelberg (1997) citado por (Myers et al., 2003) buscó mostrar cuál podría ser el resultado de la creación de un grupo de desórdenes alimenticios vía Internet, el cual ofrecía la oportunidad de hablar sobre temas relacionados con las problemáticas y recibir cierta asesoría a las personas que acudieran a este. Se encontró que una de las mayores ventajas fue que este medio estaba disponible cuando otros recursos (como profesionales de la salud) no estaban disponibles. En la misma línea, otro estudio que muestra resultados con el uso de este tipo de tecnología fue el llevado a cabo por Zabinski y Wilfley (2001) con cuatro estudiantes mujeres con problemas alimenticios. Este consistió en proporcionarles lecturas,

discusiones en salas de Chat y noticias electrónicas. Se evidenció que en las cuatro pacientes los patrones de comer se estabilizaron, no empeoraron. Además, mejoraron las relaciones interpersonales y se cambiaron algunos pensamientos y actitudes negativas acerca del peso y la forma corporal. Entre las ventajas que se han identificado y que ofrece Internet son el bajo costo, la fácil accesibilidad y el fácil manejo que estas poseen.

Otros programas desarrollados a través de Internet buscan no solo el tratamiento sino la prevención guiada a reducir los factores de riesgo. Se tratan temas como la imagen corporal, nutrición, ejercicio y desórdenes alimenticios. Estos se han relacionado con el mejoramiento en la imagen corporal y las actitudes relacionadas con este tipo de desórdenes (Zabinski y Pung, 2001, citado por Myers et al., 2003).

El Ambiente de Realidad Virtual para el Tratamiento de Desórdenes Alimenticios

La explicación general del término realidad virtual fue dada por uno de los primeros pioneros en este campo, este investigador la define como una compleja interfase hecha para el usuario, que incluye simulación en tiempo real, a través de múltiples canales sensoriales como el visual, el auditivo, táctil y olfativo (Burdea, 1993, citado por Botella, Quero, Baños, Perpiñá, Palacios y Riva, 2004).

Este ambiente virtual tiene dos características. Por un lado es inmersivo, ya que a través de dispositivos especiales se le puede proporcionar al usuario la sensación de estar presente en el contexto que se haya programado. Pero no solo es un ambiente en el que el usuario contempla pasivamente lo que está pasando, este interactúa con el ambiente virtual que se le está presentando y el ambiente virtual responde a las acciones dadas por el usuario (Botella et al., 2004).

Cuando se compara el uso de realidad virtual con las terapias tradicionales, el uso de esta interfase genera grandes ventajas. Entre las ventajas que ofrece el ambiente virtual para la psicoterapia, es que este provee un ambiente seguro para el paciente y puede ser considerado como un paso intermedio entre el ambiente del consultorio, totalmente seguro, y el contexto real del paciente (algunas veces amenazante). Con estos sistemas, múltiples situaciones, dificultades, errores, situaciones sorpresivas entre otros, pueden ser practicados, sin que aparentemente suceda nada en la realidad. El paciente a través del uso en terapia de estos sistemas es el que explora, avanza a su paso, en compañía del terapeuta y enfrenta sus miedos sin riesgo alguno. Eso implica que el paciente aprende a enfrentar sus miedos y lidiar con estos, para generar un mayor control sobre su mundo real desde el enfrentamiento de estos en la realidad virtual. La posibilidad de estar en un mundo virtual donde el paciente avanza a su ritmo, escoge posibilidades y explora libremente, tiene como consecuencia aumentar el control percibido por el paciente frente al ambiente, desarrollando nuevas formas de funcionar en el mundo y adquiriendo nuevos repertorios de respuestas. Este proceso se da progresivamente de lo más fácil a lo más difícil. Adicionalmente, se forma una alianza terapéutica, importante factor en el cambio, entre el paciente y el terapeuta con miras a superar la dificultad (Botella et al. 2004).

La técnica diseñada en realidad virtual se parece a la imaginación. Sin embargo, los sistemas de realidad virtual son más inmersivos por sus dispositivos visuales, auditivos, etc. Esto podría ayudar a las personas que les es difícil imaginar situaciones temidas o amenazantes. Por otro lado, el terapeuta sabe lo que el paciente está viendo en ese momento y puede identificar con mayor facilidad lo que le genera al paciente ansiedad o preocupación. Las técnicas virtuales sobrepasan lo alcanzado por la terapia en vivo, la cual es catalogada

como una de las más exitosas, ya que puede crear ambientes difíciles de acceder en el mundo real; adicionalmente puede ser una opción para aquellos pacientes que inicialmente se niegan a tener terapias en vivo. A nivel ético puede ofrecer otra ventaja, mientras en la exposición en vivo, otras personas pueden darse cuenta de la dificultad que tiene el paciente, al trabajar en el consultorio con realidad virtual, nadie se da cuenta de si el paciente pierde el control o cae en vergüenza, por ejemplo. Esto posibilita que la confidencialidad del paciente aumente (Botella et al., 2004).

De acuerdo con estas ventajas, lo que Corchin y Sands (1983), citados por Botella et al. (2004) presentan como los factores esenciales en psicoterapia, se hacen presentes en el ambiente de realidad virtual. Entre estos: creer en la posibilidad de cambio, la confianza en el terapeuta como un experto, tener expectativas positivas frente a la terapia, la motivación al cambio, las cualidades del terapeuta, entre las cuales están: inspirar seguridad y confianza y la facilidad de colaboración por parte de los pacientes en los procedimientos.

Algunos de los equipos usados para el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal en los desórdenes alimenticios son el “Virtual Reality for Body Image Modification” (realidad virtual para el cambio en la imagen corporal) (VEBIM 3); este sistema fue desarrollado por “VRHealth” en Milán, Italia. Este ambiente virtual es compuesto por diferentes zonas o módulos, cada una usada por el terapeuta durante una sesión con el paciente (Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2001). La primer zona se centra en las preocupaciones del paciente respecto a la comida, a comer, a la forma y al peso corporal. Esto de acuerdo con el protocolo “Temptation Exposure with Response Prevention” (tentativa de exposición con respuesta de prevención) (Schlundt y Johnson,

1990, citado por Riva et al., 2001), en las sesiones siguientes los módulos buscan evaluar y modificar la imagen corporal.

En la primera zona a la que es llevado el paciente, se busca que este, para seguir adelante, se pese en una balanza; esto con el fin de enfatizar la importancia del peso en los ambientes que seguirán adelante. En la segunda zona se muestra un cuarto con alimentos, la persona puede comer lo que quiera; este módulo tiene un registro de calorías, al final se muestra el peso nuevo de acuerdo a las calorías ingeridas. En la tercera zona se busca identificar creencias y sentimientos asociados a estas situaciones y se realiza un análisis de estos. En la zona cuatro, la persona se encuentra con un espejo donde ve su foto, previamente tomada con cámaras digitales. Se realiza un registro de las fuertes emociones que esto produce en la paciente por medio de un registro. Finalmente la zona cinco, le presenta al sujeto diferentes puertas, de las cuales solo puede elegir una, la que corresponda con su anchura corporal, buscando mejorar la conciencia de la distorsión corporal (Riva, 1998). Los métodos terapéuticos tradicionales que acompañan estas sesiones han sido utilizados para el tratamiento de los desórdenes alimenticios. Se encuentran tanto métodos cognoscitivos, comporta mentales y viso-motores, los cuales son integrados en la terapia vivencial cognoscitiva, que integra la realidad virtual. A continuación son nombrados, y acompañados de una breve explicación:

1. El estilo socrático: el terapeuta utiliza diferentes preguntas usualmente hipotéticas e inversas o en tercera persona, para ayudar a los pacientes a sintetizar información y alcanzar conclusiones por sí mismos.

2. Las listas de chequeo: se desarrolla una lista de percepciones y cogniciones distorsionadas y se le enseña al paciente a reconocer el error en el pensamiento cuando este aparece y sustituirlo por uno más apropiado.

3. Interpretaciones alternativas: El paciente desarrolla una lista de situaciones problemáticas, las emociones que evoca esa determinada situación y la interpretación que da de estas situaciones. A continuación en conjunto, el paciente y terapeuta, discuten acerca de la veracidad de cada interpretación, buscando datos objetivos que comprueben o desmientan algunas de estas.

4. Cambio de rótulo: el paciente busca descubrir las palabras que usa para interpretar las situaciones de su vida. Por ejemplo: malo, terrible, obeso, inferior o detestable. A continuación el paciente tiene que listar las situaciones en donde estas palabras son utilizadas; posteriormente serán reemplazadas por otros descriptores diferentes a los que acostumbraba usar.

5. Desactivación de la creencia problemática: El terapeuta primero ayuda al paciente a listar las creencias problemáticas que tiene respecto a los desordenes alimenticios. Luego el terapeuta le enseña el marco conceptual cognoscitivo y comportamental que le ayudará a interpretar el comportamiento desadaptativo. Es decir, la paciente podrá analizar cómo la inducción del vómito o la utilización anormal y excesiva de purgantes puede ser entendida desde el análisis de su propia estructura de pensamiento.

6. “Temptation Exposure with Response Prevention” (tentación de exposición con respuesta de prevención) este busca evaluar los estímulos que elicitaban respuestas conductuales anormales, exponer al sujeto a sesiones de extinción y sesiones de

exposición con entrenamiento en respuestas alternativas (Schlundt y Johnson, 1990, citado por Riva et al. 2001).

7. Hacer consciente al paciente de la distorsión: Esto se alcanza por medio de la retroalimentación dada por el terapeuta, en el momento en que el paciente observa su imagen corporal.

8. Modificación imagen corporal: Los pacientes son guiados para que se imaginen a si mismos con diferencias en la talla, raza, edad, entre otros. También se anima al paciente a imaginarse cómo se ve y se siente antes y después de comer; antes y después de éxitos o fracasos sociales.

Al inicio de las sesiones, cuando el paciente ya está inmerso en ambiente virtual, el terapeuta le describe la situación y lo anima para que verbalice su experiencia a través de todas las zonas del ambiente, previamente descritas (Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2001) .El método utilizado con realidad virtual se mueve en la misma línea que el tradicional método llamado imaginería, sin embargo la realidad virtual ayuda a las personas que les cuesta imaginarse situaciones temidas.

Un estudio realizado por Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari (1999), muestra cómo fueron los resultados encontrados en el tratamiento con Terapia Vivencial y Cognoscitiva, de una paciente que padecía anorexia nerviosa. La Realidad Virtual aportó varias ventajas, entre ellas, que la paciente tuvo que enfrentarse cara a cara con la situación, representó además otra ventaja: los sistemas de realidad virtual ofrecieron un mayor control sobre el contexto, que en situaciones reales sería difícil conseguirlo por las restricciones que ofrece el medio. Por otro lado, las ventajas que ofrece la realidad virtual, utilizando un método socrático en conjunto, posibilitan que se disminuyan las

distorsiones presentes en el autorreporte. Todo esto ha sido posible por medio de realidad virtual ya que los métodos tradicionales no son eliminados sino que se utilizan en el mismo momento en que el consultante está inmerso en el ambiente virtual y pasa por todas sus zonas. Adicionalmente, los resultados que mostró este estudio mostraron que la realidad virtual influyó en las distorsiones en la imagen corporal y la motivación al cambio, factores decisivos en el tratamiento de este tipo de trastornos.

Realidad Virtual y la Imagen Corporal en los Desórdenes Alimenticios

Tal como se ha venido mencionando, uno de los grupos que ha trabajado con los sistemas de realidad virtual ha sido el de Riva y su grupo clínico encabezado por Bacchetta y Molinari. Este grupo ha utilizado en conjunto la terapia cognoscitiva vivencial y la tecnología de Realidad Virtual para el tratamiento de desórdenes alimenticios. Específicamente ha buscado modificar las percepciones sobre la imagen corporal que acompañan a dichos trastornos (Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi, Molinari, 1998 y Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2001, citados por Riva, Botella, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani y Molinari, 2004).

James, Humphrey y Goodale (2001) citados por Riva, Botella, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani y Molinari (2004) creen que el uso de la tecnología de Realidad Virtual en el tratamiento de este tipo de trastornos ofrece ventajas frente a otros métodos ya que, por un lado, reúne en una sola experiencia virtual los diferentes métodos (cognoscitivo, comportamental y vivencial) utilizados comúnmente para el tratamiento de este tipo de trastornos y por otro lado, puede llegar a inducir en el paciente una disposición sensorial diferente que inconscientemente, modifique su esquema corporal. Cuando se usa un sistema

de realidad virtual, la imagen propia es proyectada en un monitor de video a manera de cursores o a través de una figura clara del cuerpo, que se ve en la pantalla como una extensión del cuerpo.

Otra de las ventajas de la efectividad de los sistemas de realidad virtual en el tratamiento de los desórdenes alimenticios es dada por Iriki, Tanaka, Obayashi y Iwamura (2001) citados por Riva, Botella, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, Molinari (2004) donde se afirma que la imagen que una persona tiene de las partes de su cuerpo es dada a través de representaciones neurales del movimiento, dimensión y postura las cuales han sido elaboradas en relación con un ambiente externo. Por esta razón es necesario contar con información somatosensorial (intrínseca) y visual (extrínseca) para llegar a una elaboración completa de nuestra imagen. Esto hace que ciertas distorsiones en la imagen corporal puedan llegar a ser modificadas fácilmente por medio de los sistemas de realidad virtual. Básicamente la realidad virtual actúa como un estímulo o evento que irrumpe el esquema con el cual la persona procesa la información relacionada con su cuerpo, haciendo que la información por si misma quede disponible a un nivel consciente, lo que puede influenciar un cambio en la imagen corporal (Baars,1988, citado por Riva, Bacchetta, Baruffi, Molinari, 2001).

La realidad virtual presenta ventajas o facilidades para el trabajo clínico también, pues, esta evita la necesidad de buscar situaciones contextuales por fuera del consultorio, para trabajar con el paciente. Adicionalmente, los datos que se recogen en el consultorio mientras el paciente realiza el recorrido por los diferentes ambientes virtuales programados, evita la pérdida de información importante que puede perderse cuando se trabaja en escenarios naturales ; es decir el terapeuta puede tener un mayor control sobre el paciente, las

condiciones terapéuticas y la información dada por la persona cuando se enfrenta a las situaciones contextuales programadas para las sesiones de Realidad Virtual (Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2001).

Resultados que se han encontrado en pacientes tratados con este tipo de tecnología, indican que la realidad virtual, como una forma de inducir algún tipo de experiencia, posibilita que los sujetos obtengan una visión más realista de su cuerpo. (Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2001).

Un caso ilustrativo de la efectividad de una Terapia Vivencial Cognoscitiva (la cual incluye el uso de Realidad Virtual), es aportado por Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari (2003), donde se afirma, por medio del seguimiento a un caso tratado con la terapia vivencial cognoscitiva (TVC), que esta es capaz de reducir la conducta caracterizada por atracones de comida, mejor que la terapia cognoscitiva comportamental (TCC) y el tratamiento a través de grupos de nutrición. Adicionalmente, la TVC mejoró en general el estado psicológico del paciente en comparación con la TCC. Además influyó positivamente en dos síntomas, en comparación con la TCC: la experiencia de las distorsiones de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia.

CONCLUSIONES

Dentro de la revisión teórica encontrada, se muestran estudios que apoyan la idea de que las mujeres están en mayor riesgo de presentar conductas y actitudes relacionadas con desórdenes alimenticios (Badmin, Sneade, 2002). Adicionalmente la investigación adelantada por Ackard y Peterson (1999), muestra que esta población es de alto riesgo para desarrollar trastornos alimenticios.

En cuanto a las diferencias en las conductas relacionadas con desórdenes alimenticios las investigaciones apuntan a que no existen diferencias significativas entre diferentes razas. Si existe, al contrario, cierta insatisfacción corporal mayor en unas razas que en otras. Esto se pone en evidencia en el estudio de Caradas, Lambert y Charlton (2002), donde se muestra que tanto en la población negra, mezclada y blanca, las actitudes anormales relacionadas con desordenes alimenticios, se presentan con igual severidad en un grupo de adolescentes escolares. En cuanto a la insatisfacción corporal, por su parte, las escolares de raza blanca muestran una preocupación por la imagen corporal y la insatisfacción corporal mayor que las razas mezcladas y negras.

Existe un factor que podría dar una explicación a las diferencias culturales en cuanto insatisfacción corporal y es el proporcionado por Stice y Shaw (1994), citados por Sands (1999), donde se postula que el estereotipo cultural manejado por la sociedad hace que se de una especie de obsesión con la forma del cuerpo, la virilidad, el peso y la constante evaluación sobre el cuerpo. Este estereotipo cultural es propagado a través de los medios de comunicación, entre otros. Las investigaciones de Tiggemann y Kuring (2004) apoyan esta idea. Partiendo de análisis feministas, proponen que a nivel cultural la tendencia a ver el cuerpo de la mujer como un objeto, el cual debe ser evaluado y mirado, hace que la mujer se

vuelva evaluadora de si misma. Así mismo, como resultado de esto, se experimenta mayor ansiedad con respecto a la imagen.

Como lo nombra Rorty, Yager, y Rossotto (1993) citados por Riva, Bacchetta, Baruffi, y Molinari (2001), para muchos pacientes cambiar la vivencia acerca de su cuerpo es lo mas difícil de la recuperación. Por eso es importante centrarse en este punto, y apuntar a técnicas que posibiliten un mejor tratamiento. Entre los estudios presentes en esta revisión teórica se enuncian técnicas útiles para los terapeutas que pueden ayudar a lidiar con los desórdenes alimenticios y con un factor decisivo en estos como es la imagen corporal. Por ejemplo, la tecnología de sesiones no presenciales se postula como una opción en el trabajo clínico, aunque en algunos casos donde la patología tratada es severa, es necesario contar con sesiones individuales primero. Los resultados del estudio que contemplaba un método de CD-ROM muestran esos resultados (Carril, Williams, Pombo-Carril, Reid, Murray, Aubin, Harbin, Treasure y Schmidt, 2003). Las tecnologías como la telemedicina pueden llegar a ser efectivas sin embargo es necesario asegurarse de que la confidencialidad se garantice (Myers, Kremeier, Wonderlich, Lancaster y Mitchell, 2003). Los sistema de e-mail pueden llegar a ser complementarios a la terapia ya que se han encontrado reducción de los síntomas en relación con las palabras escritas (Robinson y Serfaty, 2001, 2003)

La realidad virtual por su parte, además de integrar las técnicas utilizadas para el tratamiento tradicional de los desórdenes alimenticios puede ofrecer ventajas sobre otros métodos y puede llegar a ser un avance en los procedimientos utilizados por los psicólogos clínicos, los cuales deben estar avanzando junto con las opciones tecnológicas que aporta la sociedad. Las ventajas que contempla son: proveer un ambiente seguro para el paciente, ser una forma de acercar al paciente a la exposición en vivo ya que puede ser considerado por el

paciente como un paso intermedio entre el ambiente del consultorio, totalmente seguro, y el contexto real de a persona (algunas veces amenazante). Con estos sistemas, múltiples situaciones, dificultades, errores, situaciones sorprendidas y amenazantes entre otras, pueden ser practicados, sin que aparentemente suceda nada en la realidad. El paciente a través del uso en terapia de estos sistemas es el que explora, avanza a su paso, en compañía del terapeuta y enfrenta sus miedos sin riesgo alguno. Adicionalmente podría ser de ayuda para aquellas personas que les cuesta imaginar las situaciones temidas (Botella et al., 2004).

REFERENCIAS

- Ackard, D. y Peterson, C. 1999. Association Between Puberty and Disordered Eating, Body Image, and Other Psychological Variables. *International Journal of Eating Disorders. Vol 29, 187-194*
- Baker, D., Sivyer, R. Y Towell , T. Body Image Dissatisfaction and Eating Attitudes in Visually Impaired Women. *International Journal of Eating Disorders. Vol 24, 319-322*
- Bara-Carril, N., Williams, C., Pombo-Carril, M., Reid, Y., Murray, K., Aubin, S., Harkin, P., Treasure, J., y Schmidt, U. 2003. A Preliminary Investigation into the Feasibility and Efficacy of a CD-ROM-Based Cognitive-Behavioral Self-Help Intervention for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders. Vol 35, 538-548*
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García Palacios, A. Y Riva G. 2004. Virtual Reality and Psychotherapy. *Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*
- Caradas, A., Lambert, E. y Charlton, E. 2001. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *J Hum Nutr Dietet, Vol 14, 111-120*
- Cash, T., y Deagle, E. 1996. The Nature and Extend of Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa : A Meta-Analysis. *International Joournal of Eating Disorders. Vol 22, 107-125*

- Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J., Perry, A. 2004. How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 72, 1081-1089
- Frank, J. y Thomas, C. 2003. Externalized Self-Perceptions, Self-Silencing, and the Prediction of Eating Pathology. *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol 35, 219-228
- Furnham, A., Badman, N. y Sneade, I. 2002. Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *Journal of Psychology*, Vol. 136
- Jones, D., y Diane C. 2004. Body Image Among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *American Psychological Association*, Vol 40, 823-835
- Johnson, F. Y. Wardle, J. 2005. Dietary Restraint, Body Dissatisfaction, and Psychological Distress: A Prospective Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 114, 119-125
- Jones, D. 2004. Body Image Among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *Developmental Psychology*. Vol 40, 823-835.
- Joshi, R., Herman, P. y Polivy, J. 2003. Self-Enhancing Effects of Exposure to Thin-Body Images. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 35, 333-341
- Kostanski, M. y Gullone E. 1998. Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationships with Self-esteem, Anxiety, and Depression Controlling for Body Mass. *J. Child Psychol. Psychiat.*

- McVey, G., Davis, R., Tweed, S. y Shaw B. 2003. Evaluation of a School-Based Program Designed to Improve Body Image Satisfaction, Global Self-Esteem, and Eating Attitudes and Behaviors: A Replication Study. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 36, 1-11
- Myers, T., Swan-Kremeier, L., Wonderlich, S., Lancaster, K. y Mitchell, J. 2003. The Use of Alternative Delivery Systems and New Technologies in the Treatment of Patients with Eating Disorders. *International Journal of eating Disorders*. Vol 36, 123-143
Vol. 39, 255-262
- Olivardia, R., Pope, H., Borowiecki, J. y Cohane, G. 2005. Biceps and Body Image: The Relationship..Between..Muscularity..and..Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *American..Psychological..Association*, Vol5, 112.120
- Perez, M. y Joiner T. 2002. Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating in Black and White Woman. *International Journal of Eating Disorders*. Vol 33, 342- 350
- Riva, G. 1998. Virtual Environment for Body Image Modification: Virtual Reality System for the Treatment of Body Image Disturbances. *Computers in Human Behavior*, Vol. 14, 477 - 490
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M. y Molinari E. 2001. Virtual Reality Based Treatment of Body Image Disturbances in Anorexia and Bulimia Nervosa: Two Pilot Studies. *European Psychotherapy*. Vol.2 , 3-17
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S. Y Molinari, E. 2003. Six-Month Follow-Up of In-Patient Experiential Cognitive Therapy for Binge Eating Disorders. *Cyberpsychology & Behavior*. Vol 6

- Riva, G., Botella, C., Castelnuevo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. Y Molinari, E. 2004.
Cybertherapy in Practice: The VEPSY Updated project. *Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience. Amsterdam, IOS Press*
- Riva, G., Melis L., 1998. Virtual Reality for the Treatment of Body Image Disturbances.
Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology.
- Riva, G., Monica Bacchetta, M., Margherita Baru, M., Rinaldi, S. y Molinari, E.
1999. Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa.
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol 30, 221-230
- Roz, S y Paul, R. 2004. Thought–shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology. Vol 43, 399–407*
- Sahi Iyer, D. y Haslam, N. 2003. Body Image and Eating Disturbance Among South Asian-American Women: The Role of Racial Teasing. *International Journal of Eating Disorders. Vol 34, 142-147*
- Sands, R..1999. Reconceptualization Of Body Image and Drive For Thinness. *International Journal of Eating Disorders. Vol 28, 397-407*
- Shroff H., y Thompson K. 2003. Body Image and Eating Disturbance in India: Media and Interpersonal Influences. *International Journal of Eating Disorders. Vol 35, 198-203*
- Thompson, Sharon, Digsby y Sohailla. 2004. A Preliminary Survey of Dieting, Body Dissatisfaction, and Eating Problems Among High School Cheerleaders. *Journal of School Health. Vol 74*
- Tiggemann, M., Kuring, J. 2004. The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology. Vol 43, 299–311*

Tylka, T. y Subich, L. 2004. Examining a Multidimensional Model of Eating Disorder

Symptomatology..college...women....*American..Psychological..Association..Vol..5*

1,314-328

