

A. González Anido<sup>1</sup>  
Z. Alonso Ganuza<sup>2</sup>  
L. Pérez Cabeza<sup>2</sup>  
L. Erkoreka González<sup>2</sup>  
R. Rahmani<sup>2</sup>

N. Olazábal Eizaguirre<sup>2</sup>  
C. León Álvarez<sup>1</sup>  
M. Carballo Sarmiento<sup>1</sup>  
I. Kerexeta Lizeaga<sup>2</sup>  
T. Rincón Garcés<sup>2</sup>

## La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

### *Body image in Eating Disorders*

1 Psicólogo interno residente.

2 MIR: especialista en Psiquiatría.  
Serv. de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

#### Correspondencia:

Alejandra González Anido  
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto  
Avda. Montevideo, 18. 48003-Bilbao  
E-mail: Alejandra.gonzalezanido@osakidetza.net  
Alejandra\_gonzalez\_anido@hotmail.com

#### RESUMEN

En el presente artículo se pretende hacer una revisión del concepto de Imagen Corporal así como de su alteración, especialmente asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. La distorsión de la imagen corporal es un concepto nuclear en el diagnóstico de esta patología y, además, ha resultado relevante tanto en su génesis como en su evolución, ya que parece que la mera intervención centrada en los síntomas clínicos de TCA no modifica la percepción del cuerpo de estas pacientes y se convierte en un factor de riesgo importante en las recaídas. Siguiendo esta línea, se proponen las diferentes intervenciones empleadas tanto en su tratamiento, una vez instaurado el trastorno, como en su prevención.

**Palabras clave:** imagen corporal, distorsión de la IC, insatisfacción de la IC.

#### ABSTRACT

The purpose of this article is to do a review on the concept of Body Image and in which way its distortion makes people feel upset with themselves, especially in association with eating disorders. The body image distortion is a nuclear concept in this pathology diagnosis and it is very important in its genesis and in its evolution, too. Also, it seems that the treatment based only on clinical symptoms of eating disorders don't modify the per-

ception that the patients has on its own body. So this fact becomes a risky factor that leads to relapses. Going on with this issue, we propose several interventions used in the treatment, once the disorder has been settled and in the prevention, too.

**Key words:** body image, body image disturbance, body image dissatisfaction.

#### INTRODUCCIÓN

El concepto de imagen corporal (IC) es un constructo teórico muy empleado en el campo de la psicología y la psiquiatría. Se considera crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar la integración social de los adolescentes. Así mismo, es un concepto clave en dos trastornos mentales según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 1994): el Trastorno dismórfico corporal y el Trastorno de la conducta alimentaria<sup>1,2</sup>.

En las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han generado una importante atención social y un incremento en cuanto a investigación científica se refiere acerca de la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc. Dado que la alteración de la IC (insatisfacción corporal y distorsión corporal) se ha

considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, el estudio de la IC también ha recibido gran atención como criterio diagnóstico de TCA, aunque casi exclusivamente como una variable asociada al mismo. A pesar de ser uno de los síntomas principales del trastorno, es el último en ser abordado. Muchas pacientes que han recibido un tratamiento eficaz del TCA siguen manteniendo una IC negativa, lo que se convierte en un factor relevante de cara a una posible recaída.

### DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL

Las primeras referencias a IC, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

En 1905 Bonnier acuña el término de “Aschemata” para referirse a la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. En 1922, Pick, para definir los problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de “Autotopagnosia”. Así mismo, propone que cada persona desarrolla una “Imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, propone el concepto de “Esquema corporal” para referirse al modelo o imagen de sí mismo que cada individuo construye, y que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo<sup>2</sup>.

Por tanto, desde un punto de vista neurológico, la IC constituye una representación mental esquemática de la conciencia corporal de cada persona, y las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical (miembro fantasma, anosognosia...)<sup>3</sup>.

Paul Schilder, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de IC se incluyen aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como “*la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*”, y es, por tanto, el pionero en el análisis multidimensional del concepto de IC<sup>4</sup>.

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, entendiendo como IC el límite corporal percibido por cada sujeto.

Bruch, en la década de los 60, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes con anorexia, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno<sup>5</sup>, comen-

zando un interesante periodo de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen como sintomatología propia de los TCA. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los TCA y así figura en las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 1994)<sup>1</sup>.

Se asume que el concepto de IC constituye un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos acercarnos a su definición. Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas, y que la imagen corporal que sostiene cada individuo es una experiencia fundamentalmente subjetiva; por tanto, no tiene porque existir un buen correlato con la realidad<sup>6</sup>:

- Una imagen perceptual: son los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, e incluye información sobre tamaño y forma del mismo y sus partes.
- Una imagen cognitiva: incluye pensamientos y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Thompson amplía el término de IC y, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, incluye un componente conductual que se fundamenta en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él<sup>7</sup>.

Rosen define la IC como un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, contemplando aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales<sup>8</sup>.

La profesora R.M. Raich, de la Universidad Autónoma de Barcelona, en su libro “Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo” (2000), propone la siguiente definición integradora: “...es un 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.”<sup>9</sup>.

A. González Anido  
Z. Alonso Ganuza  
L. Pérez Cabeza  
L. Erkoreka González  
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre  
C. León Álvarez  
M. Carballo Sarmiento  
I. Kerexeta Lizeaga  
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

## 90 LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

El término dismorfofobia fue introducido por Morselli en 1886. La fobia no estuvo muy detallada en su explicación, pero el término que acuñó significa literalmente: “miedo a la propia forma”. Janet, en 1903, habla de “*la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo*”, que implica el miedo a ser visto como ridículo. Hay, en 1970, plantea que la esencia del trastorno no es el miedo a volverse deforme sino “*la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás*”<sup>3</sup>.

En este sentido, Rosen y cols. proponen que el trastorno de la imagen corporal (TIC) se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física<sup>10</sup>. Esto es lo que bajo la denominación “trastorno dismórfico” aparece en el DSM-III-R, en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR, y está incluido en los trastornos somatoformes<sup>1</sup>. Los criterios diagnósticos son:

- a. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales<sup>3</sup>. Es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador, especialmente para la relación social, debido a la ansiedad que provocan las situaciones en donde anticipan que van a ser evaluados, lo que conlleva un progresivo aislamiento. Sus manifestaciones se superponen al trastorno obsesivo-compulsivo, a la fobia social y a los trastornos alimentarios, así como a los trastornos de personalidad, en especial el trastorno evitativo<sup>3</sup>.

Las preocupaciones por el peso y la forma que se dan exclusivamente durante el curso de anorexia o bulimia nerviosas no se diagnostican separadamente como trastorno dismórfico, pero estudios de casos de pacientes que han oscilado y pasado de uno a otro diagnóstico indican que son trastornos relacionados. Además, una gran proporción de mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico tienen una historia de trastorno alimentario o presentan en la actualidad los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno alimentario<sup>11</sup>. Sin embargo, las per-

sonas con trastornos de la alimentación tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o a la silueta. En esta línea, para Rosen los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal son esencialmente trastornos dismórficos acompañados de anomalías en la conducta alimentaria<sup>8</sup>.

### ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN POBLACIÓN NORMAL

Es necesario observar este trastorno no de manera categorial sino dimensional, dada la existencia de insatisfacción corporal de forma tan frecuente en nuestra cultura, especialmente en las mujeres (aunque en los últimos años también se está incrementando en los hombres), y durante la adolescencia<sup>12,13</sup>. Los adolescentes tienen tendencia a creer que pesan más kilos de los que realmente tienen, o, en otras palabras, a desear perder algunos kilos porque “su” peso y apariencia ideales aún no se acomodan a sus aspiraciones<sup>14</sup>. Aunque tradicionalmente se ha considerado que la preocupación por el cuerpo surge y adquiere importancia en la adolescencia, actualmente existen estudios que ponen de manifiesto que antes de este periodo, especialmente las niñas de entre 7 y 12 años, ya se encuentran insatisfechas con sus cuerpos<sup>15,16</sup>. En estos casos, la influencia de los iguales al llegar al colegio a los 6 años es extremadamente importante en el desarrollo del deseo de delgadez. En particular, las niñas que perciben que sus iguales desean ser más delgadas son más propensas a desear ser más delgadas ellas mismas<sup>15</sup>.

La cultura occidental favorece que la mujer se sienta incomoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres, algunas de las cuales tendrán un TIC<sup>17,18</sup>. La normativa sociocultural de la belleza y estética del cuerpo se ve reflejada en los medios de comunicación a través de los modelos expuestos, que las mujeres tienden a asumir como imágenes verdaderas e identificables. Si analizamos el contenido publicitario expuesto en estos medios de comunicación, observamos que tanto de forma directa como indirecta los mensajes señalan la necesidad apremiante de modificar el cuerpo para lograr el estándar deseado que reflejan las modelos. En esta línea, existen numerosas publicaciones que demuestran que las mujeres que están expuestas a la influencia de los medios de comunicación presentan mayor insatisfacción con su cuerpo; incluso una breve exposición a imágenes publicitarias de modelos delgadas tiene un impacto inmediato en algunas actitudes, percepciones y comportamientos<sup>19-22</sup>. Además, una vez desarrollada una imagen

corporal negativa e insatisfacción con el cuerpo, este hecho se mantiene estable a lo largo del desarrollo vital cuando no es objeto de intervención<sup>22</sup>.

### DIMENSIONES CLÍNICAS DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA

La insatisfacción con la imagen corporal parece ser, hoy en día, un fenómeno tan común que difícilmente puede ser considerado patológico. Sin embargo, la distorsión sí parece ser un síntoma nuclear de las patologías del comportamiento alimentario.

Las tres dimensiones clínicas de la alteración corporal en TCA son la perceptiva, cognitiva y conductual<sup>23</sup>:

- *Dimensión perceptiva*: con frecuencia las personas con trastorno alimentario tienden a exagerar, deformar o distorsionar la amplitud de sus medidas corporales: sobreestimación. No se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con mayor exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Además, la sobreestimación se acentúa a medida que el peso corporal se aleja, por encima, del peso ideal, lo cual refleja una mayor insatisfacción con el propio cuerpo<sup>14</sup>.
- *Dimensión cognitiva*: esta dimensión hace referencia a pensamientos, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. El modelo cognitivo, cuyos impulsores fueron Beck y Ellis, refleja que las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa. Según este criterio, las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. En el ámbito de las alteraciones de la imagen corporal, siguiendo el modelo cognitivo, podríamos decir que el problema no es el cuerpo sino la forma de pensar sobre él. Desde este modelo se proponen un conjunto de distorsiones cognitivas que han sido reelaboradas por Cash, desarrollando un conjunto de pensamientos distorsionadores o errores cognitivos respecto a la apariencia, recogidos bajo la denominación de la “docena sucia”<sup>19</sup>:
  - La bella o la bestia: pensamiento dicotómico que se mueve entre extremos y estima que si no se está en la belleza uno se encuentra en la fealdad.
  - El ideal irreal: Se evalúa la apariencia a partir de un modelo estándar irreal (mujer alta, escultural, delgada...). El resultado es que al compararse con el ideal social se ven gordas, o feas.
  - La comparación injusta: Se realizan comparaciones con las personas más atractivas que poseen características que le gustaría tener.

- La lupa: Se observan únicamente y de manera muy detallada las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia y se exagera su importancia.
  - La mente ciega: Se ignoran aspectos favorables personales y de la apariencia.
  - Mala interpretación de la mente: Cuando la persona se observa poco atractiva, estima que los demás también la observan de esa manera.
  - La fealdad radiante: La insatisfacción con alguna dimensión de la imagen corporal se extiende a otras características físicas.
  - El juego de la culpa: El pensamiento atribuye cualquier acontecimiento negativo a la apariencia física con la que no está satisfecha.
  - Prediciendo desgracias: Predicción de desgracias que sucederán a costa de la apariencia, lo que pudiera convertirse en una profecía autocumplida.
  - La belleza limitadora: Creencia de que no se pueden hacer ciertas cosas por la apariencia.
  - Sentirse fea: El pensamiento convierte un sentimiento personal en una verdad absoluta.
  - Reflejo del malhumor: Cuando se está enfadado casi siempre es debido a la apariencia y excluye otros motivos.
  - *Dimensión conductual*: las personas con alteración de la imagen corporal pueden organizar su vida con conductas centradas en la preocupación corporal. Pueden realizar conductas como mirarse en exceso al espejo, medirse o pesarse con frecuencia, comparar insistentemente su cuerpo con el de los demás, solicitar a los demás información sobre su cuerpo y/o camuflar su aspecto mediante ropajes que lo disimulen. En otras ocasiones realizan conductas de evitación, como no acudir a reuniones sociales donde pueden ser objeto de observación o verse obligados a tomar alimentos que no desean por su temor a engordar.
  - *Dimensión emocional*: las personas con alteraciones de la imagen corporal pueden padecer un amplio abanico de reacciones emocionales derivadas de la observación del propio cuerpo o de los pensamientos sobre el mismo. Estamos hablando de sentimientos como la tristeza, ansiedad, enfado, vergüenza o frustración.
- Dentro de los pacientes con TCA, los que mayor distorsión e insatisfacción corporal presentan son los diagnosticados de BN. Dentro de este grupo, aquellos con

A. González Anido  
Z. Alonso Ganuza  
L. Pérez Cabeza  
L. Erkoreka González  
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre  
C. León Álvarez  
M. Carballo Sarmiento  
I. Kerexeta Lizeaga  
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

92 mayor IMC presentan menos distorsión de su IC, es decir, tienen una visión más realista de sí mismas<sup>25</sup>. No aparecen diferencias significativas en cuanto a la distorsión entre las diferentes partes del cuerpo ni en AN ni en BN<sup>24</sup>. Sin embargo, sí existen diferencias en cuanto a insatisfacción respecto a las diferentes partes del cuerpo. Las pacientes con BN presentan como zonas de mayor insatisfacción la cintura y los muslos, mientras que para las pacientes con AN las zonas de mayor distorsión son la cara y los muslos<sup>25,17</sup>.

### EVALUACIÓN DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA

Evaluación y tratamiento son dos intervenciones inseparables y dialécticamente relacionadas. Se trata de realizar una evaluación precisa (análisis funcional) de las dimensiones afectadas que permita desarrollar estrategias de intervención a través de objetivos específicos en cada una de las dimensiones que componen la imagen corporal.

Existen dos maneras principales con las que se ha tratado de evaluar los diferentes componentes de la imagen corporal: la precisión de la estimación del tamaño corporal del sujeto, basada en juicios puramente perceptivos; y la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales, afectivas y cognitivas<sup>25</sup>.

#### ➤ Evaluación perceptiva

La estimación perceptiva analiza las diferencias entre lo que la persona considera que mide su cuerpo o segmentos del mismo y una medición objetiva. En función de este criterio se mide la figura real y/o algunas de sus partes mediante diversos instrumentos y se compara con la que se cree tener, comprobando el grado de distorsión. Rosa María Raich<sup>3</sup> clasificó los diferentes procedimientos de evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal en dos grandes categorías: procedimientos de estimación de partes corporales, y procedimientos de estimación del cuerpo en su globalidad. Entre los primeros se incluyen los métodos analógicos y el trazado de imagen, y entre los procedimientos de estimación global, los métodos de distorsión de imagen y las siluetas. La discrepancia entre la estimación realizada de esta manera y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño. Se calcula un índice de Precisión Perceptiva propuesto por Slade y Russell<sup>26</sup>:  $IPP = [(Estimación (cm.) / medida real (cm.)) \times 100]$ . Si el resultado es mayor de 120 podemos considerarlo sobreestimación y si es menor de 80 subesti-

mación. En los trastornos alimentarios es frecuente la sobreestimación de diversas medidas antropométricas y la variabilidad de las mismas en sucesivas mediciones, siendo frecuente el que no tengan una imagen distorsionada fija, sino incierta e inestable.

#### ➤ Evaluación emocional

Los instrumentos centrados en alteraciones emocionales asociadas a la imagen corporal suelen evaluar satisfacción / insatisfacción corporal. En este apartado existen múltiples cuestionarios

- Escala de insatisfacción corporal del EDI-2 (Eating Disorders Inventory-II). El EDI-2 está destinado a evaluar los trastornos de la conducta alimentaria y consta de 11 escalas, 8 principales (Obsesión por la delgadez; Bulimia; Insatisfacción corporal; Ineficacia; Perfeccionismo; Desconfianza interpersonal; Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez) y 3 adicionales (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social). Es un instrumento con baremos en población española y que incluye adecuada validez convergente, discriminante, de contenido y de criterio. A su vez tiene sensibilidad a los cambios clínicos y es útil en su evaluación<sup>27</sup>.
- BSQ (Body Shape Questionnaire). Evalúa insatisfacción corporal y preocupación por el peso, y tiene buenas propiedades psicométricas. Discrimina entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios. Está adaptado a la población española<sup>28</sup>.
- BAT (Body Attitudes Test). El BAT o test de actitudes corporales evalúa dimensiones relacionadas con la insatisfacción corporal, como pensamientos, emociones y actitudes hacia determinadas características corporales. La prueba presenta adecuada consistencia interna y fiabilidad, además de poseer baremos en población española<sup>29</sup>.
- BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire). Evalúa la frecuencia con que se realizan conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 4 subescalas (vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y pesarse y acicalarse)<sup>30</sup>.

Todos ellos pueden ser empleados para la evaluación de otras dimensiones, como la cognitiva y la conductual, en función de sus características.

#### ➤ Evaluación cognitiva

El objetivo de este apartado se centra en identificar las distorsiones cognitivas asociadas a la imagen corporal

(“docena sucia” de Cash) a través de cuestionarios y/o mediante preguntas directas y bien formuladas, que supongan recuperar información sesgada por las distorsiones cognitivas induciendo a que el paciente saque sus propias conclusiones.

➤ **Evaluación conductual**

Consiste en la evaluación de conductas relacionadas con la alteración de la imagen corporal, como la evitación activa de ciertas circunstancias y/o situaciones sociales en las que el cuerpo puede ser objeto de observación, las dietas o el ejercicio excesivo. El análisis funcional de la conducta respondería a esta dimensión, que puede ser complementado con cuestionarios específicos.

Sepúlveda y col. afirman que los pacientes con TCA tienen una mayor alteración de la imagen corporal si se emplean medidas actitudinales o cognitivas que si se emplean medidas perceptivas, es decir, la insatisfacción corporal es mayor cuando implica una evaluación de su apariencia corporal y su atractivo<sup>25</sup>.

**TRATAMIENTO DE LA ALTERACIÓN CORPORAL EN TCA**

Los trastornos asociados a la imagen corporal representan una dimensión relevante en el tratamiento de los trastornos alimentarios y requieren un trato específico, ya que las alteraciones de la imagen corporal suelen considerarse precursoras de los trastornos alimentarios y de la recaída de los mismos cuando dicha dimensión no ha sido abordada de forma adecuada. Considerando que muchas pacientes, cuando recuperan un peso saludable siguen intensamente preocupadas por su peso y sigue existiendo tanto la distorsión como la insatisfacción con la forma y la figura, se convierte en un factor que impide el cambio definitivo, con lo que parece razonable incluir el abordaje de las alteraciones de la imagen corporal en el protocolo general de atención en los trastornos alimentarios. Incluso en aquellos casos en donde el TCA ha sido tratado con éxito en el pasado y, en el momento actual, no cumple criterios diagnósticos, existe distorsión e insatisfacción de la IC, hecho que provoca sintomatología principalmente ansiosa sobre todo ante la exposición a situaciones relacionadas con el cuerpo<sup>31</sup>. Los objetivos se centran en aprender a percibirse con mayor objetividad y sentir menos malestar ante la observación del propio cuerpo o sus partes. Podemos dividirlo en diferentes bloques a abordar en diferentes momentos de forma complementaria<sup>3,23</sup>.

➤ **Información**<sup>23,32</sup>

Psicoeducación acerca del peso y la belleza: reflexión

sobre el concepto de imagen corporal, conocimiento crítico sobre el modelo de belleza / atractivo propuesto por nuestra sociedad, relación entre autoestima y atractivo físico, reflexión crítica sobre la asociación de la delgadez a determinadas cualidades positivas y al mayor potencial de aceptación por los iguales, explicación de que en algunas personas la pérdida de peso da sensación equivocada de control, poder y confianza, definición de rango de peso natural e intentos del organismo para mantener la homeostasis.

➤ **Entrenamiento en técnicas de relajación**<sup>31</sup>

El objetivo es disminuir los niveles de ansiedad provocados por situaciones relacionadas con el cuerpo. Pueden emplearse diferentes técnicas en función de las características de la paciente y de su facilidad para ponerlas en práctica de forma efectiva: respiración profunda, relajación progresiva, visualización de escenas agradables, meditación...

➤ **Tratamiento de las distorsiones perceptivas: entrenamiento en percepción corporal correcta**<sup>23</sup>

El objetivo de esta intervención es que las pacientes aprendan a percibirse con mayor objetividad. Con la intención de que sean conscientes de la distorsión en su percepción, se emplean los mismos instrumentos que en la evaluación, y se les ofrece información correctiva acerca de las diferencias entre su tamaño real y el percibido con el objetivo de desmontar sus creencias disfuncionales en cuanto a la percepción de su cuerpo.

El programa de realidad virtual de Perpiñá, Botella y Baños (2000), incide en dimensiones perceptivas en relación con la imagen corporal<sup>32</sup>. Se trata de un software creado para corregir las ideas distorsionadas acerca del peso e imagen, que se apoya en las nuevas tecnologías. El programa es un procedimiento inmersivo en el que la persona está dentro de un espacio cibernético y ve su cuerpo en sus dimensiones reales, ofreciendo seis diferentes escenarios de los cuales cuatro van referidos a la imagen corporal. Antes de iniciar las sesiones se toma el peso real y datos respecto a la imagen corporal de la paciente y se incluyen en el ordenador. La paciente observa todo el proceso de construcción de su imagen real e inmersión informática de la misma, con lo que no se cuestiona los resultados.

El programa descrito fue aplicado con éxito en pacientes con trastornos alimentarios (AN y BN). Además, incluye una segunda parte donde se interviene también en las dimensiones cognitivo-afectivas y conductuales. La aplicación combinada de tratamiento cognitivo-comportamental y realidad virtual potenció los resultados del tra-

A. González Anido  
Z. Alonso Ganuza  
L. Pérez Cabeza  
L. Erkoreka González  
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre  
C. León Álvarez  
M. Carballo Sarmiento  
I. Kerexeta Lizeaga  
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta  
alimentaria

94 tamiento estándar de la imagen corporal, y la mejoría siguió progresando al año de seguimiento. La mejoría obtenida no solo se limitó a las alteraciones de la imagen corporal, sino que también incidió favorablemente en la psicopatología alimentaria y general, pese a no ser objetivos de intervención, incluso un año después de la misma<sup>33</sup>.

#### ➤ Tratamiento de las distorsiones cognitivas

Se trata de que las pacientes lleguen a la conclusión de que es posible cambiar su imagen corporal sin necesidad de cambiar su cuerpo. El modelo ABCD se trabaja mediante registros que realiza la paciente ante situaciones relacionadas con su imagen corporal que generan ansiedad y/o mediante juego de roles que recreen la situación ansiógena y permitan recuperar los pensamientos distorsionados. El proceso terapéutico consiste en inducir o ayudar a que el paciente saque sus propias conclusiones, mediante preguntas directas y bien formuladas que pongan de manifiesto las distorsiones cognitivas que presenta<sup>23,31,32</sup>. Las técnicas cognitivas utilizadas en el modelo para el cambio de pensamiento son las mismas que se utilizan habitualmente para cualquier otro tipo de trastorno, ajustando el contenido a los trastornos de la imagen corporal: retribución, búsqueda de alternativas, confrontación con la realidad, cambio de rol, abogado del diablo, cambio de orientación hacia la solución de problemas en vez de centrarse en los mismos, técnica de “que es lo peor que pasaría si...”<sup>23</sup>. Una vez que la paciente dispone de cogniciones alternativas que desplacen los pensamientos automáticos negativos, se emplean estos nuevos pensamientos en las situaciones de exposición que van encaminadas a la dimensión emocional y de comportamiento.

#### ➤ Tratamiento centrado en dimensiones emocionales

El objetivo terapéutico consiste en romper la asociación entre ansiedad y apariencia física. Si las pacientes aprenden a estar relajadas cuando piensan en su cuerpo, se exponen ante un espejo y/o ante la observación de los demás, resultará incompatible con la ansiedad. La técnica que habitualmente se utiliza para conseguir este objetivo es la desensibilización sistemática (DS) en vivo y/o en imaginación<sup>31</sup>. En lugar de la DS también se ha empleado la técnica de exposición, principalmente del cuerpo ante el espejo, acompañada tanto de relajación como de discusión cognitiva<sup>31,32,34,35</sup>. Aunque estas técnicas son válidas por sí solas para afrontar las emociones negativas asociadas al cuerpo, es necesaria una intervención cognitiva adicional para modificar los pensamientos automáticos negativos asociados a este tipo de situaciones. El pro-

cedimiento puede complementarse con inoculación de estrés para que las pacientes se entrenen y dispongan de recursos propios para afrontar las situaciones de ansiedad relacionadas con su preocupación por la IC<sup>23</sup>.

#### ➤ Tratamiento centrado en dimensiones de comportamiento

Una intervención básica consiste en el registro de la conducta, que puede ser utilizado como línea de base previa al tratamiento y análisis de situaciones evitadas; así mismo puede emplearse como intervención terapéutica en sí misma aumentando la conciencia de conductas disfuncionales de las pacientes. En el ámbito de las alteraciones de la IC es frecuente la técnica comportamental de exposición a las situaciones generadoras de ansiedad y la prevención de respuesta. La prevención de respuesta incluiría la eliminación de respuestas aparentemente tranquilizadoras, pero que colaboran en el mantenimiento de la ansiedad e impiden una exposición eficaz, como la excesiva comprobación<sup>23,31,32</sup>.

#### ➤ Prevención de recaídas

La prevención de recaídas está relacionada con la práctica de lo aprendido hasta conseguir una automatización e integración de las nuevas creencias y conductas funcionales en los propios esquemas mentales, y la generalización a las situaciones interpersonales en las que se ve envuelta la paciente<sup>23,31,32</sup>.

### PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los TCA no sólo son un trastorno de gran prevalencia y gravedad, sino que en la actualidad, las intervenciones empleadas en su tratamiento no son todo lo eficaces que cabría desear. En consecuencia, la prevención de una IC negativa es un objetivo deseable, dado que en numerosos estudios se ha demostrado que la insatisfacción con la IC es un factor predisponente de TCA<sup>36</sup>.

En una revisión realizada por Yager y O’Dea desde 1987 a 2007 sobre programas de prevención realizados en la comunidad, encuentran que algunas aproximaciones empleadas con cierto éxito en el tratamiento de la distorsión de la IC en TCA no son especialmente eficaces en la prevención de una IC negativa, como pueden ser las intervenciones basadas en el conocimiento o psicoeducativas, o las intervenciones cognitivo-conductuales.

Diversos autores proponen una nueva aproximación recientemente emergente que ha proporcionado resultados eficaces:

#### ➤ Aproximaciones basadas en la disonancia cognitiva (Festinger, 1957)

Este modelo se basa en la idea de que cuando existe

una inconsistencia entre las creencias sobre la salud del sujeto y su comportamiento, se produce un malestar psicológico que motivará un cambio, bien de actitud o bien de comportamiento para reducir esta inconsistencia. En este caso, la intervención está orientada hacia la interiorización de que su imagen ideal es sólo el ideal de delgadez promulgado por la sociedad y no una creencia propia (36,37).

➤ **Alfabetización de medios (Media Literacy)**

Esta aproximación se basa en la idea de que promocionando una evaluación crítica de la publicidad proporcionada por los medios de comunicación se reducirá su credibilidad y su capacidad de influencia<sup>37,38</sup>.

➤ **Aproximaciones basadas en la teoría cognitivo social, principalmente en el modelo de autoeficacia de Bandura (1986)**

Este modelo teoriza que al cambiar el comportamiento hacia la salud, los sujetos desarrollarán el dominio necesario de sus habilidades personales para promover un mejor ambiente físico que promueva oportunidades de comportamientos saludables y apoyo social<sup>36,37</sup>.

➤ **Apoyo por medio de métodos informáticos**

Esta forma de intervención es fácilmente implementada en un amplio rango de población y con buena relación costes-beneficios<sup>37</sup>. Un ejemplo es el programa "Student bodies" de Taylor (2001)<sup>36</sup>.

Yager y O'Dea concluyen, en un estudio todavía no publicado, que la combinación de intervención basada en la disonancia cognitiva, autoestima y "media literacy" es eficaz en la prevención de una IC negativa en sujetos universitarios.

Levine y Piran, aunque comparten gran parte de los modelos propuestos por Yager en cuanto a prevención de una IC negativa, proponen, al contrario que él, las terapias cognitivo-conductuales como intervención eficaz para este tipo de sujetos. Y además, añaden un nuevo modelo de prevención, desde una perspectiva de Crítica Social a cerca del cuerpo y la IC. Este modelo examina el cuerpo como un dominio tanto personal como social, situado en la interacción entre el individuo y los distintos sistemas sociales. Promueve un conocimiento crítico acerca de la influencia, positiva y negativa, de las estructuras sociales e ideológicas sobre las experiencias personales de cada sujeto, para desarrollar un discurso alternativo acerca del ideal de belleza y la percepción de uno mismo<sup>36</sup>.

**CONSIDERACIONES FINALES**

Tal y como introducíamos al principio de este artículo,

una IC negativa es la base de diversos trastornos mentales, y actúa como factor predisponente de los mismos. El que más atención ha recibido es sin duda el TCA, y es por este motivo que el presente artículo alude de forma especial a este trastorno, aunque se ha hecho mención en determinadas situaciones de otros trastornos relacionados con el TIC.

La distorsión de la IC es un concepto multidimensional, influido por diferentes factores personales y sociales, que afecta principalmente a las mujeres, y en la adolescencia incluso a población normal, por lo que es importante considerarlo como un continuum y no como un diagnóstico categorial.

Se ha demostrado ampliamente que la intervención en esta área es de gran importancia en TCA, tanto como prevención del trastorno como para una prevención de recaídas una vez instaurado. En esta línea, parece haber datos que afirman que las intervenciones eficaces empleadas como tratamiento de un TCA podrían ser diferentes de las intervenciones eficaces empleadas en el contexto de la prevención.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C. American Psychiatric Association. 1994.
2. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal?. Revista de Humanidades (UNED). 2003.
3. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en psicología latinoamericana. 2004, 22: 15-27.
4. Schilder P. Image and appearance of the human body. Londres: Keagan Paul, Trench Trubner and Co; 1935.
5. Brunch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic medicine. 1962, 24: 187-194.
6. Pruzinsky T, Cash TF. Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En Cash TF y Pruzinsky T, Body Images: Development, Deviance and Change, New York: The Guilford Press; 1990. p. 337-349.
7. Thompson JK. Body image disturbances: assessment and treatment. New York: Pergamon Press; 1990.
8. Rosen JC. The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice. 1995, 2: 143-166.
9. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid; Ediciones Pirámide, 2000.
10. Rosen JC, Cado S, Silberg S, Srebnik D, Went S. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. Behavior Therapy. 1990, 21: 481-498.
11. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: severity of psy-

A. González Anido  
Z. Alonso Ganuza  
L. Pérez Cabeza  
L. Erkoreka González  
R. Rahmani

N. Olazábal Eizaguirre  
C. León Álvarez  
M. Carballo Sarmiento  
I. Kerexeta Lizeaga  
T. Rincón Garcés

La imagen corporal en los trastornos de la conducta  
alimentaria

- chopathology and Body image disturbance. *International Journal of eating disorders*. 2006, 39: 11-19.
12. Merino H, Pombo M, Godás A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*. 2001, 13 (4): 539-545.
  13. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernandez M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003, 3(1): 23-33.
  14. Perpiñá C, Baños RM. Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*. 1990, 1: 1-9.
  15. Dohnt H. Body image concerns in 6 year old girls. En *Body Image. STATEing Women's health*. Government of south Australia; 2007.
  16. Birbeck DJ, Drummond MJN. Body image and the pre-pubescent child. *Journal of educational enquiry*. 2003, 4(1):117-127.
  17. Espina A, Ortego MA, Ochoa I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*. 2001, 13(4): 533-538.
  18. Montero P, Morales EM, Carbajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*. 2008, 8: 107-116. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo).
  19. Salazar Z. Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de ciencias sociales*. 2007, 116: 71-85.
  20. Tucci S, Petters J. Media influences on body satisfaction in female students. *Psicothema*. 2008, 20 (4): 521-524.
  21. Derenne J, Beresin E. Body image, media, and eating disorders. *Academic psychiatry*. 2006, 30: 257-261.
  22. Tiggeman M. Body image across the lifespan. En *body Image. STATEing Women's health*. Government of south Australia; 2007.
  23. Lopez Villalobos JA, Valle Lopez P. Trastornos de la imagen corporal en alteraciones del comportamiento alimentarios. Aspectos actuales en medicina. Libro homenaje al Dr. Morchón. Palencia: colegio oficial de médicos, 2008. p. 75-84.
  24. Tovée MJ, Benson PJ, Emery JL, Mason SM, Cohen-Tovée EM. Measurement of body size and shape perception in eating-disordered and control observers using body-shape software. *British Journal of Psychology*. 2003, 94: 501-516.
  25. Sepulveda AR, Botella J, Leon JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*. 2001, 13(1): 7-16.
  26. Slade PD, Russell GF. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological medicine*. 1973, 3: 188-199.
  27. Garner D. *Eating disorder inventory 2- profesional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
  28. Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 1996, 8: 51-66.
  29. Probst M, Vandereyckken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders: the journal of treatment and prevention*. 1995, 3:133-145.
  30. Rosen JC, Salzberg E, Srebnik D, Went S. Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
  31. Stewart TM, Williamson DA. Body positive: a new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Clinical case studies*. 2003, 2(2): 154-166.
  32. Perpiñá C, Botella C, Baños RM. Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento mediante realidad virtual. Valencia: promolibro, 2000.
  33. Perpiñá C, Marco JH, Botella C, Baños R. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: resultados al año de seguimiento. *Psicología conductual*. 2004, 12(3): 519-537.
  34. Vocks S, Wächter A, Wucherer M, Kosfelder J. Look at yourself: can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders?. *European eating disorders review*. 2008, 16: 147-154.
  35. Gempeler J. La corporalidad funcional como meta terapéutica en el trabajo cognoscitivo-comportamental de los trastornos de la imagen corporal en los TCA: una reconceptualización. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2007, 36(3):451-459.
  36. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*. 2004, 1: 57-70.
  37. Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health promotion international*. 2008, 23(2): 173-188.
  38. Raich RM. Prevención de tratamientos alimentarios: la necesidad de la crítica. Comunicación oral: IX jornadas ANPIR, Santander 2009.