

UNIVERSITAT JAUME I

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS DOCTORAL

**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS:
EFICACIA DIFERENCIAL DE LA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL CON UN COMPONENTE DE IMAGEN CORPORAL
APOYADO CON TECNICAS DE REALIDAD VIRTUAL.**

Presentada por :

José Heliodoro Marco Salvador

Dirigida por:

Dra. Conxa Perpiñá Tordera

Dra. Cristina Botella Arbona

Castellón, Noviembre 2004.

Este trabajo ha sido parcialmente subvencionado por el ministerio de Sanidad y Consumo (FIS)(99/0997) y por el Hospital Provincial de Castellón.

INDICE

I.-INTRODUCCION.	7
II.-MARCO TEORICO	9
1.- LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.	9
1.1.- Criterios diagnósticos:	11
1.2.-Epidemiología.	18
1.3.-Curso.	19
1.4.-Comorbilidad.	20
1.5.- Complicaciones físicas.	20
1.6.- Diagnóstico Diferencial.	22
1.7.-Modelo multidimensional de los Trastornos Alimentarios.	24
2.-LA IMAGEN CORPORAL.	29
2.1-Concepto de Imagen Corporal.	29
2.2-Las alteraciones de la Imagen Corporal.	32
3.-EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.	38
3.1.-Eficacia de los Tratamientos de los Trastornos Alimentarios.	38
4-TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.	44
5-LA REALIDAD VIRTUAL.	47
5.1.-Concepto de Realidad Virtual.	47
5.2-Realidad Virtual y los tratamientos psicológicos.	47
5.3.-Aportaciones de la Realidad Virtual en el tratamiento de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios	50
III MARCO EXPERIMENTAL	56
1.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	57
2.-MÉTODO.	58
2.1.-Muestra.	58
2.2-Instrumentos.	59
2.3.-Tratamiento.	67
2.4-Procedimiento.	79

3.-ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.	81
3.1.-Diferencias entre las condiciones experimentales antes del tratamiento.	84
3.2.-Evolución de las participantes durante el tratamiento.	86
3.3.- Diferencias entre las condiciones experimentales después del tratamiento y en el seguimiento al año: Eficacia del tratamiento.	89
3.4.- Conclusiones.	111
3.5.- Exclusión de las pacientes con graves trastornos de personalidad y con puntuaciones extremas.	113
3.6.-Diferencias entre las condiciones experimentales antes del tratamiento excluyendo a las pacientes con graves trastornos de personalidad y con puntuaciones extremas.	117
3.7.-Diferencias entre las condiciones experimentales después del tratamiento y en el seguimiento al año. Eficacia del tratamiento.	119
3.8.-Análisis de la significación clínica del tratamiento.	137
4.-RESUMEN DE LOS RESULTADOS FUNDAMENTALES	155
5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES.	157
IV BIBLIOGRAFIA	163
V ANEXOS	179
1.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION.	180
1.1-Instrumentos de evaluación de la Imagen Corporal.	182
1.2.-Instrumentos de evaluación de la Psicopatología de los Trastornos Alimentarios.	191
1.3.-Instrumentos de evaluación de la Psicopatología Secundaria.	196
1.4.-Entrevistas.	202
2.-TRATAMIENTOS.	225
2.1.-Terapia Cognitivo Comportamental para la Bulimia Nerviosa.	227
2.2.-Terapia Cognitivo Comportamental para la Anorexia Nerviosa.	247
2.3.-Terapia Cognitivo Comportamental para las alteraciones de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios apoyado con técnicas de Realidad Virtual.	271

Agradecimientos:

Me gustaría agradecer el apoyo recibido por todo el mundo que directa o indirectamente ha colaborado para que este trabajo haya salido adelante:

A Cristina por los sabios consejos y orientaciones que me ha proporcionado, no solo en la realización de este trabajo, sino en mi formación como clínico e investigador.

A Conxa por guiarme, con mucha paciencia y claridad, en esta tesis que nos ha permitido compartir objetivos, ilusiones y trabajo.

A mis compañeras Rosa, Azucena, Verónica, Sole, Reyes, Helena, Jorge, Sonia y a todos los miembros del SAP de la Universidad Jaime I de Castellón. A todo el equipo humano de la UTA de Villarreal y del Centro de Día PREVI de Valencia, que me han ayudado en el proceso de realización de esta tesis.

*Este trabajo está dedicado a
Lucia, Clara y Alejandro*

I.-INTRODUCCION

En los últimos años se ha ido afianzando la Terapia Cognitivo Comportamental, como el tratamiento de elección para la Bulimia Nerviosa, este tipo de tratamiento ha recibido mucho apoyo empírico y es aceptado por la mayoría de los profesionales que trabajan en el campo de los Trastornos alimentarios. En la misma línea se está confirmando cada vez más, aunque no hay una conclusión firme al respecto, que una terapia de corte Cognitivo Comportamental puede ser beneficiosa para las personas con Anorexia Nerviosa. En las últimas revisiones de la eficacia de la Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios han remarcado que este tratamiento es muy eficaz en la reducción de la sintomatología más conductual de los Trastornos Alimentarios (atracones, vómitos y conductas restrictivas) llegando incluso a normalizar estas conductas, sin embargo hay un porcentaje de personas las cuales no se pueden beneficiar (generalmente las que tienen graves problemas de personalidad) y en la mayoría de personas no alcanza a normalizar las actitudes sobre el cuerpo, la comida y la insatisfacción corporal. Consciente con esto, los propios autores plantean extender el tratamiento hacia otras áreas importantes en la psicopatología de los Trastornos Alimentarios como son el perfeccionismo, autoestima, la regulación de emociones, etc. En la misma línea también se plantea que quizá haya que extender el tratamiento hacia factores mantenedores del trastorno más que centrarse en la sintomatología más manifiesta.

De forma paralela, en la década pasada y en la que nos encontramos el número de investigaciones sobre la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios se ha incrementado muchísimo (para comprobarlo solo hemos de poner “*Body Image Eating Disorders*” en el buscador Google de Internet y el resultado da 288.000 conexiones). En este tiempo, se ha seguido afianzando la importancia de la Imagen Corporal en los trastornos alimentarios, se han realizado estudios cada vez más controlados en los que se confirma que es un factor predisponente en población infantil y juvenil, es factor mantenedor y que actúa como factor de pronóstico después de un tratamiento. A nivel teórico se ha delimitado muy bien y con un grado de concreción muy importante las distintas dimensiones del amplio constructo de la IC, dejando de lado la perspectiva meramente perceptiva y ganando fuerza el modelo de “constructo multidimensional”. En la misma línea, se ha ido consolidando la Terapia Cognitivo Comportamental como la más eficaz para tratar la Imagen Corporal en población general, población subclínica o en personas con Trastorno Dismórfico Corporal. Nuestro grupo ha contribuido a esta línea de trabajo con un estudio previo en el que comparamos el tratamiento Cognitivo Comportamental para la IC adaptado a los Trastornos

Alimentarios más un componente de tratamiento con técnicas de Realidad Virtual. Los resultados nos indicaron que fué más eficaz el tratamiento cuando se utilizan técnicas de RV que cuando no y que esta mejoría diferencial se mantenía al año de seguimiento.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de ver, llama la atención lo que plantea Thomas Cash (2003), es decir, hasta este momento no se ha comprobado si añadir un componente de tratamiento para la Imagen Corporal a la Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastorno Alimentarios, repercute en potenciar los resultados (ya de por sí buenos) de la Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios.

Este es el planteamiento de nuestra tesis, para ello vamos a comparar dos condiciones experimentales, en la primera se utiliza la Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios y en la segunda la misma Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios más un componente de tratamiento para la Imagen Corporal apoyado con técnicas de Realidad Virtual. Posteriormente analizaremos en que condición se ha producido una mejoría mayor. También comprobaremos si el mejorar en la Imagen Corporal lleva asociado una mejoría en la psicopatología del Trastorno Alimentario o en la psicopatología secundaria. Cuando analicemos los resultados, vamos a realizar el análisis diferencial del cambio producido por el tratamiento, lo que podríamos llamar el “cambio estadísticamente significativo” y posteriormente analizaremos si este cambio producido ha sido el deseado, es decir vamos a analizar si el tratamiento ha producido un “cambio clínicamente significativo” en las participantes.

II.-MARCO TEORICO.

1. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Los Trastornos Alimentarios (TA) son aquellos síndromes en los que existe una alteración grave de la conducta alimentaria, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo. Clásicamente, los TA se han reducido a dos diagnósticos principales: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Las principales clasificaciones psiquiátricas, es decir, la CIE-10 (OMS-1992) y el DSM-IV (APA-1994) conciben estos trastornos de forma parecida, aunque hay pequeñas diferencias que nos muestran las distintas perspectivas de cada clasificación.

La primera diferencia es la distinta ubicación que los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen en cada una de las clasificaciones diagnósticas. Inicialmente la clasificación estadística de los trastornos mentales en su tercera edición (APA; 1980) y su revisión DSM-III-R (APA, 1987) clasificaban estos cuadros dentro de los Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, junto con otras anomalías de la alimentación en la primera infancia, como es la pica, trastorno por rumiación, etc. Conforme se han ido investigando y conociendo más, estos trastornos han salido de esta categoría diagnóstica, estando desde el DSM-IV (APA,1994) en una categoría propia, situada entre los Trastornos Sexuales y los Trastornos del Sueño.

Por su parte en la CIE-10 (OMS, 1992) los Trastornos de la Conducta Alimentaria, están incluidos en el apartado Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos. En esta categoría se encuentra junto con los TA, la Disfunción Sexual no orgánica, Trastornos no orgánicos del sueño, Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio y Abuso de sustancias que no producen dependencia. Su ubicación en este “cajón desastre” dice mucho acerca del conocimiento que se tenía sobre la etiología de estos trastornos.

En el DSM-IV (APA, 1994), o más recientemente en su última revisión DSM-IV-TR (APA, 2002) que, no muestra ninguna diferencia con respecto a la edición de 1994, se recogen dos entidades diagnósticas principales que son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Estas entidades, a su vez, presentan dos subtipos cada una. La AN puede ser de *tipo restrictivo* o de *tipo purgativo/compulsivo* en función de la presencia o no de los atracones y purgas. Por su parte la BN presenta los subtipos *purgativo* y *no purgativo*, en función de la utilización del vómito y los laxantes como método de compensar los atracones.

El haber hecho subtipos en los TA buscaba dar respuesta a la tremenda heterogeneidad de pacientes que el clínico puede encontrar bajo la misma etiqueta diagnóstica. Sin embargo, tras haber formalizado estos subtipos tanto en AN como en BN, lo cierto es que han comenzado a surgir estudios que ponen en entredicho la validez de tal clasificación, o el significado de las comunalidades y diferencias que se encuentran (Franko, Wonderlich, Little y Herzog, 2004). Por ejemplo, no está claro si la anorexia tipo purgativo es realmente un subtipo de AN o es una variación de la BN (Gleaves, Lowe, Green et al., 2000). Actualmente hay quienes prefieren basar estas subdivisiones, más que en características comportamentales relacionadas con la purga, en diferencias relacionadas con rasgos de personalidad o en dimensiones afectivas. En este sentido, lo que parece que se constata con contundencia es la existencia de un subgrupo de pacientes con trastornos alimentarios que es muy impulsivo. Lo que no está claro es si estas personas que son altamente impulsivas representan un verdadero subtipo bien de AN, bien de BN, una comorbilidad de síntomas u otra forma de psicopatología que incluye sintomatología alimentaria (Wonderlich y Mitchel, 2001).

Parece que las tendencias futuras en cuanto a los subtipos de los trastornos alimentarios van por el camino del análisis de sus rasgos de personalidad. Por ejemplo, Westen y Handen-Fischer (2001) describen tres tipos de pacientes: los muy perfeccionistas, los constreñidos y supercontrolados, y los que se caracterizan por una importante desregulación emocional. El tener en cuenta estas características tiene, a su vez, importantes repercusiones en el tratamiento puesto que es de señalar que el último grupo al que hacen mención estos autores, tiene mucho que ver bien con rasgos límites, bien con este trastorno de personalidad, y los estudios indican que estos pacientes son los que peor pronóstico presentan tras un amplio rango de modalidades de tratamiento (Franko et al., 2004)

La CIE-10 (OMS-1992), por su parte, presenta los siguientes diagnósticos: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa. Esta clasificación añade el término de Atípicas cuando a estos cuadros les faltan una o más de las características principales, pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico y definido. Esta clasificación no contempla subtipos de los principales diagnósticos, y al contrario de lo que ocurría con el DSM-IV, esta clasificación si da importancia al Trastorno por Atracón, dedicándole una entidad diagnóstica dentro del mismo apartado en el que se encuentra la AN y BN: la Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. Otros diagnósticos que contempla son Vómitos en otras alteraciones psicológicas y Trastorno de la conducta alimentaria no especificados.

Centrándonos en los criterios diagnósticos, la diferencia principal es que en la CIE-10 el diagnóstico de Bulimia Nerviosa tiene preferencia sobre el de Anorexia Nerviosa, por lo que se excluye el diagnóstico de Anorexia Nerviosa si se dan atracones de forma regular. El DSM-IV por su parte, confiere más importancia al diagnóstico de Anorexia Nerviosa, donde se excluye el diagnóstico de Bulimia si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa. A continuación paso a detallar los criterios de los principales trastornos en ambas clasificaciones.

1.1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

1.1.1.-ANOREXIA NERVIOSA.

La característica principal de la Anorexia Nerviosa es la extrema preocupación que estas pacientes (fundamentalmente mujeres, por lo que me referiré a partir de ahora en femenino) tienen sobre el peso y la figura corporal. Estas pacientes presentan una serie de comportamientos que están dirigidos a modificar o alterar ese cuerpo y ese peso con el que no se sienten a gusto, y con el que están insatisfechas. Los criterios diagnósticos de la AN del DSM y la CIE se presentan en las Tabla 1 y 2

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR.

- A.** *Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).*
- B.** *Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.*
- C.** *Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.*
- D.** *En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos.).*

Subtipos:

Tipo restrictivo: *Caracterizado por cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No se recurre a atracones ni a purgas.*

Tipo Compulsivo/purgativo: *durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).*

Lo primero que llama la atención en estas pacientes es la fuerza con que se niegan a mantener su peso en el intervalo normal para su edad y altura, y el gran deseo por mantenerse en un peso muy bajo, sin importarles las consecuencias fisiológicas y psicológicas que conlleve (Criterio A del DSM-IV-TR y CIE-10, ambas cuantificando la bajada de peso hasta llegar al 85% del peso esperable para su edad y altura). Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. Empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico y, poco a poco, la mayoría de ellas acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Además, utilizan otras “estrategias” para perder peso como son las purgas después de las comidas (vómitos, laxantes o diuréticos) o el ejercicio físico excesivo (Criterio B en la CIE-10; en el DSM-IV-TR no está en los criterios. Sin embargo, está recogido mediante los subtipos).

Tabla 2. Criterios diagnósticos del CIE-10

- | |
|---|
| <p>A. <i>Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.</i></p> <p>B. <i>La pérdida de peso es autoinducida mediante:</i>
 <i>la evitación de alimentos “que engordan”</i>
 <i>Vómitos autoprovocados</i>
 <i>Purgas intestinales autoprovocadas</i>
 <i>Ejercicio físico excesivo</i>
 <i>Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</i></p> <p>C. <i>Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</i></p> <p>D. <i>Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras anticonceptivas).</i></p> <p>E. <i>Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene el crecimiento.</i></p> <p>F. <i>No cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa.</i></p> |
|---|

Aun estando en un peso muy bajo, la paciente manifiesta un miedo intenso a convertirse en obesa. En un número importante de casos este miedo está provocado por la alteración de la Imagen Corporal, es decir, las pacientes temen convertirse en personas más “gordas” de lo que se “ven y sienten” (sin estarlo objetivamente). Son pacientes que “perciben” determinadas partes de su cuerpo más grandes de lo que realmente son (Criterio C en el DSM-IV y en la CIE-10). Además,

temen que si ahora no se encuentran a gusto con su cuerpo, esta insatisfacción se incrementará cuando aumenten de peso. “Casualmente” estas partes coinciden con aquellas con las que están más insatisfechas que suelen ser muslos, caderas, cintura y estómago. La insatisfacción con el cuerpo se incrementa después de haber aumentado algo de peso, aunque sea 500 gramos, o después de haber ingerido algún alimento prohibido. Esta preocupación por el aspecto delgado, se convierte en una idea sobrevalorada que aparece de manera intrusiva, con el resultado es una gran pérdida de peso que puede llegar a poner en peligro su vida (Criterio C en el DSM-IV-TR y en la CIE-10). Esta sobredimensión de la importancia que otorgan al cuerpo y al peso, se asocia a una serie de comportamientos anómalos centrados en la comida y el cuerpo que les produce gran interferencia en distintas áreas de su vida. El estado de ánimo, la autoestima, su implicación en actividades como los estudios, trabajo, relaciones con iguales, ocio, etc. están en función de cómo se sienten y acaban aislándose, perdiendo el interés por cosas que antes les gustaban, o realizando sus tareas de manera obsesiva (p.ej., estudios, trabajo, deporte). El estado de inanición en que se encuentran afecta su estado emocional, que se ve reflejado en un estado de ánimo deprimido, alto nivel de ansiedad, irritabilidad y sobre todo una gran labilidad emocional. Una consecuencia evidente de este estado de desnutrición es la pérdida del periodo menstrual en las mujeres pospuberales y una pérdida del interés y de la potencia sexual en los hombres. Cuando el inicio es anterior a la pubertad, se produce un retraso o la detención del crecimiento. (Criterio D del DSM-IV y de la CIE-10).

Aunque el DSM-IV supuso un gran avance en la conceptualización de los criterios diagnósticos o, precisamente debido a ello, lo cierto es que en estos años también se han empezado a poner en entredicho algunos de los criterios que hemos mencionados. Por ejemplo, la utilidad clínica de exigir la presencia de amenorrea para poder diagnosticar apropiadamente AN ha sido cuestionada por varios estudios ya que, además de que el uso de anticonceptivos enmascara el proceso, a veces la amenorrea se produce antes de una pérdida significativa de peso, o también señalar que no se han encontrado diferencias entre pacientes con AN con y sin amenorrea (véase Franko et al., 2004).

Por otra parte, el criterio que hace referencia al miedo a aumentar de peso también ha recibido algunas críticas, sobre todo a partir del estudio realizado por Lee, Ho y Hsu (1993) en el que se apuntaba que la preocupación por la ganancia de peso podría ser un criterio necesario en las pacientes de las sociedades occidentales, pero no en las de la cultura de Hong Kong, ya que sus pacientes no lo manifestaban. Sin embargo, Strober, Freeman y Morell (1997) pusieron de manifiesto la existencia de ambos tipos de pacientes también en nuestra cultura y que tenían diferentes pronósticos, siendo aquellas con miedo a engordar las que tenían más probabilidad de tener un curso crónico y complicarse con episodios de atracones. De todas maneras, estamos de

acuerdo con Palmer (1993) y otros autores cuando afirman que, tal vez, sea más apropiado el considerar “la preocupación con el peso o el miedo a engordar” como un motivo que se concreta en la necesidad de adelgazar en nuestra cultura (dado el significado de “gordura” en la cultura occidental), más que como criterio universal. Es decir, abogaríamos como criterio diagnóstico por una “restricción de la ingesta motivada para manipular el cuerpo”. En el caso de nuestra cultura la mayor parte de las veces (por no decir la totalidad) ese motivo es buscar la delgadez a cualquier precio por huir de la gordura, y en otras culturas y en otros momentos históricos, el motivo de manipular el propio cuerpo puede ser otro. En definitiva se trata de controlar la propia auto-estima a través del control del propio cuerpo, bien sea por el significado del cuerpo, por ideas religiosas, por ascetismo o por estar lo “más sano” posible.

Por último, mencionar que hay algunos autores como Andersen, Bowers y Watson (2001) llegan plantear nuevos criterios diagnósticos para la AN entre los que sólo se encontrarían los siguientes: pérdida de peso (sustancial y no necesariamente en torno al 85%), necesidad o impulso a adelgazar y sobrevaloración de la delgadez.

1.1.2. BULIMIA NERVIOSA.

En la Bulimia Nerviosa (véanse Tabla 3 y 4), la característica principal y más llamativa es la presencia de atracones y de conductas purgativas que ocurren de manera repetitiva (Criterio A y B del DSM y de la CIE-10). Antes de la aparición de la Bulimia, muchas de estas pacientes suelen presentar una gran insatisfacción con su cuerpo, se “*ven y se sienten gordas*”, por lo que empiezan a evitar alimentos, saltarse comidas y a llevar a cabo dietas restrictivas con el objetivo de reducir el peso. Después de una época de restricción alimentaria se aumenta la vulnerabilidad a perder el control ante la comida, con la consecuente aparición de atracones. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes y el hambre intensa producida por una dieta severa también pueden desencadenar los atracones. Después de un atracón la insatisfacción con el cuerpo se incrementa, surgiendo en ese momento sentimientos de vergüenza, culpabilidad, desprecio y asco hacia uno mismo. Una forma de mitigar este estado emocional tan negativo es la utilización de conductas que compensen el atracón, por lo que vomitan, utilizan laxantes o diuréticos. El objetivo es, por una parte, “expulsar” o “quemar” las calorías que han ingerido, de manera que no ocurra lo que ellas tanto temen: engordar (Criterio C de la CIE-10) y, por otra parte, sentirse mejor con ellas mismas. Este hábito se va automatizando, por lo que las pacientes se introducen en un círculo vicioso de dieta-atracón-vómito lo que hace, a su vez, que estén deprimidas, nerviosas, que sientan que no tienen control sobre su vida.

Tabla 3. Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR

<p>A. <i>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</i></p> <p>(1) <i>Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias</i></p> <p>(2) <i>Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</i></p> <p>B. <i>Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio físico excesivo.</i></p> <p>C. <i>Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a semana durante un período de 3 meses.</i></p> <p>D. <i>La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</i></p> <p>E. <i>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</i></p> <p><i>Subtipos:</i></p> <p>Tipo purgativo: <i>durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</i></p> <p>Tipo no purgativo: <i>durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</i></p>
--

Tabla 4. Criterios Diagnósticos de la CIE-10:

<p>A. <i>Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.</i></p> <p>B. <i>Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.</i></p> <p>C. <i>El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:</i></p> <p><i>Vómito autoprovocado.</i></p> <p><i>Abuso de laxantes.</i></p> <p><i>Períodos de ayuno.</i></p> <p><i>Consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.</i></p> <p>D. <i>Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).</i></p>

El método de purga más habitual es el vómito que emplean el 80-90% de las pacientes. Aproximadamente un tercio toma laxantes después de los atracones y de vez en cuando las pacientes emplean enemas. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 coinciden en la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias situándolos en al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Al igual que ocurre en la AN, la valoración personal y la autoestima están muy influidas por el cuerpo y el peso (Criterio D del DSM-IV). Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la Anorexia Nerviosa, en la Bulimia hay cierta consciencia de enfermedad ya que los atracones y los vómitos se vivencian como una falta de control ante la comida, ante su cuerpo y ante su vida en general. Es una sensación muy desagradable y por ello se muestran motivadas para cambiar, al menos, su patrón de atracón-vómito.

Como sucedía con los criterios diagnósticos de la AN, los de la BN también están bajo el punto de mira de la crítica, sobre todo lo que concierne a las características que describen lo que es y no es un atracón. Tras la revisión de diversos estudios Franko y colaboradores (2004) consideran que cuestiones tales como frecuencia y duración del atracón, así como la cantidad de comida que ha de considerarse para poder entender el episodio como un atracón como tal han recibido poco apoyo empírico y sugiere que para próximas ediciones estas características se reconsideren. Por otra parte, tal vez lo más debatido sea si existen diferencias entre BN no purgativa y el trastorno por atracón, lo cual nos lleva al apartado siguiente sobre trastornos alimentarios no especificados o atípicos.

1.1.3.-TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.

En los estudios epidemiológicos, se está viendo que los trastornos antes descritos, sólo son la punta del iceberg de una gran cantidad de otros trastornos clínicamente significativos, aunque no lleguen a cumplir exhaustivamente todos los criterios de las clasificaciones de los trastornos mentales. Aunque los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados, podrían interpretarse como un TA con una menor relevancia clínica, lo cierto es que suelen ser pacientes con un cuadro clínico tan complicado y grave como el que presentan las pacientes con los dos principales diagnósticos. Por otra parte, las críticas sobre los criterios de los trastornos principales, no sólo provienen de sus propias deficiencias o su escasa o conflictiva constatación con la práctica clínica, sino también a que, lejos de lo que debería suceder, la epidemiología de esta categoría residual es demasiado elevada: entre un 20% y un 60% de los trastornos alimentarios caen en esta categoría (Fairburn y Walsh, 2002). Dentro de los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, se sitúa el Trastorno por Atracón (DSM-IV-TR) o Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (CIE-10) que, dada su importancia y relevancia clínica merece una mención especial. En el DSM-IV se clasificó por primera vez en el apartado de “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”. Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) lo engloba en la misma categoría donde se encuentra la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. A continuación se detallan los criterios de la

Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas y el Trastorno por atracón. En las Tabla 5 y 6 se exponen dichos criterios.

El trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de continuos atracones de comida desencadenados generalmente por estados emocionales negativos pero, a diferencia de la bulimia, no hay conductas compensatorias de estas ingestas de alimentos (Criterio A del DSM-IV). Además de los atracones, hay asociados determinados comportamientos relacionados con la alimentación como es el comer muy deprisa, comer hasta sentirse muy lleno, comer grandes cantidades de comida en ausencia de hambre que llevan a un sentimiento de culpabilidad, malestar (Criterio C del DSM-IV) y que producen en el paciente la sensación de falta control ante la comida (Criterio B del DSM-IV). Estas circunstancias pueden dar lugar a una obesidad reactiva, sobre todo en pacientes con una predisposición a la obesidad. La preocupación de estas pacientes está relacionada con el descontrol ante la comida y por los efectos que dichos atracones pueden tener a largo plazo en la figura y el peso. Los sujetos están sensibilizados hacia su aspecto lo que les puede llevar a una falta de confianza en las relaciones con los demás (CIE-10).

Tabla 5 Criterios del DSM-IV. Trastorno por atracón.

A. *Presencia de recurrentes atracones. Un atracón se caracteriza por:*

- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias*
- (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).*

B. *Estos episodios de atracón están asociados a tres o más de los siguientes síntomas :*

Ingesta mucho más rápida de lo normal.

Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

Comer a solas para esconder su voracidad.

Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. *Todos estos atracones son recordados con profundo malestar y con gran angustia.*

D. *La ingesta voraz ocurre, como promedio, al menos dos veces a la semana, durante un periodo de 6 meses.*

E. *Para que una persona pueda ser diagnosticada del Trastorno por Atracón, ésta no debe cumplir los criterios para la BN y no abusar de pastillas de dietas, con la intención de evitar ganar peso.*

Tabla 6. Criterios de la CIE-10. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

- *Es la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva.*
- *La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado a cerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales.*
- *Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.*

A diferencia de lo que ocurre en la Anorexia y la Bulimia, la alteración de la IC no suele ser un factor determinante en el inicio y el mantenimiento de este trastorno, aunque una vez se ha desarrollado, la insatisfacción con el cuerpo sí que pasa a formar parte de su fenomenología (CIE-10).

Es un punto de desencuentro el considerar o no al trastorno por atracón como una categoría separada de la BN. Aunque hay importantes diferencias entre ambos cuadros con respecto a las conductas compensatorias, el pronóstico, la edad de inicio, etc (Grilo, 2002), otros autores (p. ej., Striegel-Moore, Dohm et al., 2000) señalan sus semejanzas en IMC, preocupaciones con el peso y la silueta medidas con el EDE. De nuevo, en este caso, se ha apelado a los subgrupos. Stice et al., (2001), por ejemplo, diferencia en el trastorno por atracón a los de “dieta” y a los de “dieta depresivos”, siendo estos últimos los que presentaban más psicopatología y más resistentes al tratamiento.

1.2.-EPIDEMIOLOGÍA.

En las últimas décadas se ha multiplicado por 5 el número de casos de TA, tanto de anorexia como de bulimia nerviosa (Turón, 1997); tal como sugiere Gordon, (1994) los TA se han convertido en una “epidemia social”. Los estudios realizados sobre la prevalencia de la Anorexia Nerviosa entre chicas adolescentes y jóvenes adultas revelan un porcentaje del 0.5-1%. Este trastorno afecta fundamentalmente a mujeres (95%). La edad media de inicio de la AN es de 17 años, aunque los datos sugieren la existencia de picos modales a los 14 y 18 años (APA, 1994).

La prevalencia de la Bulimia Nerviosa en la población general es del 1-3%. Tiene mayor incidencia en el sexo femenino (el 95% de los pacientes son mujeres). La edad de aparición suele oscilar entre los 18 y 25 años. Está distribuida socialmente en todos los estratos (APA, 1994).

Hay algunos estudios españoles sobre epidemiología que han sido compilados por Toro (1996). En estos estudios se concluye que las adolescentes españolas también están sometidas a esta presión por adelgazar. Utilizando el EAT se sospecha que, en muestras de adolescentes de 12 a 19 años, el 9.8% padece de TA y, en el trabajo de Carbajo et al., (1995), se calculó que el 12.4% tiene el trastorno. Por lo que respecta a trastornos concretos, en un estudio, llevado a cabo con la población juvenil de Navarra, la prevalencia de la AN era del 0.36%, en los casos de bulimia nerviosa era un 0.7% y del 2.5% para casos parciales de BN. En cuanto al trastorno de la conducta alimentaria no especificado, los estudios epidemiológicos realizados en España nos muestran una prevalencia del 3.07% (Gual, 1999).

Posteriormente se realizaron en nuestro país dos estudios epidemiológicos llevados a cabo por Morande, Celada y Casas (1999) y Pérez-Gaspar et al., (2000) con datos algo superiores a los que hasta ese momento se aportaban. Más recientemente, e intentando solventar algunos problemas metodológicos que tenían los dos trabajos anteriores, Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, Sanjuán y Vila (2003) han llevado a cabo un estudio epidemiológico en población española entre los 12 y 18 años. Estos autores encuentran que la tasa global de morbilidad para esta población es de 2.91%, aumentando a 5.17% cuando dividimos a la muestra en mujeres (quedando sólo 0.77% de varones). Atendiendo al diagnóstico, la prevalencia de AN en mujeres fue de 0.45% y de BN en mujeres fue 0.41% (menor que en otros estudios, tal vez, debido a la menor edad de la muestra), y la tasa de los no especificados fue de 4.71% también en el caso de mujeres.

Hay poblaciones que son más vulnerables que otras a padecer estos trastornos, en concreto aquellas que viven en los llamados países desarrollados y que poseen un alto estatus económico. Sin embargo, cada vez se va observando un desplazamiento hacia las clases más bajas (Garfinkel y Garner, 1982). Por otra parte, este trastorno también se encuentra muy extendido entre ciertas profesiones, tales como gimnastas y modelos, es decir poblaciones que tienen que mantener su cuerpo dentro de unos cánones establecidos (Toro y Villardell, 1987).

1.3.-CURSO.

La AN tiene un curso crónico y se acompaña de una serie de complicaciones. Si no se produce una intervención o ésta no resulta efectiva, la paciente sigue un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50% de su peso. Por lo general, el curso es variable: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en

personas hospitalizadas es aproximadamente del 10%. La muerte se produce fundamentalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (APA 1994).

La bulimia nerviosa se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. En muchas ocasiones, después de un episodio de anorexia nerviosa, se pasa a un episodio de bulimia nerviosa, aunque también puede ocurrir lo contrario. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. En este trastorno hay poca proporción de mortalidad.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados son trastornos que pueden ser síntomas que significan el inicio de un TA, la evolución natural de un TA que evoluciona hacia formas parciales o la cronificación del TA que no ha respondido a la terapia.

1.4.-COMORBILIDAD.

La comorbilidad de estos trastornos es bastante alta. La Depresión Mayor es el trastorno más frecuente ya que aparece en el 40% de los casos (Braun, 1994), seguido de la Distimia con un 32% (Halmi, 1991).

La prevalencia de los Trastornos de Ansiedad a lo largo de la vida de las pacientes con AN es del 60%, siendo el Trastorno por Ansiedad Generalizada el más frecuente (36.8%), seguido del Trastorno de Pánico (20%) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (16%), (Bulick, Sullivan, Fear, y Pickering, 1997). También se han observado síntomas característicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, como puede ser la preocupación obsesiva con la comida, y los hábitos de coleccionar recetas de cocina o almacenar alimentos. Por otra parte, la presencia de, al menos, un trastorno de personalidad en la AN, se presenta del 23% al 80%. Los trastornos de personalidad por Evitación, Dependiente, y obsesivo-compulsivo son los más frecuentes (30%).

En la BN es frecuente la presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida, sobre todo agudizada por los episodios bulímicos (Perpiñá, 1995). Otros síntomas del eje I (APA,1994) se refieren a las conductas adictivas y al control de impulsos. En lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del eje II, los trastornos del cluster B: (histriónico, límite, narcisista y antisocial) son los más frecuentes en la BN, con una prevalencia del 25%.

1.5.-COMPLICACIONES FÍSICAS.

Las actitudes hacia el cuerpo, la insatisfacción corporal y las creencias disfuncionales que presentan las pacientes con trastornos alimentarios, las conducen a realizar una serie de hábitos de alimentación y de ejercicio anómalos que, a su vez, provocan graves consecuencias físicas.

Lo primero que se aprecia en una paciente anoréxica es su extrema delgadez, desnutrición, piel seca y fría. El cabello está lacio y frágil y las uñas quebradizas (Turón, 1997). Los efectos de la demacración se manifiestan en una amplia gama de signos y síntomas que se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Complicaciones médicas de los trastornos alimentarios. (Toro, 1987; Turón, 1997).

Signos vitales:	Bradicardia Hipotensión Hipotermia
Sistema nervioso central	Atrofia cerebral generalizada Atrofia cerebral localizada
Corazón	Edema periférico Prolapso de la válvula mitral Disminución del tamaño del corazón Adelgazamiento de las paredes ventriculares Derrame pericárdio Menor respuesta ante el ejercicio Síndrome de la arteria mesentérica superior
Riñón	Formación de cálculos. Infecciones urinarias Disminución del filtrado glomerular.
Sistema Hematológico	Anemia Leucopenia Hipofunción medular
Aparato digestivo	Vaciado gástrico lento Vaciado gástrico incompleto Estreñimiento Dolor abdominal Vómitos Dilatación gástrica
Sistema metabólico	Hipercolesterinemia Deplección de los niveles de potasio Hipercarotinemia Hipoglucemia
Sistema endocrino	Aumento de las enzimas hepáticas Disminución de la hormona luteinizante Disminución de estrógenos.
Otras complicaciones	Osteoporosis. Arritmias cardíacas Crisis tetánicas Hipertrofia de la glándula parótida

La mayoría de las consecuencias desaparecen a medida que se recupera el peso. En los escasos estudios que hay sobre las complicaciones físicas asociadas a mortalidad, aparecen principalmente la tuberculosis y los trastornos gastrointestinales (Toro, 1987).

En el caso de la BN, las complicaciones físicas provienen, fundamentalmente, de los desajustes en los patrones de alimentación, los vómitos, abuso de laxantes, diuréticos, etc. Otra de las repercusiones que tiene el vómito es provocar la erosión del esmalte dental y caries, (sobre todo si se dan con una periodicidad media de 3 veces por semana durante un período de 4 años).

1.6.-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Es necesario considerar otras posibles causas de pérdida de peso, sobre todo, cuando hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). Varias enfermedades médicas cursan también con pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos. Entre las alteraciones físicas que hay que diferenciar de lo que es un TA hay que destacar la diabetes melitus, la neoplasia y la tirotoxicosis. Para descartar caquexia hipofisaria es conveniente realizar las exploraciones neurológicas y endocrinas pertinentes. Entre las alteraciones de etiología orgánica hay que mencionar igualmente los tumores hipotalámicos, y los síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Buc, en los cuales se ingieren sustancias no nutritivas (Perpiñá, 1999).

En el trastorno depresivo mayor hay muchos síntomas que podrían hacernos pensar en un trastorno alimentario: puede haber una pérdida de peso importante, episodios de comer en exceso, vómitos autoprovocados, problemas de concentración, problemas de sueño, etc. Sin embargo, en la depresión no hay un rechazo patológico a engordar, ni hay problemas específicos de imagen corporal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, puede desarrollarse una evitación a los alimentos (por temor a que estén contaminados) y rituales en torno a ellos (dirigidos a su purificación). En determinados trastornos psicóticos, se pueden presentar patrones extraños de alimentación a consecuencia, por ejemplo, de delirios sobre el envenenamiento de la comida. En los trastornos de conversión pueden aparecer síntomas comunes de AN y BN (pérdida de apetito, pérdida de peso), siendo el vómito psicógeno el que puede causar más confusión, pero en ninguno de ellos se tiene la finalidad de reducir peso y de sentirse mejor con su cuerpo. También hay que diferenciar a aquellos patrones anómalos de alimentación que se producen en las fobias sociales en las que se tiene miedo a comer en público, pero por temor a atragantarse o vomitar (Perpiñá, 1999).

En resumen, tal y como proponen varios autores (Cash y Hrabosky, 2003); Perpiñá, 1999) la característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con signos semejantes, radica precisamente en la idea sobrevalorada de adelgazar que sólo se da en los trastornos alimentarios (Perpiñá, 1995). En su evaluación es, por tanto, esencial averiguar la motivación, el propósito, que hay detrás de la pérdida de peso y de los patrones de alimentación anómalos.

Como hemos visto, la característica principal de los Trastornos Alimentarios es la importancia que tienen los aspectos relacionados con el peso y el aspecto físico en la autoevaluación, el autoconcepto y en la autoestima de estas personas. Consideran que mantener un peso bajo, o unas conductas relacionadas con la comida (hacer dieta, evitar alimentos peligrosos, llevar a cabo conductas purgativas, no comer delante de otra gente, etc.) es vital y, el no hacerlo, conllevaría unas consecuencias adversas (“*la gente me rechazará*”, “*si paso de un peso determinado seguiré aumentando de peso sin parar hasta llegar a ser obesa*”, “*si aumento un kilo todo el mundo lo notará y se reirán de mí*”, etc.). Las preocupaciones mostradas por las pacientes con TA sobre su cuerpo y su peso han sido descritas en varios términos: “un miedo mórbido a la gordura” (Russell, 1970), un “impulso a adelgazar” (Bruch, 1973), una “fobia al peso” (Crisp, 1967) o una idea sobrevalorada (Garner y Fairburn, 1988). Actualmente, se piensa que estas preocupaciones están lejos de ser una fobia y que están más cerca de ser una idea sobrevalorada sobre el significado del cuerpo, el peso y el aspecto físico. Como podemos ver en los criterios diagnósticos comentados, se les da la categoría de idea sobrevalorada.

Este interés por mantener ese peso tan bajo, que aparece tanto en la Anorexia como la Bulimia Nerviosa, puede ser debido a muchas causas (como veremos posteriormente, los TA son unos trastornos multideterminados). Las pacientes creen que es una forma de mejorar la aceptación entre los iguales, que pueden conseguir un reconocimiento social por el aspecto delgado. Por otra parte, se puede considerar como una conducta de enfermedad con muchas ganancias secundarias en el entorno familiar, también se ha conceptualizado como un miedo al crecimiento y a la madurez. Sin embargo, la causa más común es un intento de mejorar la insatisfacción con el cuerpo, ese cuerpo que durante años ha recibido constantes burlas y con el que la paciente no está satisfecha, se intenta “modificar” de manera que se acerque al ideal de cuerpo que ella desea. En este sentido hay autores, como Beumont (1995), que prefieren denominarlos “trastornos de la dieta”, dado que la preocupación por engordar es lo que conduce al individuo a restringir su ingesta, independientemente de si tiene éxito, como es el caso de la Anorexia Nerviosa, o si fracasa en su intento, como sucede en la Bulimia Nerviosa. Otros, por el contrario, estarían más de acuerdo en considerarlos como “trastornos de la imagen corporal” (Cash y Grant, 1996), puesto que la manipulación que la persona hace de la ingesta, no es más que un medio para conseguir su principal objetivo: doblar un cuerpo con el que no se siente a gusto, es decir, tiene una imagen corporal negativa de sí mismo (Perpiñá, 1999). Más que la Anorexia o la Bulimia, el trastorno por atracón sí parece entenderse mejor si lo concebimos desde la perspectiva de un “Trastorno de la dieta”. En este punto, se podría hacer

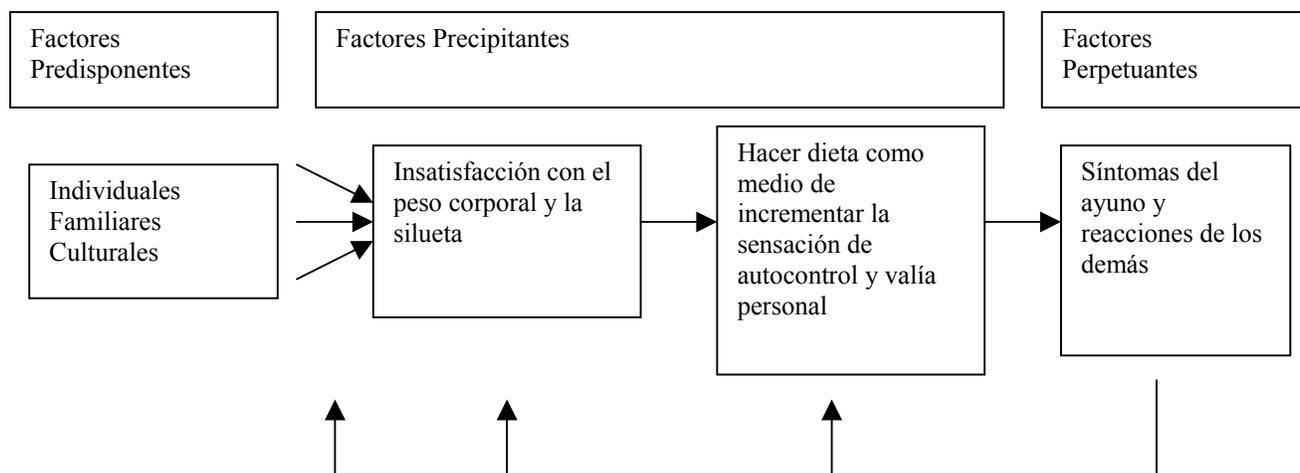
una distinción y considerar a la Bulimia y a la Anorexia como trastornos en los que la imagen corporal juega un papel central, mientras que el trastorno por atracón o Hiperfagia, estaría más asociado, tal vez, a un trastorno de la dieta.

1.7.-MODELO MULTIDIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

La anorexia nerviosa, y por extensión la bulimia nerviosa, en cuanto a la sintomatología que manifiestan, son claramente síndromes diagnósticos concretos, pero al igual que sucede con otros síndromes, no implican necesariamente una patogénesis simple. La forma más realista de entender la complejidad de los TA es adoptar un análisis multidimensional de los trastornos, considerándolos como el producto final de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes (ver Figura 1). Como Garner y Garfinkel comentan *“la anorexia nerviosa es una senda común final, el producto de un grupo de fuerzas interactuantes”* (Garfinkel y Garner, 1982 pp.188-189)

El interés de un enfoque de este tipo reside en que no es válido hablar de la causa, sino que hay analizar las distintas dimensiones que se combinan para que un trastorno alimentario finalmente se desarrolle (Perpiñá 1995).

Figura 1. Los TA como alteraciones multideterminadas.(Garner,1993).



Entre los **factores predisponentes** destacan los factores familiares, socioculturales e individuales.

a)Factores Socio-culturales:

Justo en el momento de la adolescencia, en el que los cambios fisiológicos y psicológicos ocurren en el individuo debido a la maduración sexual y a un incremento en su tejido adiposo (sobre todo en las mujeres), el peso de las chicas aumenta. En la actualidad los cánones de belleza que mantiene nuestra sociedad idolatran a la persona delgada, sin curvas y con un aspecto tubular. Los mensajes que transmiten los medios de comunicación dirigidos a la población juvenil, ensalzan como valor principal el aspecto físico y, por otra parte estigmatizan, la obesidad o todo lo que no sea permanecer en estos cánones de belleza. Además, transmiten el mensaje de que cambiar el aspecto físico es fácil y que si no lo consiguen se debe a la “debilidad” personal. Para una gran parte de las mujeres, estos cánones de belleza son difíciles de alcanzar, por lo que al compararse con esos modelos de belleza, se llega a la conclusión de que su cuerpo no es el adecuado, lo que se traduce en insatisfacción y actitudes negativas hacia su cuerpo. Como hemos comentado anteriormente, la preocupación por el cuerpo y el peso es un valor central en sus vidas, por lo que hacen todas las conductas a su alcance por alcanzar estos modelos.

Este factor predisponente nos muestra su importancia cuando nos acercamos a aquellas personas para quienes su cuerpo es, por definición, un elemento importante de su progreso y éxito profesional (y tal vez personal). Es bien sabido que la incidencia de los TA son mucho más elevadas en bailarinas, modelos y gimnastas que en la población general.

b)Factores familiares:

Los estudios que han analizado la estructura familiar de estas pacientes señalan la presencia de sobreprotección y el no reconocimiento de la individualidad (Selvini-Palazzoli, 1974). También suele ser habitual la preocupación excesiva por la apariencia, la auto-valía, el éxito personal y el perfeccionismo, dentro, todo ello, de un clima muy competitivo (Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991).

Otros factores familiares que son predisponentes para padecer un TA son, la existencia de familiares que padecían un TA, problemas de depresión, el consumo excesivo de alcohol, malos tratos u obesidad en alguno de los progenitores (Toro y Villardel, 1987).

c)Factores psicológicos:

Son personas con características psicológicas premórbidas de perfeccionismo e introversión, suelen tener dificultades en la relación con sus compañeros, la mayor parte de estos pacientes tiene graves problemas de auto-estima, una importante falta de confianza en sus propias capacidades y están muy preocupados por la opinión que los demás tengan de ellos (Beumont, 1995). Otro factor predisponente es el tener una historia de críticas, burlas y situaciones negativas relacionadas con el cuerpo, lo que les lleva a formarse unas actitudes negativas y creencias disfuncionales sobre su cuerpo (Rosen,1990).

Estas características psicológicas son el caldo de cultivo, para que después, en función de uno o varios factores precipitantes, se desarrolle un TA.

Los factores precipitantes, es decir, aquellos que inician el trastorno, tienen que ver con el fracaso del individuo en adaptarse a las demandas que se le piden en un momento dado. En el caso de los trastornos alimentarios, hay una gran coincidencia en las historias respecto a antecedentes de sobrepeso, cambios físicos propios de la pubertad, haber recibido críticas por su aspecto o por haber sufrido algún acontecimiento vital que implique un cambio brusco en la vida del adolescente. Estos acontecimientos suelen ser: muerte de un familiar con el que existe una vinculación emocional importante, separación de los dos padres, cambios de domicilio, abusos sexuales, padecer una enfermedad, etc.

El inicio de un TA, ocurre a menudo tras la experimentación real o subjetiva de algún tipo de fracaso personal. Este puede ocurrir en el rendimiento académico, la práctica de un deporte, en los estudios de danza, relaciones personales, etc.

Los factores de mantenimiento explicarían la auto-perpetuación del cuadro debido fundamentalmente a las consecuencias físicas y psicológicas derivadas de la restricción alimentaria.

Desde mediados de siglo se sabe que una parte importante de la sintomatología psicológica de los TA está determinada por el estado de la desnutrición, por lo que es el propio estado de desnutrición un mantenedor de la psicopatología (Garfinkel y Garner, 1982). Las interacciones familiares con la paciente anoréxica son en muchos casos mantenedores del trastorno alimentario, al igual que eran un factor predisponente (Vandereycken, et. al., 1991). Por último, otro factor importante en el mantenimiento de los TA es la alteración de la imagen corporal, ya que es la causa de que las pacientes sigan teniendo un férreo control con la comida y que sigan insatisfechas con su cuerpo, pensando que la única solución es seguir perdiendo peso.

Por otra parte, este modelo ya clásico, está en consonancia con el modelo de la Terapia Cognitiva de los Trastornos Alimentarios. Según este modelo hay cuatro premisas básicas que se añaden a la arriba comentada de la multideterminación (Pike, Devlin y Loeb, 2003):

a) *La autovaloración de la persona con un TA está total y ampliamente determinada por el cuerpo, el peso y la apariencia.* Fluctuaciones de peso que son imperceptibles para otros, pueden dominar la experiencia de la persona con TA teniendo un efecto significativo en su autovalía y en su estado de ánimo. La importancia del peso y la figura esta negativamente correlacionada con una buena

autoestima y positivamente correlacionada con la sintomatología de los TA (Géller, Srikameswaran, Cockell y Zaitsoff, 2000).

b) *Las personas con TA tienen una sobre implicación en el peso y la figura para compensar las emociones, sentimientos y la baja autoestima.* La baja autoestima es en el centro de la importancia que estas personas le dan al peso y la apariencia. Para una persona con un TA, el perseguir la delgadez es perseguir el mejorar su autovalía. Creen que alcanzar ciertos ideales físicos van a compensar el déficit en autoestima que presentan y mientras mantengan esta escala de valores mantendrán la vulnerabilidad de sufrir un trastorno alimentario. Consecuencia de esto es el mantenimiento de la enfermedad ya que los ideales en el peso y la figura que se proponen son inalcanzables por lo que su autovaloración va continuamente empobreciéndose con la consecuente respuesta de incrementar los esfuerzos para bajar el peso y mejorar la autovalía.

c) *Las personas con TA intentan autorregular su mundo emocional y manejar el estrés en las situaciones interpersonales, al menos en parte, a través de la comida.* El TA, las conductas de restricción, los atracones, y las conductas compensatorias tienen un gran papel en la regulación de las emociones, las personas con TA presentan grave déficit en el manejo y la tolerancia de las emociones. Es decir por una parte los problemas en el manejo de la emociones pueden producir los atracones y las conductas purgativas y por otra parte la conductas de control extremo de la comida y el cuerpo tiene como consecuencia una anulación de la esfera emocional (Garner et al.1997).

e) *La sintomatología de los Trastornos Alimentarios no es simplemente una representación simbólica de problemas subyacentes, sino que son importantes por si mismos y requieren una atención constante.* Es decir puede ser que bajo la sintomatología de los TA existan otros tipos de problemas (alteraciones de la IC, perfeccionismo, baja autoestima, etc.) sin embargo son mucho más que eso. Ya que esta sintomatología por si mismo mantiene el problema y determinan la salud física y mental de la persona (Pike, Levine, Loeb, 2004).

Pensemos en una adolescente perteneciente a una familia media-alta, en la que se valora mucho el aspecto físico, esta adolescente que posee una baja autoestima, es una chica introvertida, perfeccionista y que presenta algunos problemas de relación con los compañeros. En la menarquía su cuerpo ha empezado a cambiar, con lo que en ese momento se incrementa la autoconciencia sobre su aspecto físico. Además, se convierte en el centro de atención de todos sus compañeros. Desde pequeña ,y ahora sobre todo, es objeto de burlas sobre su aspecto físico, le llaman “*jirafa*” y “*foca*”. Debido a esto se aísla de las amigas, su autoestima se deteriora y empieza a quejarse de su cuerpo, no le gusta y desearía tener el de otra persona. En casa, desde siempre, se ha fomentado el control a la hora de comer y la importancia del aspecto físico. Incluso algunas de las críticas que son comunes en

el colegio, también se dan entre alguno de los familiares cercanos. Todos estos factores, hacen que la adolescente se encuentre insatisfecha con su cuerpo, deprimida, retraída socialmente y angustiada. Al mismo tiempo, es bombardeada por artículos y mensajes de los medios de comunicación que transmiten la idea de que haciendo dieta conseguirá el cuerpo que quiere y será feliz. La preocupación por hacer dieta se va haciendo cada vez más intensa, y empiezan a restringir la ingesta, tanto en calidad, como en cantidad de alimento. Al empezar a perder peso, todo lo que antes eran burlas y críticas se convierte en halagos hacia el cuerpo, la sensación de valía personal y de autocontrol se incrementan, la paciente se introduce en una espiral de perder peso. El peso meta que se había propuesto inicialmente es superado con creces. La adolescente sigue viendo y sintiéndose “*gorda*”, por lo que sigue haciendo dieta, la insatisfacción con su cuerpo le lleva a evitar situaciones sociales relacionadas con el cuerpo. Sigue pensando que la única forma de estar satisfecha con su cuerpo es bajando más kilos...

Como podemos ver, un factor que puede actuar en los tres momentos de la génesis de un TA es la Alteración de la IC. En algunos casos la insatisfacción con el cuerpo puede ser un factor predisponente, actuar como precipitante para su inicio y ser la causa del mantenimiento posterior del TA. Autores como Fairburn (1985) y Garner y Bemis (1982) comentan que las anormalidades extremas en las comidas y en el control del peso en los TA, son secundarias a la gran preocupación con el peso y la figura. Esta hipótesis, se ha visto apoyada por un conjunto de autores (Cash, y Hicks,1990, Cash, et. al. 2003; Perpiñá,1989) quienes han propuesto que la principal característica de los individuos que padecen un trastorno alimentario, es la importancia que para su autovaloración y autoestima personal tienen el peso y la figura.

Un claro ejemplo de la importancia de la IC en el inicio de los TA es que, entre las chicas jóvenes en general, la insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la IC se encuentra asociada con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida, como es la falta de control sobre la comida, implicarse en dietas restrictivas y la presencia de los atracones (Kiemle, Slade, y Dewey, 1987; Rosen 1992; Thompson,1992). Además, se ha encontrado que la insatisfacción con el cuerpo es el mejor predictor de la gravedad de los patrones alimentarios en general (Rosen,1992; Thompson,1992), por encima incluso otros valores predictores como son la autoestima, la depresión y la ansiedad social (Gross y Rosen,1988; Ruderman y Grace,1988). Teniendo en cuenta esto, es importante conocer las distintas manifestaciones de la IC y llevar a cabo tratamientos eficaces para paliar este aspecto concreto de la sintomatología de los TA.

2.-. LA IMAGEN CORPORAL

2.1.-. CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.

El concepto de Imagen Corporal (IC) tiene una larga tradición. Desde los inicios del presente siglo, el término de IC ha sido fuente de numerosas discusiones acerca de su fenomenología. Estas discusiones (reflejando el dualismo cuerpo-mente) han versado en decir si las experiencias que componen el concepto de IC son fisiológicas, neurológicas o psicológicas (Cumming, 1988).

A principios de siglo, lo que hoy entendemos por IC, recibía distintos términos como imagen corporal, concepto corporal, esquema corporal y percepción corporal que eran utilizados de manera indistinta. Los primeros intentos de clarificar esta amalgama de conceptos vinieron de la Neurología.

El conocido neurólogo Pick (1922) decía que cada persona tenía “*una imagen espacial del propio cuerpo*”. Esta imagen era “*la representación interna del propio cuerpo y que surgía de la información proveniente del input sensorial*”. Este autor mantenía una visión totalmente orgánica del concepto (Purzinsky y Cash, 1990). Otro autor importante es Sir Henry Head (1926) quien formula el concepto de Esquema Corporal, indicando que “*cada individuo construía una imagen o un modelo de sí mismo que funcionaba como un estándar a partir del cual se juzgan las posturas y los movimientos corporales. Tal esquema era un requerimiento básico para la capacidad de la persona de desplazarse de una posición a otra de una forma coherente*”. A pesar de que él se centró en la función del esquema en la orientación y el movimiento corporal, detrás de sus especulaciones subyace la idea de que el esquema corporal también sirve como un marco de referencia para interpretar otras formas de experiencia corporal (Cash y Pruzinsk, 1990).

El autor más importante, quizás, en el desarrollo del concepto que ahora conocemos como IC es Paul Schilder. Este autor proponía que las alteraciones de la experiencia corporal causadas por daño cerebral necesitaban ser analizadas, no únicamente desde el punto de vista fisiológico, sino que necesitaban estudiarse dentro de un marco de referencia psicológico. En 1935 en su obra “*The Image and Appearance of the Human Body*” definía la IC como “*La imagen de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente. Las personas vemos partes de nuestra superficie corporal, tenemos impresiones táctiles, térmicas y dolorosas, pero más allá de estas experiencias inmediatas está la unidad del cuerpo, que es percibida, pero no como una percepción. Nosotros lo llamamos esquema corporal que es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo*”. Schilder indicaba que una parte significativa de la imagen corporal podría permanecer fuera de la

consciencia, aunque igualmente influía en la conducta de la persona. Para él, la imagen corporal era un constructo que también reflejaba deseos, actitudes, emociones, cogniciones e interacciones con otras personas. Este autor estudió toda la fenomenología de la IC, tanto en población neurológicamente lesionada como en la población normal, suscitando cuestiones acerca del efecto que la socialización tiene sobre la IC, los efectos que en la IC tienen las bromas pesadas, sentirse feo, llorar, reír, la intimidad sexual o llevar una determinada ropa (Cash y Pruzinsky, 1990). Se podría decir que este autor previó las actuales líneas de investigación en la IC.

Posteriormente, otros autores han propuesto que definiciones tan eclécticas como la de Schilder son imprecisas y que esto es un inconveniente a la hora de llevar a cabo investigaciones concretas. Autores como Shontz (1969) diferencian los siguientes términos: por una parte se refiere al Concepto Corporal, como el conjunto de creencias y conocimientos que nosotros tenemos sobre nuestros cuerpos, el término de Valoración Corporal, se referiría al conjunto de actitudes, emociones o valores que tenemos sobre el cuerpo y finalmente, el término Esquema Corporal sería la percepción de nuestro cuerpo en el espacio, refiriéndose al ajuste postural y la localización de los estímulos corporales. Aunque estos autores (por ej. Shontz) pueden distinguir teóricamente entre tales dimensiones, lo cierto es que hasta el esquema espacial o concepto corporal más simple está claramente influenciado por factores emocionales, situacionales y de personalidad, por lo que preferimos manejar una concepción amplia del término de IC. La definición actual de la IC es la representación mental y las sensaciones, que tenemos del tamaño, figura y forma de las distintas zonas del cuerpo o del cuerpo globalmente (Slade, 1988).

En el campo en el que nos movemos, es decir en la psicopatología de los trastornos alimentarios, hay dos aspectos de la imagen corporal que han recibido más importancia (Raich, 2000; Slade, 1988):

a) La exactitud de la estimación del tamaño del cuerpo o de algunas zonas corporales.

b) Sentimientos y actitudes hacia el cuerpo o hacia determinadas partes del cuerpo. A su vez, dentro de esta dimensión se han distinguido tres elementos (Brown, Cash y Mikulka, 1990):

Evaluación: serían las valoraciones cognitivas, así como la satisfacción con el cuerpo.

Implicación cognitivo-conductual: se refiere a la fuerza de las creencias, esquemas y comportamientos relacionados con la apariencia.

Afecto: las emociones relacionadas con el cuerpo y con la IC.

Es muy importante tener en cuenta las dos facetas de la IC y no caer en el error de reducir la alteración de la IC a sólo distorsión perceptiva.

En esta última década las revisiones existentes sobre la IC y otros conceptos relacionados han llevado a las siguientes conclusiones (Pruzinsky y Cash, 1990):

1.-Los elementos fundamentales en la IC son tres: percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal.

Percepciones. A lo largo del desarrollo, y dentro del marco cultural en el que vivimos, construimos imágenes de la forma o el tamaño de varios aspectos del cuerpo.

Cogniciones. La IC está compuesta por pensamientos, creencias y autoafirmaciones sobre el cuerpo y las experiencias corporales.

Emociones. El componente emocional incluye nuestras experiencias de comodidad o incomodidad, de satisfacción o insatisfacción asociada con nuestra apariencia o con nuestra experiencia corporal.

2.-La IC es una experiencia totalmente subjetiva y personalizada, que puede no ser congruente con la realidad objetiva.

3.-El constructo de la IC es multifacético.

La experiencia corporal abarca la percepción y las actitudes hacia la apariencia, el tamaño corporal, la posición corporal, los límites corporales, la competencia corporal y aspectos relacionados con el estado físico, salud y enfermedad, así como el género de uno mismo (Cash, 1990; Fisher, 1990).

4.-Las experiencias relacionadas con el cuerpo pueden ocurrir en distintos niveles de consciencia. (Krueger, 1990).

5.-Las experiencias de la imagen corporal están unidas con sentimientos sobre el self.

El hecho de que se activen determinados esquemas sobre nuestro cuerpo va a desencadenar una respuesta cognitiva y emocional que determinará cómo nos sentimos sobre nosotros mismos (Del Rosario, Brines & Coleman, 1984).

6.-La imagen corporal está determinada socialmente. El desarrollo de la IC se produce de manera paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona. A través de los distintos cambios físicos que ocurren en cada una de las etapas del desarrollo corporal y dentro de un marco social (en el que hay unos estándares sobre el atractivo y la competencia del cuerpo) se va construyendo la IC, empezando a los 2 años (cuando la persona ya tiene consciencia de sí mismo) y terminando cuando la persona deja de existir.

7.-La imagen corporal no es un constructo estático, sino que aspectos de nuestra experiencia corporal están continuamente cambiando.

8.-*La imagen corporal influye en el procesamiento de la información.* Personas que están muy preocupadas y temerosas por su aspecto físico, procesan la información de cualquier situación social en términos de la competencia o el atractivo corporal.

9.-*La imagen corporal influye en la conducta.* Tanto de manera consciente, preconsciente o inconsciente, la imagen corporal afecta a cómo nos comportamos.

Como hemos visto, la IC es un constructo muy complejo y, por tanto, para poder tratarlo con ciertas garantías parece necesario abordarlo en todas sus facetas. Hasta ahora nos hemos centrado en la IC en general, sin embargo hay poblaciones en las que existe una alteración de esta IC.

2.2.-LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.

La IC, recoge aspectos de la experiencia corporal diferentes a la simple apariencia física, como son los sentimientos relacionados con la fuerza, el funcionamiento corporal, el grado de masculinidad-femenidad de una persona, las experiencias de los límites corporales, niveles de seguridad corporal y sentimientos sobre el *arousal* emocional (Cash y Pruzinsky,1990). En definitiva, podemos hablar de una importante dimensión actitudinal en la IC que se ve claramente influenciada por una dimensión evaluativa que se aplica en función de las discrepancias entre los atributos idealizados vs. los autopercebidos (Cash y Deagle, 1997). Ahora bien, como acertadamente señalan Cash y Hrabosky (2003), otra de las dimensiones y, tal vez la más importante desde un punto de vista psicopatológico es la implicación, su capacidad de “invertir” en esfuerzos, es decir la importancia emocional, cognitiva y comportamental de la apariencia de la persona en su sentido de sí mismo.

Las alteraciones de la experiencia corporal en alguna de estas dimensiones puede contribuir al desarrollo de diversos trastornos, como es el caso del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la Hipocondría, el transexualismo o los delirios somáticos. Todos estos trastornos se pueden entender desde la perspectiva de las alteraciones de la IC. Un claro ejemplo de esto es que la CIE-10 utiliza la misma categoría diagnóstica (Trastorno hipocondríaco) para referirse al TDC y a la Hipocondría. En ambos casos existe un cuerpo, un estado físico normal y sano, pero la imagen o la creencia que los pacientes tienen de su cuerpo (bien como objeto, bien como función) está alterada.

Por otra parte, las alteraciones de la IC, también están presentes, en distintos grados, en la llamada población normal. Este hecho no es de extrañar, ya que la IC es, como antes se ha comentado, un constructo subjetivo que va formándose a través de claves sociales y culturales. En

una cultura en la que, por una parte, se han implantado unos cánones de belleza que ensalzan la delgadez como la característica más valorada del aspecto físico, y por otra parte, la obesidad está estigmatizada, es lógico no sólo que haya aumentado la incidencia de los TA, sino que también en la población normal esté presente la insatisfacción con el cuerpo (Raich, 2000).

En 1985, un estudio llevado a cabo por la revista norteamericana *Psychology Today*, se encontró que dos de cada cinco mujeres y uno de cada tres hombres estaban insatisfechos con su apariencia. Estudios posteriores han encontrado que el 48% de las mujeres adultas tienen una valoración negativa sobre su apariencia, el 63% no estaban satisfechos con su peso y el 49 % estaban preocupadas por el sobrepeso (Cash y Henry, 1995). En estudios que han ido dirigidos tanto hacia hombres como en mujeres, se ha encontrado que el 55% de las mujeres y el 41% de los hombres se sentían insatisfechos con su cuerpo (Cash y col., 1985, 1986). Es más, en las actualizaciones de esos estudios, después de 25 años la insatisfacción con el propio aspecto ha empeorado en ambos sexos (Cash y Hrabosky, 2003).

La insatisfacción con el cuerpo se encuentra especialmente presente entre la población juvenil y adolescente (Crisp, 1985; Salmons, P.H., Lewis, U.J., Rogers, P., Gatherer, A.J.H., Booth, D.A. (1988). Un estudio llevado a cabo entre adolescentes que se encontraban en su peso normal indicaban que el 58% de las chicas y el 20% de los chicos se etiquetaban como “gordos” (Klesges, 1983). Hallazgos similares fueron encontrados por Levine, Smolak y Hayden (1994) ya que un alto porcentaje de chicas adolescentes, que estaban en su peso normal, se sentían gordas y que deseaban perder peso. De igual manera estudios llevados a cabo en Inglaterra, nos indican que chicos y chicas de 11 a 13 años muestran preocupación sobre la figura y la forma de sus estómagos (Salmons, et al., 1988). Incluso en estudios en los que se utilizan muestras preadolescentes, por ejemplo Seligman, Joseph, Donovan y Gosnell (1987), con 500 niños se encontró que la mitad de las chicas se consideraban en sobrepeso, cuando únicamente un 15% lo estaban y que el 31% de los niños de 10 años se sentían “gordos”.

Otro importante indicador del alto nivel de insatisfacción con el cuerpo que existe entre la población general, lo podemos ver en la cantidad de personas que están llevando a cabo operaciones de cirugía estética, dietas estrictas y practicas deportivas excesivas con el objetivo de modificar el cuerpo.

Como estamos viendo, las alteraciones de la IC no son una característica patognomónica de los TA, hay muchas otras formas de psicopatología que se expresan a través de sentimientos y actitudes hacia el cuerpo. Sin embargo fue Hilde Bruch (1962) la primera en postular que las alteraciones de la IC son una característica psicopatológica de la Anorexia Nerviosa. Ella se refería a esta alteración de la siguiente forma: “*la ausencia de preocupación sobre la delgadez, incluso*

cuando es extrema, y la fuerza y terquedad con la que su horrible apariencia es a menudo defendida como normal y correcta”(p.189). Actualmente existe acuerdo en afirmar que la alteración de la IC en los TA juega un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de los mismos, no obstante hay diferencias importantes a la hora de determinar qué características de las alteraciones de la IC son las centrales en los TA.

Durante los últimos años se ha planteado cierta controversia con respecto a la naturaleza específica de las alteraciones de la IC en los trastornos alimentarios, sobre todo al constatar que el fenómeno de la sobre-estimación del tamaño corporal, que se suponía característico de estos trastornos, no es un fenómeno ni consistente en la población clínica ni patognomónico de estos síndromes. De ahí que algunos autores (Smeets, 1997; Smeets, Smit, Panhuysen y Ingleby, in prees) hayan acabado por concluir que el fenómeno de las alteraciones de la IC es igualmente inconsistente. Sin embargo, tal y como señalan Hsu y Sobkiewicz (1991), detrás de esa afirmación se está haciendo equivalente a las alteraciones de la IC con “distorsión perceptiva”, y ello es erróneo. Estamos de acuerdo con Pruzinsky y Cash (1990) cuando afirman que la IC es un constructo multifacético: incluye percepciones, pero también pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal; tiene que ver con el yo, pero también está determinado socialmente; influye en el procesamiento de la información y también en el comportamiento. En este sentido, Sands (2000) indica la necesidad de conceptualizar a la IC en la línea original de Schilder (1935) como constructo multidimensional, y subraya que la combinación de medidas perceptivas y actitudinales (incluyendo elementos afectivos, evaluativos y auto-evaluativos y conductuales) es un mejor predictor de la tendencia a la delgadez y la presencia de una patrón alimentario alterado que cada una de esas medidas tomada aisladamente.

Cuando la IC está perturbada pueden aparecer alteraciones en la apreciación de la estimación del tamaño del cuerpo o de alguna de sus zonas, se puede experimentar ansiedad, insatisfacción o asco por tener la apariencia que uno cree tener, y la persona intentará hacer algo para conseguir sus objetivos y aliviar sus emociones. En este sentido, varios autores han considerado que una de las características distintivas de las personas con trastorno alimentario es la equivalencia que hacen entre cuerpo y valía personal. (Cash y Deagle, 1997; Vitousek y Hollon, 1990). Las personas con un trastorno alimentario y aquellas que están muy preocupadas con su figura, más que tener problemas con su cuerpo, lo que tienen son problemas en cómo representan, evalúan, sienten y viven su cuerpo. (Perpiñá, Botella y Baños, 2002).

Siguiendo a autores como Garfinkel y Garner (1981), Cash y Pruzinsky (1990) la postura más adecuada es considerar que las alteraciones de la IC es un fenómeno multidimensional que implica factores perceptivos, actitudinales y comportamentales.

1. Alteraciones en la percepción y valoración de las dimensiones corporales.

En esencia, los pacientes con TA sienten determinadas zonas o la globalidad del cuerpo como irrealmente grandes, desproporcionadamente gordas o que sobresalen del resto de su cuerpo. Por ejemplo, las pacientes se quejan de "verse" muy anchos los muslos o un estómago que sobresale mucho. Pese a haber algunas incongruencias entre los distintos estudios sobre la fiabilidad y la consistencia de la distorsión perceptiva en los TA, los datos indican que hay una mayor distorsión perceptiva en las pacientes con TA que en la población normal. En un meta-análisis llevado por Cash y Deagle III(1997) en el que se analizaban alrededor de 65 estudios sobre la imagen corporal, los resultados indicaban que los grupos clínicos de AN y BN sobrestimaban su tamaño corporal más que los controles, concretamente la distorsión perceptiva media encontrada en población clínica excedía el 73% de la de los controles. También se ha confirmado que las pacientes diagnosticados de AN, BN y Obesidad presentan una sobre-estimación de la anchura de su cuerpo, estando, a su vez, muy relacionada con la insatisfacción corporal (Slade,1985; Cooper y Taylor, 1988).

También hay que destacar que estas pacientes son incapaces de reconocer un estado de delgadez extrema, ni reconocen en su cuerpo la anormalidad de su peso. Bruch (1962) se refería a esto como "*distorsión de la conciencia del tamaño*". Una característica aún más llamativa, es la disociación entre ellas y su cuerpo cuando se miran en un espejo y sienten que "*yo no soy esa*". Además la paciente con TA únicamente se fía de sus propias percepciones y sentimientos de que se siente demasiado "gorda", no importa el peso que tenga, ni los comentarios que llevan a cabo personas cercanas a ella sobre su delgadez, es decir, estas pacientes no aceptan y desconfían de la información de los "otros". Por el contrario, utilizan una serie de reglas rígidas y extravagantes con las que se juzgan determinadas partes del cuerpo, haciendo comparaciones imposibles que mantienen la insatisfacción con el cuerpo. Por ejemplo "*cuando me siente, la parte interna de mis muslos nunca debe tocarse*" o "*debo ser capaz de colocar una regla en los huesos de mis caderas sin que toque mi abdomen*" (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

2. Actitudes, pensamientos y creencias sobre su cuerpo.

Las pacientes con TA presentan una gran insatisfacción con su cuerpo en general y, más concretamente, con determinadas zonas del cuerpo: caderas, muslos, tripa, nalgas, cintura, etc. Esta insatisfacción se expresa mediante pensamientos a cerca de que no les gusta esa parte del cuerpo,

que es fea, horrible, que es gorda o que está flácida. En muchas ocasiones este desprecio se transforma en un fuerte odio y asco hacia su cuerpo. Es decir, se desarrolla un patrón de pensamientos negativos automáticos hacia el cuerpo y la apariencia física que, a su vez, se mantiene por unos patrones conductuales de evitación y por errores cognitivos tales como son la sobregeneralización, el pensamiento dicotómico, la inferencia arbitraria, etc. (Cash, 1995). Estas creencias irracionales son quizá, el principal factor mantenedor de la alteración de la IC.

Si bien en la población normal también está presente la insatisfacción con el propio cuerpo, el meta-análisis llevado a cabo por Cash y Deagle III(1997) puso de manifiesto que, más aún que el grado de distorsión, lo que más diferenciaba a la población clínica (AN y BN) de los sujetos controles, eran las actitudes negativas hacia el cuerpo, es decir la insatisfacción con la apariencia global del cuerpo, con el peso y con la figura. Otro hallazgo adicional de este meta-análisis fue que con, respecto a la población clínica, las pacientes con BN presentan incluso más actitudes negativas hacia la IC que las AN (Cash y Deagle III,1997). Es decir, las bulímicas presentan una mayor insatisfacción con su cuerpo que las anoréxicas, tal vez debido a que la distancia entre el aspecto deseado y aspecto real es mayor en las pacientes bulímicas que en las anoréxicas.

Lo que llama la atención en los TA es la importancia de la apariencia física en la valoración global de la persona y en su autoestima (Raich, 2000). Las pacientes con TA piensan que el resto de las personas las valoran única y principalmente por su apariencia física, sin tener en cuenta otros de sus valores o atributos personales (Perpiñá et al., 2000). Ser delgada es el único aspecto importante en su autoconcepto; si ellas no están delgadas, esto demuestra que son débiles, perezosas, asquerosas, despreciables e incompetentes. Todas estas actitudes se pueden apreciar en la forma que toman los pensamientos que estos pacientes tienen sobre su cuerpo. Por tanto, aunque las pacientes con TA, no son las únicas que tienen una IC negativa y pensamientos negativos hacia su cuerpo, sin embargo, en ellas la preocupación por la apariencia les produce una mayor interferencia. Lo que distingue a los pacientes con TA de la población normal, en cuanto a actitudes negativas hacia su cuerpo, es el lugar central que tiene la figura y el peso en la evaluación global de si mismas (Cooper y Fairburn, 1987).

3. Alteraciones comportamentales.

Poseer una IC negativa conlleva un estilo de vida que implica un grado muy grande de autoconciencia sobre la apariencia física. Esto lleva consigo un patrón de evitación de situaciones que provocan malestar o ansiedad relacionadas con la apariencia física. Por otra parte, las personas que poseen una IC negativa también presentan conductas de seguridad u otros comportamientos que

son utilizados como defensa para salir “sanas” y “para poder soportar” las situaciones que producen malestar con la apariencia. Aunque estas conductas a corto plazo producen en las pacientes un alivio emocional, a largo plazo son mantenedores del problema de IC Negativa (Cash y Grant, 1995). Por tanto, podríamos hablar de dos tipos de conductas:

a) Conductas de Evitación. Según Cash (1995), el tener una IC negativa conduce a la evitación de determinadas prácticas (pesarse, llevar cierta ropa reveladora), de gente en particular (individuo atractivos) varios lugares (clases de gimnasia, piscinas y playas), ciertas posturas corporales (las que destacan más el defecto).

b) Patronos compulsivos, llamados “Rituales por la preocupación de la apariencia” y que según Cash (1995) habría que diferenciar:

Rituales que consumen mucho tiempo, en un esfuerzo perfeccionista para controlar, reparar o alterar la apariencia de uno, hasta que está conforme con la imagen ideal que persigue.

Rituales de comprobación, que incluyen el escrudiñarse delante del espejo, pesarse, buscar confirmación social del aspecto que tiene.

Estas conductas se van generalizando hasta formar un patrón de evitación de todos aquellos lugares que son generadores de ansiedad para la paciente, lo que llega a producir una gran interferencia en sus vidas

Resumiendo todos estos aspectos, podemos concluir que la sobrestimación perceptiva y la insatisfacción con el cuerpo están presentes tanto en la población general como en las pacientes con TA. Este hecho no hace más que resaltar el continuo existente entre la población general y los TA en dos de sus pilares fundamentales: por una parte, en la preocupación y las prácticas de dieta, y por otra, en la preocupación por la apariencia y el aspecto corporal. La existencia de esta dimensión de una IC negativa, no es impedimento para resaltar, como ya lo hiciera Bruch (1962), que las alteraciones de la IC son una característica psicopatológica básica de los TA, no por su exclusividad, sino por el grado y la forma en la que se manifiestan en estos trastornos.

3 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

3.1.-EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS TA.

El tratamiento de los trastornos alimentarios puede ser llevado en distintos dispositivos asistenciales en función de la gravedad del trastorno, como puede ser el Tratamiento ambulatorio, Hospital de día y Tratamiento hospitalario. Estudiando las revisiones sobre la eficacia de los distintos tratamientos de los TA podemos extraer las siguientes conclusiones:

a) En el caso de la Anorexia Nerviosa, el tratamiento hospitalario basado en la educación nutricional y la terapia conductual es efectivo para el aumento ponderal del peso.

b) Por otra parte, se ha visto que el administrar farmacoterapia no añade ningún beneficio en términos de ganancia de peso (Vandereycken y Meerman, 1984).

c) Respecto al tratamiento de la Bulimia Nerviosa, es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Fairburn, 1985) la que se ha mostrado como más efectiva. En una revisión de los estudios controlados con esta terapia podemos ver como la tasa media de reducción de las conductas purgativas es del 83,5% y de los atracones es del 79% (Fairburn y Wilson, 1998).

d) La TCC produce mejorías en las cuatro características principales de la Bulimia Nerviosa: atracones, conductas purgativas, dietas restrictivas y actitudes hacia el cuerpo y la figura. Además de producir una mejoría en la psicopatología específica, también produce una mejoría en la psicopatología general de las pacientes.

e) Por lo que respecta a su eficacia diferencial con otro tipo de intervenciones, los estudios indican (Wilson, et al., 1997) que La TCC, con respecto a la medicación antidepresiva (tricíclicos y fluoxetina) es superior a sólo medicación; la combinación de TCC con medicación es superior a sólo medicación y, finalmente, la combinación de TCC y medicación es modestamente superior a sólo TCC. Con respecto a otras formas de psicoterapia (terapia de apoyo- expresiva; terapia interpersonal (TI) y terapia comportamental), la TCC es superior en la reducción de atracones, conductas purgativas y actitudes hacia el cuerpo al finalizar el tratamiento. Los resultados en el seguimiento indicaron que las pacientes tratadas con terapia comportamental tuvieron altas tasas de recaídas, las pacientes en la condición de TCC se mantuvieron y las de la condición de TI siguieron mejorando en el seguimiento. Las diferencias en el patrón temporal entre la TCC y la TI sugieren, para estos autores, que cada tratamiento tiene efectos específicos aunque, probablemente, a través de distintos mecanismos (Pike, Devlin y Loeb, 2003). En definitiva, y citando a Fairburn y Wilson (1998, 2002) "*la TCC es significativamente más efectiva, o al menos tan efectiva, como cualquier forma de psicoterapia con la que se ha comparado*".

f) En cuanto a la psicopatología asociada a la BN, los estudios indican que la TCC no es el tratamiento de elección en el caso de la presencia de estados psicóticos, depresión grave, alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias. (Fairburn, Jones, Peveler, Hope, O'Connor, 1993): Por otra parte, la presencia de una pobre auto-estima y de trastornos de personalidad del cluster B son indicativos de pocas posibilidades de mejora. Sin embargo, como indica Wilson (1995), ello no quiere decir que se deje de utilizar. Lo que estos resultados nos ponen de manifiesto es que la TCC no está diseñada para recoger específicamente estos aspectos y, por tanto, habrá que completarla con otros enfoques o técnicas. En este sentido, recientemente Fairburn, Cooper y Safran (2002) han extendido la TCC para la BN a los temas de baja autoestima, relaciones interpersonales, el perfeccionismo y la regulación del afecto.

g) Respecto a la eficacia de la TCC en el caso de la AN no contamos con tantos estudios controlados como en el caso de la BN, aunque en todos ellos se demuestra una moderada eficacia en sus resultados (Vitousek, 2002). Sin embargo, dadas las similitudes que existen entre ambos trastornos, se suele considerar que este tipo de intervención también es útil en el caso de la anorexia (Pike et al., 2003).

h) Similares conclusiones se pueden aplicar con respecto a la intervención de la TCC al trastorno por atracón, ya que es eficaz en reducir la presencia de los episodios de atracones (Pike, et al., 2003)

En resumen, y dada la enorme importancia que está teniendo últimamente el tema de las terapias basadas en la evidencia o con apoyo empírico, podemos decir que la TCC es el tratamiento de elección sobre todo para el caso de las BN no complicadas con diagnósticos afectivos o de personalidad. Pero la TCC no es la panacea.. A pesar de la gran eficacia del tratamiento para la BN, son los propios autores los que comentan que su principal limitación es que hay una proporción significativa de pacientes que no responden totalmente al tratamiento. Aproximadamente, el 50% de las pacientes no eliminan los atracones y los vómitos. Del resto, algunas muestran una mejoría parcial, mientras que otras no obtienen ningún beneficio (Wilson y Fairburn, 1998). En un metaanálisis reciente (Lundgren, Danoff-Burg y Anderson, 2004) han puesto de manifiesto que cuando se realiza un análisis de la eficacia de la TCC para la bulimia nerviosa, desde una perspectiva del cambio clínicamente significativo, esta produce resultados mínimos o moderados. Donde mayor cambio clínicamente significativo se encontró fue en las variables más conductuales (atracones, vómitos y conductas restrictivas) sin embargo no se produjo un cambio clínicamente

significativo en las actitudes hacia la comida , hacia el cuerpo, ni en la autoestima (Lundgren et. al., 2004).

Para estos casos en los que las pacientes no acaban de beneficiarse de este tratamiento cabe la posibilidad de, o bien realizar otro tipo de intervenciones más focalizadas en el ritual del propio atracón, bien en extender la filosofía de la TCC a otros aspectos del trastorno que hasta ahora no se han trabajado de manera específica en el paquete TCC de tratamiento. Con respecto a la primera posibilidad, la técnica de la exposición y prevención de respuesta (Rosen y Leintenberg, 1982) estuvo de moda durante la década de los ochenta antes de que el grupo de Fairburn popularizara el programa TCC para BN. Sin embargo, después de los estudios realizados fundamentalmente por el grupo de Bulik , esta técnica no suele recomendarse ya que no añade ningún beneficio a la TCC y es muy compleja y aversiva para la paciente (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, 1998). Otra de las estrategias que se han aplicado es la de exposición a los indicios, estrategia derivada del mundo de las adicciones y aplicada a la BN por Jansen, Van den Hout, De Loof, Zandbergen y Griez (1989) con buenos resultados. Recientemente, esta técnica ha sido analizada en 6 pacientes que no habían tenido un buen resultado con tratamientos convencionales por Toro, Cervera, Feliu, Garriga, Jou et al. (2003) consiguiendo detener los episodios bulímicos en su totalidad y mantenido los resultados a los 2-3 años.

La segunda posibilidad, y es la ofrecida por los propios autores para mejorar los resultados de los tratamientos para los TA, sería extender algún componente de los mismos y esto es lo que se ha producido en el trabajo ya comentado de Fairburn y colaboradores (2002) trabajando específicamente aspectos tales como auto-estima o relaciones interpersonales. Nosotros pensamos que, dada la importancia de la imagen corporal, una de estas extensiones debería ir precisamente a convertir a las alteraciones de la IC en un objetivo central de la terapia y por tanto convertirlas en un componente sobre el que trabajar específicamente (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Varios estudios han puesto de manifiesto que, comparada con otras variables, la IC es uno de los factores de pronóstico más importante, tanto en el tratamiento de la anorexia como de la bulimia nerviosa. Rosen (1996) afirma que la restauración del peso y la reducción de la patología alimentaria no garantizan por sí mismas la disforia corporal. De todos los factores psicológicos que se piensan causan los TA, la insatisfacción con el propio cuerpo es el antecedente más evidente e inmediato, lo cual supone en terapia retar todo un complejo sistema de creencias que están muy imbricadas con los sentimientos de autovalía. De hecho, la persistencia de la insatisfacción corporal después del tratamiento de los TA es un predictor fiable de recaída en BN (Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993).

Un detalle en el que se ve la importancia que tiene la alteración de la IC en el mantenimiento de los TA, es lo que se observa en muchas pacientes que, en un momento del tratamiento parecen motivadas para iniciar su recuperación, pero encuentran dificultades para mantener un peso normal debido a la alteración de la IC, lo que impide el avance en el tratamiento (Garfinkel y Garner ,1981). Esta alteración de la IC fomenta el intenso miedo a ganar peso, y debido a esto, las pacientes se muestran muy sensibles a cualquier cambio en su cuerpo. Un comentario habitual en estas pacientes es que ven el resto de su cuerpo delgado y que les gustaría tener un peso mayor pero, sin embargo, no bajan la guardia y siguen perdiendo peso, porque esa zona corporal que no les gusta y todavía la “ven” grande y desproporcionada. En concreto en la población de anorexia nerviosa, Slade y Russell (1973) encontraron que las pacientes que habían finalizado con éxito el tratamiento, las recaídas que sufrían (en forma de pérdidas de peso) se relacionaban con la gravedad de la distorsión perceptiva corporal que todavía tenían en el momento del alta. En el caso de pacientes anoréxicas hospitalizadas, diversos autores (Bruch,1962; Button,1986; Strobe, Bowen y Preble, 1985) han puesto de manifiesto que la mejoría de las pacientes era sólo temporal a menos que se acompañara de un tratamiento para la mejora de la imagen corporal. Resultados similares se han encontrado en las pacientes con Bulimia Nerviosa. Por ejemplo, en los tratamientos ambulatorios, el número de pacientes que abandonan la terapia es considerable (37%). Este abandono es precipitado por el miedo a ganar peso, especialmente cuando la paciente tiene que ingerir alimentos prohibidos sin poder vomitar. Además, se ha encontrado que una mejoría en las medidas de IC conlleva una mayor reducción en los atracones y en los vómitos (Rosen, 1990). En otros estudios se ha encontrado que, de entre los pacientes que al final de la terapia estaban sin atracones y vómitos, la insatisfacción con el cuerpo era uno de los dos mejores predictores de recaídas a los 6 meses (Freeman, Beach, Davis y Solomon,1985).

Después de ver todos estos estudios y resultados, pensamos que hay suficiente evidencia para afirmar que las alteraciones de la IC pueden generar un desgaste del tratamiento y que la persistencia de estas alteraciones después de haber concluido cualquier tratamiento de los TA es un potente predictor de recaídas (Rosen,1997).

Es interesante preguntarse si los tratamientos de los que disponemos para los TA tienen algún efecto en la mejora de la insatisfacción con el cuerpo. En las revisiones de los tratamientos llevadas a cabo (Rosen, 1990) se puede ver que de los 75 estudios, la mayoría no evalúan ni tratan la IC y, en los que la IC es un objetivo de tratamiento, no se evalúa cómo afecta la terapia en la IC de las pacientes. Cash y Grant (1995) llegaron a la conclusión de que los tratamientos psicoeducativos para la BN, los tratamientos puramente conductuales, los tratamientos farmacológicos, la terapia interpersonal y la terapia psicodinámica no son eficaces para la mejora

global de la IC. De las últimas revisiones llevadas a cabo (Thompson, Heimberg y Clark, 1996) sobre la eficacia de los tratamientos de los TA, se puede ver que la mayoría de los estudios que utilizan una intervención cognitivo-conductual, han incluido un componente para el tratamiento de la IC. Sin embargo, la intervención es demasiado minimalista. En algunos casos se incluye información psicoeducativa dirigida a la comprensión de los factores socioculturales; en otros casos se utilizan procedimientos de reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales relacionadas con el peso o la figura. Por ejemplo, si operativizamos el tratamiento propuesto por el grupo de Oxford para la Bulimia Nerviosa y lo secuencializamos en sesiones de terapia, podemos comprobar que las sesiones dedicadas al tratamiento de la IC se quedan en 3 ó 4 como mucho (muy pocas si se quiere abordar el complejo constructo de imagen corporal alterada). En definitiva, algunos de los puntos de estas revisiones se pueden resumir en los siguientes:

- Hay pocos estudios que incluyan específicamente un componente de IC.
- Incluso en los estudios en los que la IC es uno de los objetivos de tratamiento, se le presta muy poca atención en terapia, puesto que sólo se dedica a la intervención de este aspecto una o dos sesiones.
- A los pacientes no se les asignan tareas para casa centradas en este componente.
- Cuando se incluye el tratamiento de IC, se suelen utilizar medidas de cambio limitadas a una única escala de insatisfacción con la figura/peso. Esto es ignorar la naturaleza multidimensional del constructo de IC (Cash y Pruzinsky, 2002)
- No se valora la significación clínica de los cambios obtenidos en el tratamiento.
- Se han realizado muy pocos estudios con componente de IC en anoréxicas (la mayoría se ha realizado con pacientes bulímicas).
- El foco fundamental del tratamiento ha sido la regulación de la comida y el peso, lo cual no garantiza normalizar la IC.

A ello hay que añadir que en una publicación muy reciente (véase Cash y Hrabosky, 2003) los autores siguen afirmando “*hasta donde nosotros sabemos, no hay ningún estudio que haya comparado hasta ahora TCC con y sin un componente de tratamiento de IC en pacientes con AN y BN*” p. 520). Este es en definitiva uno de los objetivos de la presente Tesis.

En definitiva hay pocos trabajos que aborden con profundidad el tema del tratamiento de la IC en los TA; de los pocos que hay, éstos tienen importantes limitaciones metodológicas (no disponen de grupos control, no utilizan medidas adecuadas de IC, no describen con precisión el tipo de intervención que se realiza sobre la imagen corporal) por lo que es difícil extraer conclusiones

claras de estos trabajos (Rosen,1996). Dada la importancia que tiene la alteración de la IC en el inicio y el mantenimiento de los TA, pensamos que si no se lleva a cabo su tratamiento de manera directa y considerándolo como un objetivo principal de la terapia, es improbable que se obtenga el grado de mejoría, clínicamente significativo y necesario para el buen pronóstico de los TA. Como veremos en apartados posteriores, nosotros hemos realizado algún trabajo en este sentido (Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero 1999), cuyo objetivo fue poner a prueba la eficacia de técnicas de realidad virtual en la evaluación y tratamiento de la IC en los TA y que consistía en ser el primer estudio controlado en el que se aplicaba la intervención de IC a un grupo de pacientes con TA, obteniendo muy buenos resultados.

4.-TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.

Revisando la literatura sobre los tratamientos de las alteraciones de la IC nos damos cuenta de que antes de la década de los 80 se podían encontrar muy pocos estudios sobre la eficacia de estos tratamientos. A diferencia de lo que ocurre en los TA, en el trastorno en el que sí se ha trabajado las alteraciones de la IC, es el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Los tratamientos cognitivo conductuales para el tratamiento del TDC que se centran en modificar los pensamientos negativos sobre la IC, la exposición a situaciones evitadas relacionadas con la IC y la eliminación de conductas de comprobación, son eficaces para la eliminación del TDC y mejorar las alteraciones de la IC (Rosen, Orosan y Reiter, 1995). Otra población en la que se ha abordado el estudio de los tratamientos para la mejora de la imagen corporal ha sido la población de personas obesas. Los tratamientos cognitivos conductuales compuestos por: psicoeducación de la imagen corporal, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, realización de actividades positivas sobre la IC, inoculación del estrés y prevención de recaídas, son eficaces para la mejora de la IC en esta población (Rosen, Saltzberg y Srebnik, 1989). Al finalizar el tratamiento, la satisfacción, las actitudes y la valoración del propio cuerpo son más favorables; los pacientes le dan menos importancia a la apariencia y se reduce la cantidad de pensamientos disfuncionales sobre la misma. Estos cambios se mantuvieron en los seguimientos.

Los TCC de la IC han demostrado su eficacia para mejorar los aspectos cognitivos, afectivos, perceptivos y conductuales de la IC (Butters y Cash,1987; Cash y Grant, 1995; Cash y Lavall, 1995; Dworkin y Kerr,1987; Raich y col.,1997; Rosen, et. al. 1989;).

Los programas de tratamiento para las alteraciones de la imagen corporal que aquí se presentan son las formulaciones originales (Cash y Grant,1995; Rosen, 1997) de las que nosotros hemos ido adaptado nuestro propio programa (Perpiñá, et al., 2000) que se comentará con más detenimiento en el apartado de método de este trabajo. El primero es la TCC para la IC negativa desarrollada por Butters y Cash (1987). El programa estaba dirigido a una población subclínica que presentaba alteraciones de la imagen corporal. El tratamiento se realizó de manera individual a lo largo de seis semanas. Las sesiones fueron de una hora de duración y gran parte de las sesiones se aplicaban mediante cintas de audio y apoyadas por manuales del contenido de la sesión. Los contenidos fundamentales de las sesiones eran psicoeducación, técnicas de desensibilización sistemática tanto en imaginación como en vivo, técnicas cognitivas (errores cognitivos, Beck, 1976), técnicas de dominio y placer relacionadas con el cuerpo; técnicas de inoculación del estrés (Meichenbaum, 1985) y estrategias de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon,1985).

En un trabajo llevado a cabo por Cash y Grant (1995) en población subclínica se estudió la eficacia de este tratamiento. Había dos condiciones: autoayuda mediante cintas de audio con un contacto mínimo con el terapeuta, y terapia grupal. Los resultados mostraron una mejoría significativa en ambas condiciones en las medidas de satisfacción con el cuerpo, así como una reducción en la evaluación negativa de la IC y de las situaciones sociales evitadas.

El segundo programa fue desarrollado por Rosen, Saltzberg y Srebnik (1989). Este fue originariamente elaborado para el tratamiento de la IC negativa en una población normal (estudiantes universitarios sin TA) pero con puntuaciones altas en medidas de IC negativa. El formato de la terapia es grupal. Las sesiones se apoyaban con manuales de tratamiento que contenían lecturas y ejercicios terapéuticos. El tratamiento estaba estructurado en seis sesiones de dos horas cada una. En este caso, el contenido de las sesiones era muy parecido al programa anterior: psicoeducación; ejercicios de estimación y corrección de la propia figura y el peso; técnicas cognitivas (reestructuración de los pensamientos automáticos negativos y utilización de registros); técnicas de exposición in vivo a situaciones relacionadas con el malestar con la IC y prevención de recaídas.

Los resultados de la aplicación de este tratamiento a una población subclínica fueron los siguientes (Rosen, Saltzberg, Srebnik 1989): la TCC se mostró más efectiva que la terapia no directiva en la mejora de cambios en la IC, se produjo una mejoría clínicamente significativa de las alteraciones de la imagen corporal, la mejoría se reflejó en las tres dimensiones de la IC (perceptiva, cognitiva y conductual) .

Más recientemente se han realizado otros estudios con población subclínica insatisfecha con su propio cuerpo que incluía técnicas TCC aplicadas a la IC (Cash y Strachman , 2002; Fisher y Thompson, 1994; Grant y Cash, 1995) con buenos resultados comparados con biblioterapia, estrategias de auto-ayuda o ejercicio.

Viendo los resultados antes comentados, podríamos decir que la TCC para la mejora de la IC ha resultado eficaz en la reducción de la insatisfacción con el cuerpo en pacientes con TDC o poblaciones sin TA. Pensamos, al igual que otros autores (Cash, 1996; Rosen,1997; Cash y Hrabosky, 2003) que estas técnicas de terapia pueden utilizarse para modificar las alteraciones de la imagen corporal en los TA.

Ahora bien, ningún estudio, que nosotros conociéramos, se había dirigido al tratamiento de la IC en los TA usando la TCC propuesta por Cash y Butters (1987) y Rosen, Salzberg y Srebnik (1989) a pesar del apoyo empírico que estos programas habían recibido. Por tanto, consideramos que era importante adaptar y comprobar cuál sería el efecto de este tratamiento, no sólo en las alteraciones de la IC, sino en la psicopatología general de estos trastornos. Esto es parte de lo que hicimos en un

estudio previo (Perpiñá et al., 1999) que, adaptando los programas de Cash y Rosen ya comentados bajo la condición de “técnicas tradicionales”, pusimos a prueba en pacientes que estaban recibiendo tratamiento por su trastorno alimentario (la otra condición estaba apoyada con técnicas de realidad virtual como se discutirá más adelante). Todas las pacientes al finalizar el tratamiento de imagen corporal mejoraron, no sólo en diversas dimensiones de sus alteraciones de IC, sino también en su psicopatología alimentaria y psicopatología asociada. Además esta mejoría siguió progresando a los seis meses (Marco, 2000) y a las doce meses de seguimiento (Perpiñá, Marco, Botella., Baños, Mahiques, Fabra, García-Palacios y Gallardo (2000). Un análisis más pormenorizado de estos resultados se analizaron a través de dos estudios de caso (Perpiñá., Baños, Botella y Marco, 2001; Perpiñá, Marco; Botella, y Baños, 2003). En los que pudimos analizar en profundidad el impacto de la mejora de la IC en cada una de estas pacientes.

5.-REALIDAD VIRTUAL.

5.1.-CONCEPTO DE REALIDAD VIRTUAL.

Desde la época más remota, el hombre ha ido creando herramientas con el objetivo de conocer su mundo y a él mismo. Desde la invención de la rueda hasta los actuales transbordadores espaciales, todo lo que ha movido al hombre ha sido el interés por conocer, descubrir y, al fin y al cabo, comprender este complejo mundo en el que vive y del que él forma parte. La Realidad Virtual (RV) es una tecnología innovadora, producto de un gran trabajo multidisciplinar, que podríamos situar entre la televisión y los ordenadores. Se podría entender con un paso más en la evolución del hombre en el desarrollo y manejo de esas herramientas (Perpiñá, Botella y Baños,1997).

Técnicamente, se trata de una nueva interfaz para la interacción hombre-ordenador, integrada por un *Joystick*, ratón o guante como elemento de entrada, y un casco (*Head Mounted Display*) capaz de una de una animación gráfica en tiempo real, como elemento de salida. Pero como dicen Perpiñá et al., (1997) “*una de las cosas que nos interesa enfatizar es que la RV es, sobre todo, una experiencia mental que nos lleva a creer que se está ahí, que se está presente en el mundo virtual...*”. La RV permite crear un ciberespacio en el que es posible interactuar con cualquier objeto o cualquier ser (Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998).

Si echamos la vista hacia atrás, la primera generación de sistemas de RV era un campo acotado para grandes industrias o centros de investigación, en los que el alto coste de los sistemas estaba justificado. En la actualidad, esta tecnología ya está al alcance de un grupo mayor de personas y se espera que a corto plazo, al igual que está ocurriendo con toda la tecnología informática, pueda ser accesible a todo el mundo (Botella et al., 2004). Por todo esto, una vez que la RV se ha convertido en una herramienta de la que se conoce su funcionamiento, sus posibilidades y se hace más asequible, se está planteando ya como un medio para solucionar problemas reales que están patentados en numerosas ciencias, entre ellas la psicología y la medicina.

5.2.-REALIDAD VIRTUAL Y LOS TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS.

La utilización de la RV para los tratamientos psicológicos, nos proporciona un marco que terapéuticamente es muy útil. En este nuevo marco para la terapia se pueden fusionar muchos de los factores, herramientas y técnicas que clásicamente se han propuesto como necesarios para el buen hacer en la terapia. Botella y cols. (2004) inciden que los puntos en los que la RV podría aportar mejoras a la terapia son:

1.- Se crea una situación de terapia en la que hay un ambiente especial y protegido, en el que el paciente puede empezar a explorar, experimentar y hacer determinadas cosas que son centrales para su tratamiento.

2.-Este “nuevo mundo” ajustado al paciente, hace que se active todo aquello que autores como Korchin y Sands (1983) consideran como procesos terapéuticos específicos: el *arousal* emocional, el aprendizaje, la autoexploración y comprensión, la comprobación de la realidad, la práctica y el ensayo, el dominio y las experiencias de éxito.

3.-Es muy importante y necesario en la terapia que el paciente pueda actuar sin sentirse amenazado. El terapeuta puede hacer ver al paciente, que él puede acercarse, tocar, coger o interactuar con esa situación o ese objeto que es tan amenazador para él, de una manera segura, ya que eso que tanto teme que ocurra no va a ocurrir y si ocurre, no va a suceder nada. Ante este escenario virtual, se evocan pensamientos emociones y el paciente puede explorar libremente sus miedos, acercarse y descubrirlos.

4.-Otro punto importante relacionado con el espacio seguro de la terapia, es que en la RV el ritmo del afrontamiento o de la exposición a los temores del paciente, están controlados por el propio paciente, sin lugar a que ocurran acontecimientos inesperados, que son imposibles de controlar en el mundo real.

5.-La RV nos permite un afrontamiento gradual de las situaciones temidas, se puede graduar la situación de manera que se va avanzando desde ejecuciones más sencillas a otras más difíciles. Poco a poco, a partir del conocimiento y el dominio de las interacciones con las diversas partes del mundo virtual podrá enfrentarse y dominar el mundo real.

6.-La RV puede servir como una fuente de información sobre la eficacia personal, ya que sin dejar la consulta, se pueden diseñar contextos para asegurar el éxito al enfrentarse con su “miedo” y también se pueden plantear dificultades, retos o fracasos ocasionales, que puedan ser vencidos por el paciente. Nos da la oportunidad de ir generando en el paciente expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977) ante los problemas que tiene, de manera que llegue a superarlos en el mundo real. Cuanto más distintas y numerosas son las circunstancias a las que la persona se enfrenta y consigue dominar, mayor será la probabilidad de que las experiencias de éxito den lugar a incrementos en la sensación de autoeficacia personal.

7.- Con la RV, no hará falta esperar a que se produzcan los acontecimientos en el mundo real ya que se podrán generar con el *software* y con ello poder tener un mejor control que con la utilización de la imaginación o el juego de roles.

8.-Las posibilidades de entrenamiento del paciente únicamente dependerán de su interés. Es decir, el paciente podrá trabajar todo lo que quiera (o cuanto necesite) sobre un tema determinado, potenciando de esta manera los resultados de la terapia.

9.-Nos ofrece la posibilidad de obtener los distintos tipos de conocimiento: declarativo, de procedimientos y episódico ya que cuando aprendemos con la RV nos sentimos experimentadores de esos acontecimientos (Perpiñá, Botella y Baños,1997).

11.-La RV, permite ir más allá de la realidad, es decir, es lo suficientemente flexible como para permitir diseñar una serie de contextos en los que el paciente puede afrontar, no sólo lo que teme, sino distintos aspectos mucho más amenazadores y subjetivos, que no existen en la realidad.

Por otra parte, la RV tiene otras ventajas adicionales frente a algunos procedimientos de tratamiento, como por ejemplo, la exposición tanto en imaginación como en vivo: permite un control estimular total, favorece la confidencialidad, evita los imprevistos, posibilita acomodarse al ritmo del paciente, amén de ser una oportunidad para aquellas personas que se niegan en rotundo a someterse a una exposición in vivo por resultarles demasiado amenazadora (Perpiñá et al., 2003)

Todas estas propiedades han hecho que la RV se haya extendido como herramienta de evaluación e intervención en diversas áreas de la salud: en la intervención con quemados y dolor (Hoffman, Garcia-Palacios, Patterson, Jensen, Furness y Ammons, 2001; en cáncer (Oyama, 1998) en rehabilitación de niños autistas (Iman, Loge y Leavens,1997); en el trabajo de la conciencia espacial en niños con daño cerebral y trastornos psicomotores (Foreman, Wilson y Stanton, 1997) y en el del tratamiento de diversos los trastornos mentales, fundamentalmente en el de los trastornos de ansiedad.

No es por casualidad que la RV se haya extendido fácilmente en el campo de los trastornos de ansiedad dada la versatilidad de esta tecnología para convertirse en estrategia de exposición. La RV es capaz de evocar y provocar las mismas reacciones emocionales en la persona que en aquella situación que teme o le produce ansiedad (Perpiñá,, Marco, Botella y Baños, 2003). Tal y como indican North, North y Coble (1998), cada persona lleva consigo sus antecedentes, sus experiencias, sus conocimientos, su historia... a la experiencia en realidad virtual. Las personas reaccionamos de manera distinta a la misma realidad “objetiva”. Tal vez este sea el elemento clave para la terapia puesto que, aunque hagamos exposición “in vivo”, con lo que estamos trabajando no es con la situación “real”, sino con la representación que el paciente tiene de esa situación (Perpiñá et al., 2003). En este sentido, hay que mencionar las aplicaciones que se han desarrollado en: Fobia a las arañas (García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002), Acrofobia. (Emmelkamp, Krijn, Hulsbosch, de Vries, Schuemie y van der Mast (2002), Fobia a volar (Baños, Botella, Perpiñá y. Quero, 2001; Baños, Botella, Perpiñá, Alcañiz, Lozano, Osma y Gallardo, 2002), Claustrofobia

(Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000), Pánico y Agorafobia (Moore, Wiederhold, Wiederhold y Riva 2002; Botella, Baños, Quero, Perpiñá, García-Palacios, Villa y Guillen, 2002; Botella, Baños, Villa, Guillén, Jorquera, Fabregat y Gallego, 2003), Fobia social. (p., ej., Lee, Ku, Jang, Kim, Choi, Kim y. Kim, 2002) y Estrés Postraumático. (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y. Alarcon, 2001).

Como vemos, la RV no sólo ha sido capaz de recrear con éxito situaciones que ayuden a activar el significado que el paciente tiene de las mismas, sino que también puede re-crear imágenes mentales per se (Perpiñá et al., 2002). ¿Qué es lo que puede aportar al campo de los trastornos alimentarios?.

5.3.-APORTACIONES DE LA REALIDAD VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Como hemos comentado anteriormente, la RV es una herramienta que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos. Un aspecto de los trastornos alimentarios en el que puede ser también eficaz es en el tratamiento de la IC. Hay varias razones para pensar que la RV es útil en el tratamiento de la IC en los TA.

La IC es un constructo mental difícilmente objetivable, la gran aportación de la RV es la capacidad de concretar y mostrar, a la paciente y al terapeuta, ese constructo mental. Como hemos comentado previamente, es necesario tener en cuenta todos los aspectos de la IC tanto en la evaluación como en el tratamiento de sus alteraciones. Hasta la fecha podíamos valorar las actitudes hacia el cuerpo, los pensamientos relacionados con el cuerpo y las emociones que éste evoca. La RV nos permite, por una parte, tener una visión de la IC del cuerpo de la paciente de manera global y en tres dimensiones, y por otra parte, una estimación del tamaño de las principales partes del cuerpo con las que la paciente se siente insatisfecha. Mediante la corporización en tres dimensiones de la IC de los pacientes, se puede empezar a evaluar, cuestionar y tratar mediante técnicas psicológicas esta alteración de la IC. Las terapias que se han mostrado eficaces para el tratamiento de la IC han sido las cognitivo-conductuales, las cuales abarcan toda la complejidad del constructo de la IC, ya sean pensamientos, conductas o emociones. Una vez las suposiciones o las creencias que median las alteraciones de la IC han sido descubiertas se pueden abordar mediante la terapia cognitiva, sin embargo para muchas personas, un paso necesario para abordar sus creencias es la distinción entre la creencia y la percepción. Usando la RV el terapeuta puede demostrar que lo que a los pacientes les parece una percepción (“sentirse gordos”, “estoy gordo”) realmente no lo es, sino

que lo que tienen son unas creencias y pensamientos negativos sobre su cuerpo, que están muy interiorizados, que a su vez están mantenidos por comparaciones y conductas que llevan a la persona a tener una IC negativa. Una vez esto ha sido entendido, se abre la puerta a que sus creencias individuales, pensamientos negativos y conductas que mantienen la IC negativa puedan ser cambiadas (Riva, Wiederhold, Molinari, 1998).

Es decir, la RV nos ayuda a ofrecer y mostrar a los pacientes los aspectos centrales del trastorno de la IC, y nos permite combatirla directa y frontalmente. La tecnología de la RV es capaz de representar una figura corporal en tres dimensiones en un sistema inmersivo, es decir, la persona siente que “está ahí” modelando su propio cuerpo y enfrentándose a él. Este método, además, es capaz de combinar varias de las dimensiones de la IC: se puede evaluar el cuerpo en su totalidad y por zonas; el cuerpo se puede ubicar en diferentes contextos (p.ej., en la cocina, antes de comer, después de comer, frente a personas atractivas, etc.) se puede realizar tests conductuales en dichos contextos, y permite combinar distintos índices de discrepancia con respecto al peso y a la silueta (real, subjetivo, deseado, saludable, como cree que otra persona la ve) (Perpiñá et al., 2003)

La RV nos permite integrar distintos tipos de técnicas de terapia. En un escenario de RV se puede integrar la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el *role playing*, la exposición, la exposición con prevención de respuesta, las pruebas de realidad, podemos trabajar la conciencia de enfermedad y además en el mismo escenario, podemos utilizar técnicas visuales como puede ser contrastar el tamaño de la imagen corporal negativa con la imagen real del cuerpo, comparar la imagen deseada con el aspecto real. Este último, es otro aspecto en el que la RV puede ser de mucha utilidad en el tratamiento de los TA, es decir, el hecho de que las pacientes puedan ver distintas versiones de su cuerpo. De entre ellas, una que pensamos que será importante, es la visión de su cuerpo teniendo un peso saludable. Muchas de las pacientes con TA no aumentan de peso, porque tienen la creencia irracional, de que si no se mantiene su peso en los límites muy bajos, ellas se convertirán en personas obesas. Sería de gran ayuda, y reduciría la ansiedad a aumentar de peso, el hecho de que puedan ver su aspecto corporal estando en su peso saludable. Esto claro está, hasta ahora solo se podía trabajar con la imaginación guiada (con todas las limitaciones que conlleva).

La primera experiencia en el tratamiento de la imagen corporal en población no clínica mediante técnicas de RV fue llevada a cabo por Riva, Melis y Bolzoni (1997) (THE VIRTUAL BODY PROJECT –VEBIM: Virtual Environments for Body Image Modification-). Posteriormente, este mismo equipo (Riva, Baccheta, Baruffi, Rinaldi y Molinari, 1998) aplicó estos ambientes virtuales a una paciente anoréxica y, pese a no ser un estudio controlado, sus resultados fueron muy esperanzadores. La aparición de esta nueva herramienta en el campo de la salud mental nos hizo considerar sus ventajas de aplicación ya que permitía apresar algo tan subjetivo como es la IC. A

través de la RV se posibilita a la persona, por un lado, modelar y “corporizar” su imagen corporal, por otro, permite “comunicarlo” y hacerlo conocer al terapeuta y, finalmente, la persona se puede enfrentar cara a cara con su representación mental (Perpiñá et al., 2003).

Sin embargo, dada la novedad de este tema, todavía había muchos aspectos que estudiar: se requería un estudio controlado utilizando muestras clínicas de TA; se debería tener en cuenta no únicamente la silueta global, sino también áreas corporales específicas. También era necesario introducir otros índices de discrepancias, no sólo centrarse en la imagen corporal e imagen real, sino que sería muy importante tener en cuenta la figura deseada, subjetiva, real y saludables. Finalmente, habría que realizar un estudio comparativo entre la eficacia de la aplicación de la RV y el tratamiento tradicional de IC. Ese fue el propósito de nuestro primer trabajo en esta área que pasamos a comentar a continuación.

En dicho estudio (Perpiñá, et al., 1999), realizado con pacientes que padecían bien de AN, bien de BN según criterios del DSM-IV (APA, 1994), y cuyo objetivo era probar la eficacia diferencial del componente de RV frente a las técnicas “tradicionales” de imagen corporal. El tratamiento consistió en un programa cognitivo comportamental apoyado con una aplicación de RV para el tratamiento de las alteraciones de la IC en los TA (Perpiñá, et. al. 1999) que a continuación paso a comentar.

Para este trabajo se diseñaron dos condiciones experimentales:

a) *Condición TICRV* (Tratamiento de la Imagen Corporal con Realidad Virtual) en la que habían dos componentes: la adaptación de los programas de Cash (1996) y Rosen (1997) para la IC. Este componente constaba de 8 sesiones de tratamiento de 3 horas de duración cada una, con una frecuencia semanal y se llevó a cabo en formato grupal. El segundo componente fue una Aplicación de RV para el tratamiento de las alteraciones de la IC en los TA (Perpiñá, et. al. 1999). Este componente constaba de 6 sesiones de tratamiento de 1 hora de duración, con una frecuencia semanal y se realizó individualmente.

b) *Condición TICE* (Tratamiento de la Imagen Corporal Estándar) en la que habían dos componentes: la adaptación de los programas de Cash (1996) y Rosen (1997) para la IC que se aplicó de la misma forma que en la condición anterior. El segundo componente fue un entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva, durante 6 sesiones de 1 hora de duración, con una frecuencia semanal y de manera individual. El objetivo de añadir el componente de relajación fue para controlar la variable nº de sesiones recibidas, de manera que las dos condiciones experimentales recibieron la misma cantidad de sesiones de terapia. Los resultados nos indicaron que tras el tratamiento, todas las pacientes habían mejorado significativamente, pero más

importante, las pacientes que fueron tratadas mediante técnicas de RV mostraron una mejora significativamente mayor en variables de psicopatología general (como depresión y ansiedad), en variables de psicopatología alimentaria (fundamentalmente en los aspectos bulímicos) y en las variables específicas de IC (mayor satisfacción con su cuerpo, menor evitación de mostrar su cuerpo en situaciones sociales, menos pensamientos y actitudes negativas hacia el cuerpo, menos miedo a pesarse, a pesarse después de comer, y a alcanzar su peso saludable). Por otra parte, se redujeron sus índices de discrepancia entre el peso subjetivo y el peso real, y el peso deseado estaba más cercano al peso saludable. Otro dato a destacar es que confirmamos, algo que es patente en la práctica clínica, que el hecho de recibir igual número de sesiones de terapia no aportaba nada al resultado del tratamiento, pensamos que en un problema tan complejo como son los TA, el número de sesiones no era relevante, sino que lo determinante es el contenido de las sesiones de tratamiento (Perpiñá, 1999; Marco, 2000). En definitiva, en este estudio comprobamos que las técnicas de RV eran útiles en los trastornos alimentarios, ya que abordaban más directamente la IC que las técnicas tradicionales. Además, estos resultados no sólo se mantuvieron, sino que en la mayor parte de las variables evaluadas, la mejoría siguió progresando a los seis meses (Marco, 2000) y a las doce meses de seguimiento (Perpiñá, Marco, Botella, y Baños (en prensa).

El desarrollo de estas estrategias aplicadas a población clínica se ha ido extendiendo también a pacientes con otras patologías alimentarias. En este sentido, se han obtenido similares resultados aplicando una terapia cognitiva combinada con RV en el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes con trastorno por atracón y obesidad (Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi, Vincelli y Molinari, 2000; Riva, Bacchetta, Baruffi, Cirillo y Molinari, 2000). Este grupo de investigación comienza incluso a denominar su paquete de tratamiento “Terapia Cognitiva Experiencial” (ECT: Experiential Cognitive Therapy), un tratamiento de inspiración cognitivo-comportamental, apoyado por técnicas de RV aplicado a pacientes con trastornos alimentarios y obesidad. La ECT integra la tecnología VEBIM con consejo nutricional, ejercicio, y medicación en los casos que lo requiere.

Esta metodología de trabajo se acabó articulando en un proyecto de investigación que agrupó, entre otros, a nuestro grupo con este grupo italiano, dando lugar a al VEPSY UPDATED (Telemedicine and Portable Virtual Environment in Clinical Psychology), proyecto de la Comunidad Europea (IST-2000-25323, <http://www.cybertherapy.info>), cuyo objetivo general es desarrollar diferentes soluciones informáticas –estrategias de realidad virtual, internet y telesalud– útiles en la clínica, concretamente en evaluación y tratamiento de la fobia social, trastorno de

pánico, trastornos sexuales masculinos, y trastornos alimentarios y obesidad (Riva, Alcañiz, Anolli, Bacchetta, Baños, et al., 2001; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2001).

A partir de este proyecto e, se ha creado una versión actualizada del VEBIM, pasándose a denominar VREDIM (Virtual Reality for Eating Disorders Modification) siendo este entorno virtual el que se usa en la terapia cognitiva experiencial. En este momento se están realizando diversos ensayos clínicos bien con población de trastorno por atracón (Riva, Bacchetta, Baruffi y Molinari, 2002), bien con obesos, y con diversos trastornos alimentarios (trastorno por atracón, BN y no especificado) (Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004). Los resultados indican que los pacientes tras finalizar el tratamiento se encuentran libres de episodios de atracones o de comer en exceso, así como más mejorados en su satisfacción corporal. Por otra parte, los pacientes informaron de una mayor auto-eficacia y motivación al cambio a lo largo de la intervención. Además, en este último estudio (Riva et al., 2004) se puso a prueba esta metodología comparada con otras formas de intervención (la terapia cognitivo-experiencial –ECT- frente a TCC, grupo de consejo nutricional y grupo lista de espera). Aunque los resultados son aún preliminares se observa una tendencia a que en los pacientes tratados en la condición ECT (que incluye técnicas de RV) se observaba una mayor aceptación de su IC, asociada a una reducción de las conductas problemáticas alimentarias y sociales.

Por último, mencionar las revisiones que se están realizando en revistas especializadas en TA sobre la aplicación de la RV en la evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. Uno de ellos ha sido realizado por nuestro propio grupo a petición de los editores (Perpiñá, Botella y Baños, 2003) o, por mencionar uno muy reciente (Myers, Swan-Kreimer, Wonderlich, Lancaster y Mitchell, 2004) dentro del contexto de las intervenciones de los TA usando nuevas tecnologías, y que van haciendo que los clínicos, sean investigadores o no, se familiaricen con estas estrategias y con estas formas de trabajar.

Todo este conjunto de datos afianza la eficacia de las técnicas de RV frente a las estrategias “tradicionales”, sobre todo en el tratamiento de las alteraciones de la IC, que ha sido el aspecto más trabajado en la mayor parte de estos estudios. Pero además, a lo largo de nuestra experiencia, además de aportar datos estadísticos de esa eficacia diferencial, podemos ir desmenuzando razones de porque estas estrategias ayudan al proceso de cambio de la paciente. Es decir, ¿Con qué ventajas cuenta la RV para abordar más directamente el fenómeno de la imagen corporal? (Perpiñá et al., 2002).

La RV permite apresar algo tan subjetivo como es una imagen mental. Posibilita a la persona, por un lado, modelar, plasmar y “corporizar” su imagen corporal, por otro, permite “comunicarlo” y

a su terapeuta y, finalmente, se da la oportunidad de que la persona se enfrente cara a cara con su representación mental.

En segundo lugar, la RV facilita concretar y mostrar aspectos centrales de la imagen corporal como son sus aspectos “perceptivos”, cognitivos, emocionales y comportamentales, ofrecidos además en un contexto significativo.

En tercer lugar, hemos podido observar que las pacientes aceptan con mayor prontitud la evidencia de que están distorsionando la realidad, ya que es el sistema informático quien se lo señala y demuestra. Es decir, la frialdad del sistema informático se convierte en un importante aliado para el terapeuta: el ordenador no miente, es un juez objetivo. Esta propiedad contrasta con la desconfianza típica de estas pacientes ante los comentarios de los demás.

En cuarto lugar, incrementa la motivación para el tratamiento. Uno de los escollos en el tratamiento de los trastornos alimentarios es la baja motivación de las pacientes en los procedimientos terapéuticos, y sobre todo, al cambio. En este nuevo marco de intervención, las resistencias disminuyen y la motivación a la terapia se incrementa.

En quinto lugar, prepara el camino para la vida real. El hecho de poder enfrentar, practicar, y comentar sus miedos en este ambiente protegido, hace que las pacientes se atrevan a seguir explorando el mundo más allá de los gráficos del ordenador. Así, hemos encontrado pacientes que hacía años que no habían comido un trozo de pizza, o no se ponían determinada ropa hasta que lo hicieron virtualmente, para poco después comenzar a practicarlo e integrarlo en sus vidas cotidianas, tal y como hemos analizado en los estudios de caso que hemos realizado (Perpiñá et al., 2001; 2003)

En resumen, las características de esta herramienta parecen que encajan bastante bien con los requerimientos terapéuticos de estos trastornos tan complejos. Además de las experiencias corporales, estos trastornos suelen requerir un incremento en el sentido de auto-eficacia y en la motivación para el cambio. Por tanto, consideramos que la RV es una técnica eficaz para trabajar IC. y por ello la incorporamos rutinariamente en el paquete terapéutico para el abordaje de la IC (Perpiñá et al., 2000).

III.- MARCO EXPERIMENTAL

En un trabajo previo (Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero; 1999) nuestro grupo comprobó que el tratamiento de las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) en los Trastornos Alimentarios (TA) es más eficaz cuando se apoya en técnicas de Realidad Virtual (RV) que cuando únicamente se utiliza el tratamiento clásico. De acuerdo con esta línea de investigación el siguiente paso fue, comprobar si en el tratamiento general de los TA es necesario abordar de manera directa y específica las alteraciones de la IC, resultando una mejoría mayor que si no se aborda directamente la IC.

1.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El objetivo general de esta tesis es realizar un estudio controlado en el que se pueda comparar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para los Trastornos Alimentarios (TA), con la TCC para los TA incluyendo un componente específico de IC a través de técnicas de Realidad Virtual.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

1.-Adaptación y ampliación del programa de TCC para los TA con un componente específico para la intervención de las alteraciones de la IC.

2.-Comparar la eficacia diferencial entre la TCC para los TA, frente a la TCC más un componente específico para la intervención de las alteraciones de la Imagen Corporal en el que se incluyen técnicas de Realidad Virtual.

4.-Comprobar si el hecho de incidir directamente en el tratamiento de las alteraciones de la Imagen Corporal, repercute en otras áreas de la psicopatología de los TA.

Estos objetivos se pueden plasmar en las siguientes hipótesis:

- a) El programa de TCC para los TA, más un componente específico para las alteraciones de la imagen corporal a través de técnicas de realidad virtual, será más eficaz que la TCC estándar para los TA.
- b) La intervención en la Imagen Corporal, no sólo producirá una mejoría en dichas alteraciones, sino que también repercutirá en la mejoría global de la psicopatología de los TA.

2.-MÉTODO.

2.1.-MUESTRA.

La muestra provenía de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Provincial de Castellón y del Centro de Día para los Trastornos Alimentarios PREVI de Valencia. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticadas de un TA según los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Los criterios de exclusión fueron: IMC<16, abuso de sustancias y que existiera un manifiesto riesgo de suicidio (existencia de grave desesperanza, alta frecuencia de ideación suicida, clara planificación del intento, etc)

Como podemos ver en la Tabla 8, la muestra, estaba compuesta por 34 pacientes, todas ellas mujeres con los siguientes diagnósticos: 17 con Bulimia Nerviosa (16 tipo purgativo y 1 tipo no purgativo) y 5 con Anorexia Nerviosa (3 tipo purgativo y 2 tipo restrictivo) y 12 con un Trastorno Alimentario No Especificado (TCANE). El rango de edad de las pacientes era muy amplio, de los 15 a los 40 años con una edad media de 21.82 (5.75). El Índice de Masa Corporal (IMC) de las pacientes iba desde 16 hasta 32 con una media de 21,5(4.28) y en cuanto a los años de evolución de la enfermedad de las pacientes, éste iba desde 1 hasta 16 años siendo la evolución media en años de 4.17 (4.1) (para una descripción de las medias en función de los diagnósticos ver la Tabla 8). En cuanto a la psicopatología secundaria, el 23.5% de las pacientes presentaban graves trastornos de la personalidad y el 32% presentaba otro trastorno mental: el 15 % cumplían criterios de un cuadro depresivo mayor, el 12% de Trastorno de Estrés Postraumático, y el 5 % de otros Trastornos de Ansiedad. Otro dato a destacar es que el 35% de las pacientes tenían importantes problemas familiares.

En cuanto al nivel cultural de las pacientes, el 29% tenía o estaban cursando estudios universitarios, el 47% tenía o estaba cursando estudios secundarios o Formación Profesional equivalente y el 24% tenía estudios primarios.

Su participación fue voluntaria. De todas las pacientes se obtuvo el consentimiento informado. Cuando las pacientes eran menores, éste se obtuvo por parte de los padres.

En la Tabla 8 se describe la composición de la muestra.

Tabla 8 .Muestra inicial.

Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad M(DT)	IMC M(DT)	Años de evolución M(DT)
Bulimia Nerviosa purgativa	16	22.06 (5.08)	23.97 (4.80)	4.87 (4.15)
Bulimia Nerviosa no purgativa	1	22	23.42	2
Anorexia Nerviosa purgativa	3	17.33 (1.15)	16.33 (1.33)	3 (1)
Anorexia Nerviosa restrictiva	2	36 (5.66)	18.81 (2.56)	10.5 (7.72)
TCANE	12	20.25 (4.03)	19.67 (2.8)	2.08 (2.57)
Total	34	21.82 (5.75)	21,5 (4.28)	4.17 (4.1)

2.2-INTRUMENTOS.

Para seleccionar la muestra se utilizaron distintos instrumentos con el objetivo de diagnosticar la presencia de un Trastornos Alimentario, y de evaluar la psicopatología secundaria de las pacientes. Los instrumentos que a continuación comento se presentan en el Anexo I.

1. *Entrevista de Admisión.*

Entrevista utilizada rutinariamente por el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaime I, en la que se recoge, principalmente, el motivo de consulta del paciente y su grado de interferencia. También permite rastrear la posible presencia de otros trastornos mentales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, adicciones, ideación suicida, etc.). Se realiza de forma individual y el tiempo de pase es de aproximadamente 40 minutos.

2. *Entrevista de Trastornos Alimentarios (Perpiñá, 1999).*

Mediante esta entrevista se obtiene la información necesaria para determinar si la persona tiene un trastorno alimentario, la gravedad del mismo y sobre todo la historia del problema. Tiene 4 partes: *Historia del Peso, Historia de los Hábitos Alimentarios, Área Social, Autoestima.* Mediante

la entrevista se obtiene una descripción pormenorizada de la evolución del peso incidiendo en los grandes cambios en el mismo (peso máximo, peso mínimo, en la menarquía, etc.), qué hábitos alimentarios tenía antes del inicio de la enfermedad y mantiene actualmente, la presencia de atracones y de conductas purgativas, ejemplos de la alimentación de la paciente, el grado de malestar con el cuerpo, el peso deseado, etc. También es un buen instrumento para rastrear problemas en el área social y en el autoconcepto. Se realiza de forma individual y el tiempo de pase es aproximadamente de 1 hora.

3. Entrevista de trastornos de personalidad.

Es una entrevista de evaluación que nos permite diagnosticar la presencia de los diferentes trastornos de la personalidad siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994). En función de la información obtenida en la entrevista de admisión se evaluaba posteriormente la presencia de los trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad que se evaluaban eran: el Trastorno de la personalidad Límite, Trastornos de la Personalidad Histriónico, Trastornos Obsesivo Compulsivo de la Personalidad, Trastorno de la Personalidad por Evitación, Trastorno de la Personalidad por Dependencia, Trastorno Esquizoide y Esquizotípico de la personalidad.

4. Evaluación Independiente.

Es una entrevista cuyo objetivo es que el evaluador independiente diagnostique la presencia o no de un TA (tanto para Anorexia Nerviosa como para Bulimia Nerviosa), así como la gravedad del mismo. Otro objetivo era evaluar si se conseguían las conductas objetivos planteados al inicio del tratamiento. La realizamos de forma individual, en el momento antes del tratamiento, después y en el seguimiento al año.

Una vez seleccionadas las pacientes para su participación en el diseño, con el fin de recoger con garantías la complejidad de los trastornos alimentarios y para poder contrastar las hipótesis antes planteadas, se utilizaron diversos instrumentos que podemos clasificar en tres grupos: medidas de la IC, medidas de psicología de los trastornos alimentarios y medidas de psicopatología secundaria. Los instrumentos que a continuación comento los presentamos en el Anexo I.

2.2.1.-MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de la Imagen corporal fueron:

1.-*Body Attitud Test (BAT)* (Test de las Actitudes Corporales) (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995).

Es una escala que evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo como son pensamientos, emociones y las actitudes hacia determinadas características corporales. Se compone de 20 ítems que se puntúan en una escala tipo likert que va de nunca hasta siempre. La puntuación oscila entre 0 y 100. El punto de corte que distingue entre población general y población clínica en la versión original realizada por (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995) es de 36. En estudios con población española el coeficiente de consistencia interna es de .92 y la fiabilidad test-retest de .91 (Gila ,Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999). Nuestro grupo (Salvador, Quero, Baños, Perpiñá y Botella, 2004) ha trabajado recientemente en la validación de este cuestionario en población española obteniendo una consistencia interna de .92 y la fiabilidad test-retest .87. También se han obtenido muy buenas correlaciones con el ASI (.67), BASS (.71), BIATQ (.78), SIBID (.77) (Salvador, 2004).

2.- *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire. BIATQ.* (Cuestionario sobre los pensamientos automáticos a cerca de la Imagen corporal) (Cash, Lewis, Keeton, 1987). Es un cuestionario que evalúa el componente cognitivo de la IC. Evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o de su aspecto. Está formado por 52 ítems, en los que se recogen posibles pensamientos automáticos sobre el aspecto físico y el cuerpo. Cada pensamiento se puntúa de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Presenta dos subescalas, una que evalúa pensamientos positivos (15 ítems) y otra que evalúa los pensamientos negativos (37 ítems). Se han obtenido coeficientes de consistencia interna de .90 para población normal como en población de pacientes con bulimia, una fiabilidad test-retest es de .90 en la escala negativa y de .71 en la escala positiva (Cash y col., 1987). Nuestro grupo Perpiñá; Borra, Baños, Botella, Quero y Jorquera (2003) ha validado este instrumento en población española obteniendo una muy consistencia interna (.91 la escala general, .97 la escala negativa, .91 la escala positiva). Lo mismo se ha encontrado con la fiabilidad test-retest (.91 para la general, .88 para la negativa, .76 para la positiva). Respecto a la validez predictiva, el BIATQ discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica. También presenta una validez convergente con el BAT (.86), BASS (.80), con el SIBID (.78), ASI (.63) (Borra, 2002).

3.-*Body Areas Satisfaction Scale. BASS* (escala de satisfacción de zonas corporales) (Cash, 1991). En esta escala se mide el grado de satisfacción e insatisfacción que una persona tiene respecto a 10 características del cuerpo y al cuerpo en su globalidad. Se puntúa en una escala tipo Likert que va desde 1 (muy insatisfecha) a 5 (muy satisfecha). Ha demostrado tener una consistencia interna de .79 y .78 para varones y mujeres respectivamente (Cash, 1991; Citado en Cash y Hicks, 1990).

4.-*Situational Inventory of Body-Image Dysphoria. SIBID* (Inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la IC) (Cash, 1994). Es un instrumento que recoge las reacciones de malestar e insatisfacción con el cuerpo desencadenados por determinadas conductas, situaciones o contextos. Recoge 48 situaciones desencadenantes de malestar corporal y conductas relacionadas con la IC como son el ejercicio, el arreglarse, la intimidad, situaciones relacionadas con comidas, así como cambios en el aspecto físico. Se cuantifica en una escala que va desde nunca (0) hasta siempre (4). Las puntuaciones del instrumento presentan una consistencia interna de .96 y fiabilidad test-retest de .86. Este instrumento presenta buenas correlaciones con otras medidas de IC (.50-.60). Es un instrumento válido a la hora de evaluar cambios terapéuticos (Cash y Grant, 1996).

Nuestro grupo ha validado este instrumento en población española (Gallego, 2004) obteniendo una muy buena consistencia interna (.97). Lo mismo se ha encontrado con la fiabilidad test-retest (.86). Respecto a la validez predictiva, el BIATQ discrimina entre pacientes y no pacientes y entre población general, subclínica y clínica. También presenta una validez convergente con el BAT (.75), BASS (.67), con el BIATQ (.75), ASI (.74) (Gallego, 2004).

5.-*Appearance Schemas Inventory. ASI* (Inventario sobre los esquemas a cerca de la apariencia) (Cash y Labarge, 1996).

Evalúa creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que esta tiene en la vida de una persona. Son 14 afirmaciones que se puntúan de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones del ASI presentan una consistencia interna de .84 y una fiabilidad test-retest de .71 (Cash y Lagarge, 1996).

6.-*Grado de ansiedad/malestar que presentan las pacientes con su cuerpo cuando lo ven reflejado en un espejo*. Es un test conductual, en el que se evalúa las emociones que produce ver la imagen del cuerpo en un espejo, a un metro de distancia y durante 30 segundos. Se mide en una

escala de 0(nada) a 10(mucho) el nivel de ansiedad o malestar. Este instrumento fue diseñado para esta investigación.

2.-*Grado de ansiedad/malestar que presentan las pacientes cuando están encima de la báscula* . Es un test conductual de carácter subjetivo, en el que se evalúa las emociones que produce su cuerpo en el momento de enfrentarse a la báscula durante 30 segundos. Se mide en una escala de 0 (nada) a 10 (mucho) el nivel de ansiedad o malestar. Este instrumento fue diseñado para esta investigación.

2.2.2.-MEDIDAS DE EVALUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO ALIMENTARIO.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de la Imagen corporal fueron:

1.-*The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*. BITE (Test de investigación bulímica, de Edimburgo) (Henderson y Freeman,1987). Es un instrumento que evalúa las características cognitivas y conductuales del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. Este instrumento está concebido para la evaluación de síntomas bulímicos (tanto en el ámbito clínico como subclínico), para la evaluación medida de su gravedad y como medida de resultado de los tratamientos. Está formado por 33 ítems y divididos en dos tipos de preguntas: 30 ítems cuya respuesta es dicotómica (sí/no) y 3 ítems con las respuestas tipo likert (1-7). La fiabilidad test-retest para pacientes bulímicas es de .68. Una puntuación global de 25 indica un patrón alimentario severamente alterado y se puede considerar la posibilidad de un diagnóstico de bulimia nerviosa. Se compone de dos subescalas:

a)*Subescala de Síntomas*. Esta escala se compone de 30 de ítems que recogen la sintomatología característica de los trastornos alimentarios. La puntuación máxima es de 30. Una puntuación de 20 o superior indica presencia de un patrón alimentario muy perturbado debido a la presencia recurrente de episodios de atracones y hace sospechar un diagnóstico de bulimia nerviosa. Puntuaciones en la escala de Síntomas entre 10 y 19 indican la existencia de un patrón alimentario alterado, aunque no lo suficiente para cumplir en su totalidad los criterios diagnósticos. Por último, la ausencia de atracones se refleja en el rango de puntuaciones entre 0 y 10. Presenta una consistencia interna de .96

b)*Subescala de Gravedad*. Esta escala se compone de 3 ítems cuya respuesta es de tipo likert (1-7) que recogen la intensidad de las conductas de ayuno, de las conductas purgativas y de los atracones. La puntuación máxima es 39 y los autores consideran que obtener una puntuación de

5 o más ya es clínicamente significativo, considerándose que los valores superiores a 10 indican una gravedad importante. Presenta una consistencia interna de .62.

Con respecto a su validez concurrente, el BITE correlaciona significativamente con todas las subescalas del EDI (a excepción de las escalas Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal) y con el EAT a excepción de su subescala Control oral (Henderson y Freeman, 1987). En cuanto a su validez discriminante, el BITE es capaz de diferenciar entre población general, pacientes con anorexia nerviosa (con o sin síntomas bulímicos) y pacientes con bulimia nerviosa (con y sin historia de anorexia) (Waller, 1992). Finalmente, hay que destacar que es un instrumento sensible al cambio y a la respuesta al tratamiento.

2.- *The Eating Attitudes Test -EAT-* (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991).

El objetivo de este instrumento es evaluar la presencia de actitudes y conductas asociadas con la anorexia nerviosa, especialmente aquellas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

Se trata de un auto-informe que, en su versión original, consta de 40 ítems (EAT-40), cada uno de los cuales se evalúa en una escala Likert de 6 puntos (desde "siempre" hasta "nunca"). La estructura factorial del EAT revela 7 factores: preocupación por la comida, imagen corporal por la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, hacer dieta, comer lento, comer clandestino y presión social percibida por ganar peso (Garner y Garfinkel, 1979).

Las puntuaciones altas son indicativas de presencia de síntomas, pero no necesariamente de un diagnóstico de anorexia. Según sugieren los autores, la puntuación de corte que identifica actitudes y comportamientos alimentarios alterados es de 30.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, y con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de la puntuación total es de 0.79 en muestras clínicas (pacientes anoréxicas), de 0.94 para la población general, y de 0.94 al agruparse ambas muestras (33 pacientes con anorexia y 59 controles) (Garner y Garfinkel, 1979). La fiabilidad test retest para un intervalo de 2-3 semanas es de 0.84 (Carter y Moss, 1984).

Por lo que respecta a su validez concurrente, el EAT presenta unas correlaciones de moderadas a altas con las tres escalas de "síntomas" del EDI (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), concretamente 0.81 con impulso a adelgazar; 0.50 con insatisfacción corporal y 0.42 con bulimia, y con el BITE se encuentra una correlación de 0.70 (Henderson y Freeman, 1987).

En cuanto a su validez discriminante, El EAT es útil para detectar en la población general a personas que tienen problemas importantes relacionados con los trastornos alimentarios, si bien la mayoría de las personas que obtienen las puntuaciones más altas no tienen porqué presentar el síndrome completo de anorexia nerviosa (Carter y Moss, 1984). En definitiva, el EAT es un buen instrumento para discriminar entre grupos clínicos de trastornos alimentarios (bien sea de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón) y población general; sin embargo no es un instrumento capaz de diferenciar entre grupos de anorexia y bulimia nerviosas (Williamson, Cubic and Gleaves, 1993). Por último, comentar que este instrumento es sensible al cambio y refleja cambios en la sintomatología de las pacientes recuperadas (Garner y Garfinkel, 1979).

De este cuestionario disponemos no sólo de datos elaborados en nuestro país (Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989), sino también resultados acerca de la validación de la versión española del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). En este último trabajo, llevado a cabo con un grupo de 78 mujeres adolescentes y un grupo de 78 anoréxicas, se obtuvo un índice de consistencia interna de 0.93 para ambos grupos y de 0.92 para la muestra anoréxica. En la validación española, a diferencia del trabajo original, se recomienda una puntuación de corte de 20 ya que permite una sensibilidad del 91% y una especificidad 69.2%.

3.-Evaluación semanal.

Registro de evaluación semanal confeccionado por nuestro equipo que cumplimenta la paciente para ir valorando los progresos, estancamientos o retrocesos que se producen en terapia. Todas las semanas, la paciente valora una serie de aspectos considerados fundamentales para analizar el progreso terapéutico. Utilizando en la mayoría de las veces escalas Likert, la persona ha de indicar, en relación con la semana anterior, aspectos considerados centrales en el proceso de cambio de su problema, tales como la frecuencia de atracones, la frecuencia de conductas purgativas, su grado de temor a los alimentos prohibidos, su grado de evitación de los alimentos prohibidos. A continuación describimos las 4 medidas:

- a) Frecuencia de Atracones: Se refiere al número de atracones que han tenido las pacientes en la última semana.
- b) Frecuencia de conductas purgativas: Son el número de conductas purgativas que han tenido las pacientes en la última semana. Por conducta purgativa nos referimos a provocarse el vómito, ingesta de laxante, ingesta de diuréticos, provocación de enemas, etc.

- c) Grado de Temor a los alimentos prohibidos: Es el miedo o temor a ingerir alimentos prohibidos para las pacientes. Se puntúa en una escala tipo Likert que va desde nada (0) hasta mucho (5).
- d) Grado de Evitación de los alimentos prohibidos Es el grado de evitación de alimentos prohibidos para las pacientes. Se puntúa en una escala tipo Likert que va desde nada (0) hasta mucho (5).

2.2.3.-MEDIDAS DE PSICOPATOLOGÍA SECUNDARIA.

1.- *Inventario de depresión de Beck*. BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Este cuestionario, es uno de los mas utilizados en psicopatología, tanto en la práctica clínica como en investigación. Sirve para evaluar la posible presencia de un episodio de depresión en el sujeto. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta, evaluadas de 0 a 3, entre las que el sujeto debe elegir la que mejor describa su estado de ánimo actual. Presenta una consistencia interna de .86 y una fiabilidad test-retest de .75. Mide sobretodo aspectos cognitivos, aunque también fisiológicos y conductuales, de la depresión. La puntuación total posibilita establecer diversos rangos cuantitativos de depresión (Beck, Steer y Harbin, 1988): depresión ausente o mínima (<10), depresión entre leve y moderada (10-18), depresión entre moderada y grave (19-29), y depresión grave (30-63).

3.-*Inventario Breve de Sintomas (IBS)(Derogatis y Melisaratos, 1983)*. Es un instrumento que recoge la sintomatología secundaria de las pacientes. Se compone de un listado de 49 síntomas, ante los cuales el paciente debe indicar con que frecuencia le han ocurrido estos síntomas en el último mes. Se pueden obtener varias medidas como es la puntuación global del instrumento o por la puntuación en cada una de las subescalas de las que se compone. La versión española (Ruipérez; Ibañez, Lorente, Moro, Ortet,, 2001) consta de 6 subescalas: Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Trastorno Obsesivo Compulsivo e Ideación Paranoide. Se pueden obtener puntuaciones específicas de cada escala y también un Indicador General de Gravedad (IGG).. En el instrumento original la fiabilidad test-retest es de .90, con una consistencia interna que oscila entre .71 y .85. Los coeficientes de validez con el MMPI son cerca de .30 (Derogatis y Melisaratos, 1983). En la versión española la consistencia interna para las escalas es de .70 a .91, siendo para el IGG de .95 (Ruipérez, et. al. 2001).

2.3.-TRATAMIENTO.

2.3.1.-COMPONENTES DEL TRATAMIENTO.

Las dos condiciones de tratamiento que se comentarán más adelante, se configuraron en función de la combinación de los siguientes componentes:

COMPONENTE 1: Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos Alimentarios.

- Terapia cognitivo Conductual para la Bulimia Nerviosa (Fairburn, 1985; Wilson, Fairburn, Agras, 1997).
- Terapia cognitivo Conductual para la Anorexia Nerviosa (Garner y Bemis, 1982; Garner, Vitousek y Pike, 1997).

COMPONENTE 2: Terapia Cognitivo Conductual para las alteraciones de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

A continuación se describen brevemente cada uno de los componentes de tratamiento, la explicación detallada de las sesiones de tratamiento están en el Anexo II.

COMPONENTE 1: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1.- Terapia cognitivo Conductual para la Bulimia Nerviosa (Wilson, Fairburn, Agras, 1997).

Para nuestro trabajo hemos adaptado el programa de tratamiento Cognitivo Conductual para la Bulimia Nerviosa (Wilson, Fairburn, Agras, 1997) para llevarla a cabo en formato grupal. Este programa de tratamiento se componía de 3 fases:

Fase I.

La primera fase se compone de 8 sesiones de tratamiento (sesión 1 a la 8) de una hora de duración aproximadamente con una frecuencia semanal. En esta fase, el objetivo general es la reducción de atracones y conductas purgativas así como la eliminación de la dieta y la normalización de un patrón de comidas. Al inicio del tratamiento se presenta el modelo explicativo de la bulimia nerviosa y se explican los principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso a corto y largo plazo, los métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.), las consecuencias de los atracones y las purgas. También se trabajan los principios básicos de la

nutrición, las consecuencias de las dietas, etc. En esta fase se prescribe un patrón de alimentación regular, tres comidas junto con 2 tentempiés al día, comer en lugares adecuados y mantener una estructuración del tiempo libre. Al mismo tiempo se aprendizaje a realizar conductas alternativas al atracón. Durante esta fase la paciente tiene que monitorizar su alimentación y se normaliza el patrón de pesado (1 vez a la semana). Por otra parte se busca el grado óptimo de implicación familiar necesario para el buen funcionamiento del tratamiento.

Al final de la Fase I, se revisa si la persona está preparada para seguir con el tratamiento y si es así entonces pasa a la fase II.

Fase II.

Esta fase se compone de 8 sesiones (9 a la 16), de una hora de duración aproximadamente con una frecuencia semanal. El objetivo general de esta fase es el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo y la comida que están manteniendo la Bulimia Nerviosa para ello se utilizan las técnicas fundamentales de la terapia cognitiva. Otro objetivo fundamental de la fase II es la eliminación de la dieta ampliando el tipo de alimentos ingeridos. Para ello se van introduciendo los alimentos prohibidos de forma gradual, siguiendo la técnica de la exposición. Un aspecto al cual se dedica mucho trabajo es a aprender a afrontar los antecedentes del atracón, para ello se entrena en la solución de problemas tanto interpersonales como de toma de decisiones. Originalmente el malestar con el cuerpo también se trabaja en esta fase, utilizando las técnicas básicas de terapia cognitiva.

Fase III.

Sesiones de la 16 a la 19. En esta fase las sesiones son quincenales y de una hora de duración. El Objetivo general de la fase III, es la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado de tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas.

Si el lector desea profundizar en la sesiones de tratamiento puede hacer en el Anexo II.

2.-Terapia cognitivo Conductual para la Anorexia Nerviosa (Garner,, Vitousek,, Pike.,1997).

La Terapia Cognitivo Conductual para la Anorexia Nerviosa se puede dividir en tres fases:

Fase I.

En esta fase el objetivo general es crear el marco adecuado para el tratamiento formado una fuerte alianza terapéutica y conseguir la motivación óptima de la paciente, que sea la base para las posteriores intervenciones terapéuticas. Durante esta fase se explican los principios básicos de funcionamiento del peso corporal, el mantenimiento del peso a corto y largo plazo, consecuencias físicas y psicológicas de la desnutrición y de los trastornos alimentarios, los métodos ineficaces de control de peso (laxantes, vómitos, etc.), las consecuencias de los atracones y las purgas. También se trabajan los principios básicos de la nutrición, las consecuencias de las dietas, etc. Al principio de la fase se establece el peso meta y los objetivos terapéuticos de normalización del estado físico de la paciente, y en función de estos se plantea el tipo de tratamiento que necesita la paciente (ambulatorio, hospital de día o ingreso hospitalario). Durante esta fase se prescribe un patrón de alimentación regular, tres comidas junto con 2 tentempiés al día, comer en lugares adecuados. La paciente tiene que monitorizar su alimentación y se normaliza el patrón de pesado (1 vez a la semana). Durante esta fase las sesiones son semanales y de una hora de duración.

Fase II.

El Objetivo general de esta fase es proseguir con el aumento de peso hasta alcanzar el peso meta ampliando los contenidos de la terapia hacia el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo, el peso y el fortalecimiento y mejora del autoconcepto de la paciente.

Durante la fase II se explican los principios fundamentales de la terapia cognitiva. Se revisa el autoconcepto de la paciente y los patrones perfeccionistas que aplican a los juicios sobre si misma y su autoconcepto y se le enseña la forma adaptativa de autovalorarse. La normalización del peso viene precedida por la normalización alimentaría en los tipos y cantidades de comida. También se trabaja en esta fase la forma que tienen las pacientes de resolver los problemas interpersonales y de otros posibles mantenedores de la enfermedad así como las actitudes sobre el cuerpo, los patrones de pensamientos distorsionados sobre el cuerpo y la comida. La frecuencia de las sesiones es quincenal o semanal en función de los objetivos alcanzados.

Fase III.

El Objetivo general de la fase III, es la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado de tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas. La frecuencia de las sesiones es quincenal.

En la TCC para la Anorexia Nerviosa dadas las características tan heterogéneas de las pacientes con este trastorno es muy difícil seguir una agenda de sesiones exacta con todas ellas de la misma forma. Por este motivo se planteó su tratamiento en términos de “objetivos de terapia” más que en “sesiones de terapia” cosa que si se pudo realizar con la población de Bulimia nerviosa.

COMPONENTE 2: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (PERPIÑÁ, BOTELLA, BAÑOS, 2000).

Para nuestro trabajo hemos adaptado la TCC para las alteraciones de la IC en los TA (Perpiñá, Botella, Baños, 2000) organizándola en lo que sería tres fases de tratamiento.

Fase I.

El objetivo general de esta fase es que las pacientes sean conscientes de que tienen un problema de IC, que diferencien entre cuerpo e imagen corporal y aprendan que el malestar con el cuerpo no se puede eliminar cambiando el cuerpo, si no que hay que incidir en cambiar la IC. Para ello se les enseñan los principios psicoeducativos sobre que son las alteraciones de la IC, consecuencias de la IC negativa, cómo se forma la IC, qué es el peso, cómo se mantiene el peso, los trucos y engaños en la publicidad, etc.

Fase II.

El Objetivo general de esta fase es el cambio de actitudes y creencias sobre el cuerpo y la apariencia y el cambio de las conductas de evitación y seguridad que están manteniendo el problema de IC. Para ello se explican los principios fundamentales de la terapia cognitiva adaptado a los problemas de IC. Se intenta que la personas dejen de evitar las situaciones sociales y del cuerpo y se aprende a afrontarlas de una forma adaptativa. Un aspecto muy importante es aprender a mantener una relación positiva con el cuerpo, produciéndose un incremento de actividades reforzantes con el mismo. Por último se trabaja el autoconcepto de uno mismo y la autoestima.

Todos estos contenidos se apoyan con el programa de realidad virtual que consta de 6 entornos virtuales de tratamiento. Estos escenarios son recorridos durante las 8 sesiones en las que se aplica este componente.

Zona 1. Aprendizaje del sistema.

El principal objetivo es que la paciente se familiarice con lo que es un escenario de RV, sepa utilizar el ratón, se habitúe al casco y aprenda a moverse e interactuar con los objetos presentes en el escenario.

Zona 2. Balanza y cocina virtual.

Este escenario se encuentra formado por una báscula digital y un banco de cocina. En la báscula digital aparece el peso real y el peso saludable de la paciente. La paciente puede introducir el peso subjetivo y deseado, respondiendo la báscula en función de la exactitud de estos pesos. Esto se puede hacer antes y después de ingerir los alimentos que se encuentran en el banco de cocina. El objetivo es contrastar y aprender a distinguir el peso real, el peso subjetivo, el peso deseado y el saludable y que la paciente se de cuenta de las reglas erróneas que utiliza a la hora de obtener su peso subjetivo. Hacerla consciente de que sobreestima su peso y que esto ocurre, sobre todo después de comer. Ver la asociación entre sobreestimación de peso y malestar corporal.

Zona 3. Zona de las fotografías.

Este escenario consiste en una sala de exposiciones en la que se exhiben fotos con cuerpos de diferentes constituciones de ambos sexos: modelos, personas normales, personas obesas y personas con trastornos alimentarios. En cada foto hay información sobre la altura de cada persona y la paciente ha de indicar el peso de la persona. El propósito es que la paciente entienda que el “mágico” número del peso es un valor relativo a otras variables como sexo, altura, constitución física, etc. Por otra parte, también se trabaja su tendencia a compararse con otras personas y se le anima a proyectarse en el futuro en cada una de las personas.

Zona 4. Zona de los dos espejos.

En esta zona se pueden encontrar dos figuras en 3 dimensiones. La primera es moldeada por la paciente para indicarnos “como se ve” y la segunda figura representa el aspecto real de la paciente. La textura es traslúcida de forma que cuando se superpongan las dos figuras se puede apreciar si sobreestima sus dimensiones.

El objetivo general del escenario es observar y evaluar la IC de la paciente, obteniendo índices de discrepancia entre su imagen corporal y su aspecto real, haciéndola consciente de la sobredimensión de su imagen corporal, tanto de perfil como de frente y en diferentes situaciones. Otro objetivo importante es corregir esta discrepancia y ponerla en relación con las actitudes y emociones negativas con respecto a su IC.

Zona 5. El cuerpo en el espacio.

Una puerta en la que su espacio está ocupado por multitud de tablas rectangulares de 5 centímetros cada una y de distinto color. Detrás de la puerta se encuentra una figura 3D. El objetivo es que el cuerpo que representa a la paciente pase por ese marco de perfil quitando el número exacto de tiras. Si sobreestima el espacio por el que ha de pasar el sistema lo corrige. El objetivo es hacer consciente a la paciente de la sobredimensión de su imagen corporal pero en esta ocasión vista de perfil.

Zona 6. Zona de las distintas versiones del propio cuerpo.

En esta zona están representadas las diferentes versiones de su cuerpo: “Así me gustaría ser”, “Así me ve..”, “Así me veo yo”, “Así soy yo.” y “Así será mi cuerpo saludable...”.El objetivo es hacerla consciente de la discrepancia de su aspecto ideal, su figura real y su figura saludable y mostrarle la discrepancia que hay entre la visión que ella piensa que otras personas tienen de ella y su aspecto real, y hacerla consciente de las consecuencias que esta sobredimensión tiene en su comportamiento.

Fase III.

El Objetivo general de la fase III, es la consolidación de los logros obtenidos en las dos fases anteriores, generando una atribución interna del resultado de tratamiento, la preparación para el alta y la prevención de recaídas.

En el Anexo II se presentan al detalle las sesiones de tratamiento.

2.3.2.-CONDICIONES DEL EXPERIMENTALES.

Los dos componentes anteriormente comentados se combinan resultando dos Condiciones Experimentales.

- *Condición de tratamiento nº1. Tratamiento para los Trastornos Alimentarios Estandar (TTAE).*

Esta condición consiste basicamente en el componente 1 (Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios) y variaba en función del diagnóstico de las pacientes bien fuera Bulimia o Anorexia Nerviosa.

- *Condición de tratamiento nº2. Terapia Cognitivo Conductual para los Trastornos Alimentarios ampliado con un componente de tratamiento específico para la IC apoyado con técnicas de Realidad Virtual (TTAIC).*

En esta condición de tratamiento integramos el componente 1 (Terapia Cognitivo Comportamental para los Trastornos Alimentarios) junto con el componente 2 (Terapia Cognitivo Comportamental para el tratamiento de las alteraciones de la Imagen Corporal en los TA).

A continuación en las Tablas 9 y 10 presentamos el esquema de las sesiones de terapia tal como las aplicamos en las dos condiciones de tratamiento:

CONDICIÓN DE EXPERIMENTAL Nº1.

TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS ESTANDARD (TTAE).

Tabla 9 . Esquema de las sesiones de tratamiento de la condición TTAE.

Sesión	TCC BULIMIA NERVIOSA (Wilson, G., Fairburn, C. Agras, W., 1997).	TCC ANOREXIA NERVIOSA (Garner, D., Vitousek, K., Pike, K.,1997).
	FASE I	FASE I
1	Explicación modelo cognitivo Explicación del tratamiento Explicación registros.	Exposición de los problemas. Explicación de las dos vías de tratamiento.
2	Control del atracón I: listado de antecedentes Pesarse una vez por semana Psicoeducación: El peso I	Motivación para el cambio I: “Querida Anorexia”. Psicoeducación: Consecuencias de la inanición.
3	Normalización Ingesta I: Realización de 5 comidas. Control de estímulos.	Motivación para el cambio II: Aspectos positivos y negativos del TA.

	Comer regular I. Control de estímulos en la comida. Psicoeducación: Consecuencias fisiológicas y psicológicas de las Purgas	“Odiada Anorexia” Psicoeducación: Consecuencias de los TA. Establecimiento de un peso mínimo para el tratamiento ambulatorio.
4	Control del atracón II: Conductas alternativas al atracón: Distracción, demora, actividades incompatibles Psicoeducación: El peso II	Motivación para el cambio III: Proyectándonos en el futuro. Psicoeducación: Que es el peso I. Establecimiento del rango de peso meta.
5	Psicoeducación: Métodos ineficaces de control de peso Psicoeducación: Nutrición I Importancia de los nutrientes. Psicoeducación: Peso III	Normalización Ingesta I: Realización de 5 comidas. Control de estímulos, comer regular I. Control de estímulos en la comida. Psicoeducación: El peso II.
6	Psicoeducación: Nutrición II	Psicoeducación: Métodos ineficaces de control de peso Purgas Dietas y restricción. Psicoeducación: Nutrición I Importancia de los nutrientes. 4 grupos de alimentos
7	Establecer el grado de implicación familiar	Psicoeducación: Nutrición II. Psicoeducación: Peso III. Motivación IV: Múltiples funciones de la sintomatología de la AN. Establecer el grado de implicación familiar.
8	Qué son los Alimentos Prohibidos. Elaboración jerarquía de Alimentos Prohibidos. FASE II	Qué son los Alimentos Prohibidos. Detección de factores mantenedores de la AN.
9	Revisión de la jerarquía de Alimentos Prohibidos. Explicar “Que es la exposición”. Planificar exposición para la semana.	Eliminación de los otros dos tipos de dieta: Exposición a los alimentos prohibidos FASE II

10	Teoría del ABC: La importancia del pensamiento.	Teoría del A-B-C: La importancia del pensamiento.
11	Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC).	Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC) .
12	REC aplicada al cuerpo e Imagen Corporal. Entrenamiento en la técnica de Solución de Problemas (SP).	Practica REC. Entrenamiento en la Solución de Problemas (SP) problemas interpersonales.
13	Explicación que es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales. Reestructuración cognitiva aplicada al cuerpo e Imagen Corporal. Entrenamiento en SP.	Práctica de REC. Práctica de SP en general.
14	Reestructuración cognitiva aplicada al autoconcepto. Entrenamiento en SP para los antecedentes del atracón.	Revisión del autoconcepto. REC utilizada con problemas interpersonales.
15	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en la técnica SP aplicado a problemas interpersonales.	Revisión del autoconcepto. Explicación que es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales.
16	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en la técnica SP aplicado a problemas interpersonales.	Revisión del autoconcepto. Explicación que es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales.
17	FASE III	Revisión del autoconcepto. Cambiando la forma de alcanzar mis metas.
	Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo	
18	Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo.	Revisión del autoconcepto: Cambiando la forma de alcanzar mis metas.
19	Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo.	FASE III
		Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo
20		Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo

CONDICIÓN EXPERIMENTAL N°2.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS AMPLIADO CON UN COMPONENTE DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA IC (TTAIC).

Dado que en esta condición experimental se integra el componente de Imagen Corporal con el componente anterior de tratamiento, para facilitar la lectura de la Tabla 10 se describen las sesiones a partir de la introducción del nuevo componente de tratamiento. Como se puede ver en la Tabla 10, la integración de los componentes se produce al inicio de la fase II .

Tabla 10. Esquema de las sesiones de tratamiento de la condición experimental TTAIC.

Se sión	TCC BULIMIA NERVIOSA (Wilson, G., Fairburn, C. Agras, W., 1997).	TCC ANOREXIA NERVIOSA (Garner, D., Vitousek, K., Pike, K.,1997).	TCC PARA LA IMAGEN CORPORAL (Perpinya, C. , Botella, C., Baños, R., 2000)	SESION REALIDAD VIRTUAL
	FASE I	FASE I	FASE I	
I	Sesiones 1-9	Sesiones 1-9		
	FASE II	FASE II		
10	Teoría del ABC: La importancia del pensamiento.	Teoría del A-B-C: La importancia del pensamiento.	Psicoeducación: Qué es la Imagen Corporal (IC)	Sesión 1. Zona entrenamiento. Zona de la balanza y cocina.
11	Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC).	Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC) .	Psicoeducación: Cómo se forma la IC	Sesión 2. Zona de la balanza y cocina.
12	REC aplicada al cuerpo e Imagen Corporal. Entrenamiento en la técnica de Solución de Problemas (SP).	Practica REC. Entrenamiento en la Solución de Problemas (SP) problemas interpersonales.	Psicoeducación: Qué es la belleza. video: El reto de la libertad	Sesión 3. Zona de la balanza y cocina . Zona de las fotografías.
13	Explicación que es la exposición. Confeción de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales. Reestructuración cognitiva aplicada al cuerpo e Imagen	Práctica de REC. Práctica de SP en general.	Los Errores Cognitivos de la IC.	Sesión 4. Zona de las fotografías. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.

	Corporal. Entrenamiento en SP.			
14	Reestructuración cognitiva aplicada al autoconcepto. Entrenamiento en SP para los antecedentes del atracón.	Revisión del autoconcepto. REC utilizada con problemas interpersonales.	Entrenamiento en Autoestima I.	Sesión 5. Zona de la balanza y cocina. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.
15	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en la técnica SP aplicado a problemas interpersonales.	Revisión del autoconcepto. Explicación que es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales.	Entrenamiento en Autoestima II.	Sesión 6. Zona de los dos espejos. Zona de la puerta.
16	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en la técnica SP aplicado a problemas interpersonales.	Revisión del autoconcepto. Explicación que es la exposición. Confección de las jerarquías de exposición, al cuerpo y a las situaciones sociales.	Entrenamiento en Autoestima III. Realización de la exposición al cuerpo.	Sesión 7. Zona de los dos espejos. Zona de las distintas versiones de nuestro cuerpo.
17		Revisión del autoconcepto. Cambiando la forma de alcanzar mis metas.	Entrenamiento en Autoestima III. Realización de la exposición al cuerpo.	Sesión 8. Zona de los dos espejos. Zona de las distintas versiones de nuestro cuerpo.
18		Revisión del autoconcepto: Cambiando la forma de alcanzar mis metas.	Psicoeducación: Qué son las conductas de seguridad. Exposición a situaciones sociales de IC Autoestima III.	
19			Incremento de actividades placenteras con el cuerpo. Comprobación de la Realidad.	
20			Incremento de actividades placenteras con el cuerpo. Comprobación de la Realidad.	
21			Introducción de la reconciliación con nuestro cuerpo. Carta de reconciliación del cuerpo.	

22			Introducción de la reconciliación con nuestro cuerpo. Carta de reconciliación del cuerpo.	
23			FASE III	
			Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo	
24			Preparación para el alta. Prevención de recaídas. Preparación de situaciones de riesgo	

2.4-PROCEDIMIENTO.

Como hemos comentado anteriormente, la muestra fue obtenida de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Provincial de Castellón y del Centro de Día para los Trastornos Alimentarios PREVI de Valencia. A las pacientes se les informó de la posibilidad de recibir un tratamiento que abordase el Trastorno Alimentario que padecían.

Se llevaron a cabo tres sesiones de evaluación de forma individual antes del tratamiento. En la primera sesión se realizaba la entrevista de trastornos alimentarios, y se les daban los autoinformes para que los completaran en su casa. En la segunda sesión debían traer cumplimentados los inventarios y se les realizaba las entrevistas de Trastornos de personalidad y también se realizaban los test conductuales. En la tercera sesión el evaluador independiente realizaba su evaluación. Una vez comprobado que existía coincidencia entre el diagnóstico del terapeuta y del Evaluador independiente, y si la paciente cumplía los criterios de admisión se les asignaban al azar a una condición experimental u a otra. El proceso de asignación al azar a las dos condiciones experimentales, se intentó que los grupos fueran lo más homogéneos posibles en las variables más importantes: trastornos de personalidad, psicopatología secundaria, años de evolución y factores de pronóstico.

Todo el proceso estuvo controlado por evaluadores independientes y ciegos al diseño experimental, tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y seguimiento. La función de los Evaluadores independientes era la de diagnosticar la presencia de un TA y evaluar si habían alcanzado las conductas objetivo (eliminación de atracones, eliminación de purgas, miedo a los alimentos prohibidos, evitación de los alimentos prohibidos). Generalmente existía siempre una concordancia entre el evaluador independiente y los terapeutas del grupo, sin embargo en las ocasiones en las que existía discrepancia se ha tomado como válida la conclusión del evaluador independiente.

El tratamiento para la Bulimia Nerviosa se llevó a cabo en grupo. Eran grupos de 5 o 6 personas con un terapeuta experto en el tratamiento de los TCA y un coterapeuta. Diferentes terapeutas realizaron el tratamiento en cada condición experimental. La frecuencia de las sesiones era semanal y con 3 horas de duración en las fases I y II y quincenal en la fase III.

El tratamiento para la Anorexia Nerviosa fue individual, con una frecuencia de 1 sesión semanal en la fase I de tratamiento y una sesión quincenal en las fases II y en la III.

El componente de Realidad Virtual se llevó a cabo de forma individual, una vez a la semana y la duración de las sesiones era de 1 hora.

Las pacientes no recibieron tratamiento farmacológico durante el tratamiento y a excepción de aquellas que ya lo tenían prescrito con anterioridad, se mantuvo o redujo la dosis según los casos.

El tratamiento fue siempre de carácter ambulatorio, solo dos pacientes requirieron algún tipo ingreso durante el tratamiento: una paciente de la condición TTAE estuvo ingresada en la UTA del hospital de Provincial de Castellón durante 4 meses (en la fase de seguimiento) y otra paciente que pertenecía a la condición TTAIC permaneció ingresada en el Hospital de Día de Villarreal durante 4 meses también en la fase de seguimiento. Ambas son pacientes con graves trastornos de la personalidad y con puntuaciones extremas en la mayoría de cuestionarios.

Somos conscientes que en la condición de tratamiento TTAIC hay mas sesiones que en la sesión de tratamiento TTAE, sin embargo dada las características de un problema tan grave y complejo como los trastornos alimentarios pensamos que los resultados en el tratamiento no son debidos al número de sesiones sino a los contenidos de las sesiones. Esto viene confirmado por un trabajo previo de nuestro grupo (Perpiñá, et. al. 1999), en el que igualamos el número de sesiones en dos condiciones de tratamiento.

3.-ANALISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS.

Las 34 pacientes que conformaban la muestra inicial, se distribuyeron en las dos condiciones experimentales que presentamos en las tablas 11 y 13 y en las tablas 12 y 14 podemos ver la comorbilidad psiquiátrica de estas condiciones experimentales.

Tabla 11: Características de las participantes de la condición TTAE:

CONDICION TTAE				
Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad Media (DT)	IMC Media (DT)	Años de evolución Media (DT)
Bulimia Nerviosa purgativa	7	22.14 (5.98)	23.71 (4.89)	5 (4.12)
Anorexia Nerviosa restrictiva	2	36(5.66)	18.81(2.56)	7.50(3.5)
Anorexia Nerviosa Purgativa	1	18	18.30	4
TCANE	8	21.13(4.64)	20.20 (1.10)	2.5 (3.11)
N Total	18			

Tabla 12: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAE:

CONDICION TTAE			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	3	TP Límite	2
Trastorno de Estrés Postraumático	1	TP Dependencia	1
Trastornos de Pánico	1	TP Esquizotípico	1
Ningún trastorno	13	Ningún trastorno	14

*3 Pacientes presentaban simultáneamente comorbilidad en el Eje I y en el Eje II.

Tabla 13: Características de las participantes de la condición TTAIC:

CONDICION TTAIC				
Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad	IMC	Años de evolución
Bulimia Nerviosa purgativa	9	22 (4.64)	24.17 (5.02)	4.77 (4.40)
Bulimia Nerviosa restrictiva	1	22	23.42	2
Anorexia Nerviosa Purgativa	2	17 (2)	16 (2)	2.50 (.70)
TCANE	4	18.50 (1.73)	18.79 (.85)	1.25 (.50)
N Total	16			

Tabla 14: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAIC:

CONDICION TTAIC			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	3	TP Límite + TP Histriónico	1
Trastorno de Estrés Postraumático	3	TP Dependencia	1
Trastornos de Pánico	0	TP Obsesivo Compulsivo + TP Dependencia	3
Ningún trastorno	10	Ningún trastorno	11

*3 Pacientes presentaban simultáneamente comorbilidad en el Eje I y en el Eje II.

Tal y como hemos mencionado en el procedimiento la asignación a la condición experimental fue realizada al azar, intentando homogeneizar lo más posible ambas condiciones experimentales en factores tales como diagnóstico, psicopatología secundaria y trastornos de personalidad. Debido al alto número de pacientes con el diagnóstico TCANE no se puede apreciar en las Tablas que el número de pacientes pertenecientes al espectro de la anorexia y de la bulimia nerviosa fue similar en ambas condiciones experimentales. A continuación en la tabla 15 presentamos la pacientes que tenía prescrito tratamiento farmacológico.

Tabla 15. Características de las pacientes que recibieron tratamiento farmacológico durante el tratamiento:

CONDICIÓN	DIAGNOSTICO	EJE I	EJE II	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
TTAE	TCANE			Motivan
TTAE	Bulimia Nerviosa Purgativa	Depresión Mayor	Trastorno Límite de la personalidad	Fluoxetina Darken
TTAIC	Bulimia Nerviosa Purgativa	Depresión Mayor	Trastorno Límite de la personalidad	Astril
TTAIC	Bulimia Nerviosa Purgativa	Depresión Mayor	Trastorno Dependiente de la Personalidad	Tranxilium
TTAIC	Anorexia Nerviosa Purgativa		T Personalidad Obsersivo Compulsivo	Lexatin 1.5
TTAIC	Bulimia Nerviosa Purgativa	Depresión Mayor Trastorno Estrés Postraumatico	T. Personalidad Dependencia/ Evitación	Fluoxetina 20 mg.

3.1.-DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO.

El primer paso fue comprobar que, efectivamente, antes de empezar el tratamiento, ambas condiciones eran iguales en las medidas utilizadas. Para ello utilizamos pruebas t para muestras independientes. En las Tablas 16, 17 y 18 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 16: Comparación de medias en las medidas de IC en la línea base.

Instrumentos	Condición tratamiento	N	Media (D.T.)	t ₍₃₂₎	p <
ASI	TTAIC	15 ⁽¹⁾	34.8(9.39)	.53 ₍₃₁₎	NS
	TTAE	18	32.89 (10.92)		
BASS	TTAIC	16	20.88 (5.05)	- .89	NS
	TTAE	18	22.17 (4.51)		
BAT	TTAIC	15 ⁽¹⁾	67.80 (14.64)	1.37 ₍₃₁₎	NS
	TTAE	18	60.11 (16.98)		
BIATQ	TTAIC	16	79.44 (28.17)	2.22 ₍₃₁₎	.03
	TTAE	17 ⁽¹⁾	55.82 (32.44)		
SIBID	TTAIC	16	145.31 (29.08)	1.48	NS
	TTAE	18	129.72 (31.80)		
Malestar espejo	TTAIC	16	8.25 (1.12)	2.04 _{(21.96)*}	.05
	TTAE	18	6.66 (3.06)		
Ansiedad ante la báscula	TTAIC	16	7.68 (2.98)	- .145	NS
	TTAE	18	7.83 (2.87)		

⁽¹⁾Valores perdidos.

*Variables en las que se ha producido la corrección de los grados de libertad de Levene.

Tabla 17: Comparación de medias en las variables de psicopatología específica de TA en la línea base.

Instrumentos	Condic. Tratam.	N	Media(D.T.)	t ₍₃₂₎	p<
BITE	TTAIC	16	28.63(10.61)	.44	NS
	TTAE	18	27.00(10.86)		
Síntomas (BITE)	TTAIC	16	19.68(5.70)	.43	NS
	TTAE	18	18.83(5.73)		
Gravedad (BITE)	TTAIC	16	8.56(5.81)	.19	NS
	TTAE	18	8.17(6.16)		
EAT-40	TTAIC	16	49.00(17.30)	-.16	NS
	TTAE	18	49.94(15.61)		
IMC	TTAIC	16	21.76(4.92)	.78	NS
	TTAE	18	21.23(3.75)		
Años evolución	TTAIC	16	3.43(3.61)	-.97	NS
	TTAE	18	4.83(4.61)		
Frecuencia Atracón(ES)	TTAIC	16	2.14(2.24)	1.15	NS
	TTAE	18	1.38(1.42)		
Frecuencia Purgas (ES)	TTAIC	16	2.64(2.02)	2.46	.02
	TTAE	18	1.22(1.21)		
Evita A.P.	TTAIC	14 ⁽¹⁾	3.78(1.31)	-.57 ₍₂₉₎	NS
	TTAE	17 ⁽¹⁾	4.05(1.34)		
Temor A.P.	TTAIC	14 ⁽¹⁾	3.71(1.48)	-.34 ₍₂₈₎	NS
	TTAE	16 ⁽¹⁾	3.87(1.08)		

⁽¹⁾ Valores perdidos.

Tabla 18: Comparación de medias en las medidas de psicopatología secundaria en la línea base.

Instrumentos	Condic. Tratam.	N	Media (D.T.)	t ₍₃₂₎	p <
BDI	TTAIC	16	23.44(13.32)	-.66	NS
	TTAE	18	26.33 (13.40)		
IBS	TTAIC	15 ⁽¹⁾	96.60(37.13)	-.01 ₍₃₁₎	NS
	TTAE	18	96.61(39.82)		

⁽¹⁾ Valores perdidos.

Tal como podemos ver en las Tablas 16, 17 y 18, en la mayoría de las variables medidas no hay diferencias significativas entre las pacientes en las dos condiciones de tratamiento antes del tratamiento. Tres variables sí mostraban diferencias significativas: las pacientes de la condición de tratamiento TTAIC mostraban mayor malestar cuando se miraban al espejo, también presentaban mayor frecuencia de pensamientos negativos hacia el cuerpo y mayor frecuencia de conductas purgativas antes de iniciarse el tratamiento.

3.2.-EVOLUCIÓN DE LAS PARTICIPANTES DURANTE EL TRATAMIENTO.

Como se puede ver en la Tabla 19, de las 34 pacientes que comenzaron el tratamiento, 11 de ellas abandonaron la terapia por distintos motivos, por lo que al final del tratamiento la muestra estaba compuesta por 23 pacientes y 22 al año de seguimiento.

Tabla 19: Evolución de la muestra que permaneció hasta el año de seguimiento.

Condición de tratamiento	N pretratamiento	N postratamiento (% abandonos)	N Seguimiento al año (% abandonos)
TTAE	18	11 (39%)	10 (44,4%)
TTAIC	16	12 (25%)	12 (25%)
Total	34	23	22

La muestra final estuvo compuesta por 22 pacientes: 10 en la condición TTAE y 12 en la condición TTAIC, cuyas características se describen en las Tablas 20, 21, 22, 23. Entre las pacientes que concluyen el tratamiento no existen diferencias significativas en ninguna medida antes del tratamiento, excepto en la Frecuencia de conductas purgativas ($t_{(19)} = 2.16$ $p < .04$), con una media de 2.36 (2.15) en la condición TTAIC frente a .80 (.78) en la condición TTAE.

Tabla 20. Características de las pacientes que finalizaron el tratamiento de la condición TTAE.

CONDICION TTAE				
Diagnóstico	N	Edad	IMC	años de evolución
Bulimia Nerviosa purgativa	4	23 (7.53)	24.57 (6)	5.75 (4.02)
Anorexia Nerviosa Restrictiva	1	32	20.63	5
TCANE	5	22.80 (5.12)	20.69 (.77)	3.40 (3.78)

Tabla 21: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAE:

CONDICION TTAE			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	2	TP Límite	1
Trastorno de Estrés Postraumático	1	TP Dependencia	1
Trastornos de Pánico	0	TP Esquizotípico	0
Ningún trastorno	7	Ningún trastorno	8

*1 Paciente presentaba simultáneamente comorbilidad en el Eje I y en el Eje II.

Tabla 22. Características de las pacientes que terminaron el tratamiento de la condición TTAIC.

CONDICION TTAIC				
Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad	IMC	años de evolución
Bulimia Nerviosa purgativa	8	22.88 (4.09)	24.66 (5.1)	5.25 (4.46)
Bulimia Nerviosa no purgativa	1	22	24	2
Anorexia Nerviosa purgativa	1	16	17	2
TCANE	2	17.5(2.12)	18.65 (0.49)	1

Tabla 23: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAIC:

CONDICION TTAIC			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	3	TP Límite + TP Histriónico	1
Trastorno de Estrés Postraumático	2	TP Dependencia	2
Trastornos de Pánico	0	TP Obsesivo Compulsivo	2
Ningún trastorno	7	Ningún trastorno	7

*3 Pacientes presentaban simultáneamente comorbilidad en el Eje I y en el Eje II.

Como se puede ver en la tabla 19 al finalizar el tratamiento, se produjo un mayor porcentaje de abandonos en la condición TTAE (44,4%) que en la condición TTAIC (25%). Podemos ver en las tablas de comorbilidad psiquiátrica que mientras en la condición TTAE abandonaron las pacientes con graves trastornos de personalidad y puntuaciones extremas en la mayoría de medidas, por el contrario en la condición TTAIC estas pacientes se adherieron al tratamiento, manteniéndolas hasta el año de seguimiento.

A continuación presentamos los resultados de los análisis que hemos realizado con el objetivo de responder a las hipótesis planteadas.

3.3.-DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDICIONES EXPERIMENTALES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO Y EN EL SEGUIMIENTO AL AÑO: EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

El objetivo fué analizar las diferencias que se producen en las medidas utilizadas antes, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses. Para analizar la eficacia del tratamiento, teniendo en cuenta las dos condiciones de terapia, se aplicó un análisis de varianza multivariado de medidas repetidas, tomando como factor intrasujetos el momento de las medidas (pretratamiento/postratamiento/seguimiento) y, como factor entresujetos, la condición de experimental (TTAE/TTAIC), con una prueba de contraste simple, tomando como categoría de referencia el momento pretratamiento. Nos pareció más oportuno hacer análisis de varianza multivariado de medidas repetidas en función del contenido teórico de los instrumentos utilizados, un paso previo para ello, fue comprobar la existencia de correlación entre las variables utilizadas, para ello calculamos el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Presentamos los análisis de las medidas en función de la los diferentes aspectos de los TA: medidas de IC, de psicopatología específica de los TA y de psicopatología secundaria.

3.3.1. RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

Como ya se ha comentado el primer paso fue comprobar la relación entre los instrumentos utilizados para evaluar la IC, aunque estas medidas presentan una relación teórica entre ellas, quisimos comprobar esta correlación antes de realizar los análisis.

a) INVENTARIOS DE IC.

Tabla 24. Correlación entre los inventarios de la IC.

	ASI	BASS	BAT	BIATQ
BASS Pearson	-.64**			
BAT Pearson	.64**	-.74**		
BIATQ Pearson	.66**	-.66**	.67**	
SIBID Pearson	.63**	-.65**	.65**	.63**

** Nivel de significación < .001. n=33.

Podemos ver como todas ellas están altamente correlacionadas entre sí, siendo el Coeficiente de correlación de Pearson estadísticamente significativo y mayor de .63 en todos los casos.

Con respecto a las pruebas de contraste entre los dos grupos, una constante en todos los análisis, es que al finalizar el tratamiento todas las pacientes, sin tener en cuenta la condición experimental, han mejorado de forma estadísticamente significativa, tanto en las medidas de IC como en las de psicopatología de los trastornos alimentarios y en psicopatología secundaria. A continuación pasamos a comentar los datos obtenidos por las dos condiciones experimentales y su evolución a través de los momentos temporales de interés.

Tabla 25. Medias y desviaciones típicas de las medidas de IC de inventario.

		Pretratamiento Media (DT)	Postratamiento Media (DT)	Seguimiento Media (DT)
	N	BIATQ	BIATQ	BIATQ
TTAIC	11	89.09(25.21)	24(39.67)	26.18(57.09)
TTAE	9	66.22(28.87)	52.67(40.86)	33.44(40.86)
Total	20	78.80(28.67)	36.90(41.77)	29.45(49.32)
		BAT	BAT	BAT
TTAIC	11	71.27(11.61)	43.45(20.04)	42.82(24.94)
TTAE	9	63.56(15.70)	60.78(22.57)	45.67(21.85)
Total	20	67.80(13.79)	51.25(22.45)	44.10(23.03)
		BAS	BAS	BAS
TTAIC	11	19.18(2.99)	26.82(3.79)	26.91(6.33)
TTAE	9	21(5.03)	24(5.45)	23.78(4.79)
Total	20	20(4.03)	25.55(4.71)	25.50(5.77)
		SIBID	SIBID	SIBID
TTAIC	11	153.73(23.27)	96.73(44.10)	88.36(52.77)
TTAE	9	141.11(23.59)	122.22(44.50)	102.56(47.43)
Total	20	148.05(23.68)	108.20(45.02)	94.75(49.65)
		ASI	ASI	ASI
TTAIC	11	37.91(8.93)	23.55(10.17)	25(14.46)
TTAE	9	33(11.76)	28.33(10.20)	22.89(12.37)
Total	20	35.70(10.32)	25.70(10.21)	24.05(13.26)

Tabla 26. Resultados del análisis multivariado de las medidas de IC de inventario.

Momento				Momento X condición							
	F _(10,9)	p<	Eta ²	F _(10,9)	P<	Eta ²	Contraste Simple				
Traza de Pillai	2.39	NS	.72	2.12	NS	.70	Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento		
Univariado	F_(2,36)	p<	Eta²	F_(2,36)	P<	Eta²	F_(1,18)	p<	F_(1,18)	p<	
BAT	16.04	.0001	.47	4.56	.01	.20	9.19	.007	1.31	NS	
BIATQ	15.17	.0001	.46	3.90	.03	.18	6.85	.01	1.94	NS	
BASS	13.19	.0001	.42	2.72	NS	.13	4.15	.05	4.01	NS	
SIBID	16.89	.0001	.48	2.23	NS	.11	3.49	NS	1.67	NS	
ASI	(1.65,29.74) 8.79*	.002	.32	(1.65, 29.74) 1.44*	NS	.07	2.83	NS	.14	NS	

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

En la Tabla 25 y 26 podemos ver que después del tratamiento y en el seguimiento, en las medidas que evalúan pensamientos negativos hacia el cuerpo y la apariencia corporal, satisfacción corporal, actitudes negativas al cuerpo, en creencias y esquemas sobre la apariencia y el malestar producido por diversas situaciones sobre el cuerpo, han mejorado más las pacientes de la condición TTAIC, que las de la condición TTAE. Vemos que el 70% de la mejoría de las pacientes en las medida global de IC se puede atribuir a la condición experimental TTAIC y aunque no llegue a la significación estadística ($F_{(10,9)}=2.12$, $p<0.13$), la $\eta^2=.70$ nos indica que si se ampliara la muestra el efecto de interacción sería estadísticamente significativo.

Tal y como se puede ver en la Tabla 26, cuando analizamos los instrumentos de forma individual vemos que las pacientes de la condición TTAIC ha mejorado significativamente más que las pacientes de la condición TTAE, produciéndose un efecto de interacción entre la condición experimental y el momento de la medida que alcanza la significación estadística en las actitudes hacia el cuerpo (BAT) y en la frecuencia de pensamientos negativos automáticos que tienen las pacientes sobre la apariencia y el cuerpo (BIATQ). El efecto de la interacción es estadísticamente significativo en el momento de finalizar el tratamiento pero no en el momento del seguimiento, aunque también hay que tener en cuenta que en el BIATQ en la línea base la condición TTAIC estaba significativamente peor. Por último, en el caso de la satisfacción de zonas corporales (BASS)

aunque el efecto de interacción general no es estadísticamente significativo, si que se produce este en el momento de finalizar el tratamiento.

En las figuras 2, 3, 4, 5 y, 6 podemos ver como en la condición TTAIC la mejoría ha sido mayor que en la condición TTAE, sobre todo al finalizar el tratamiento. Es de destacar que en la condición TTAIC se han mantenido los resultados en el seguimiento al año, y que en las participantes de la condición TTAE al año de seguimiento han alcanzado un grado de mejoría cercano (aunque siempre menor) que el alcanzado por la condición TTAIC al finalizar el tratamiento.

Figura 2.

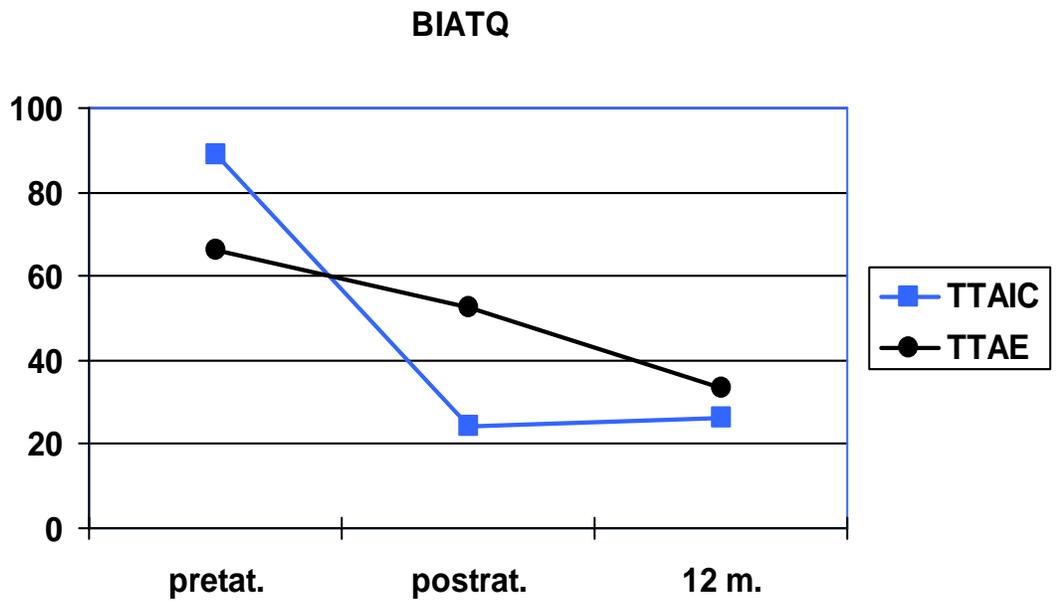


Figura 3.

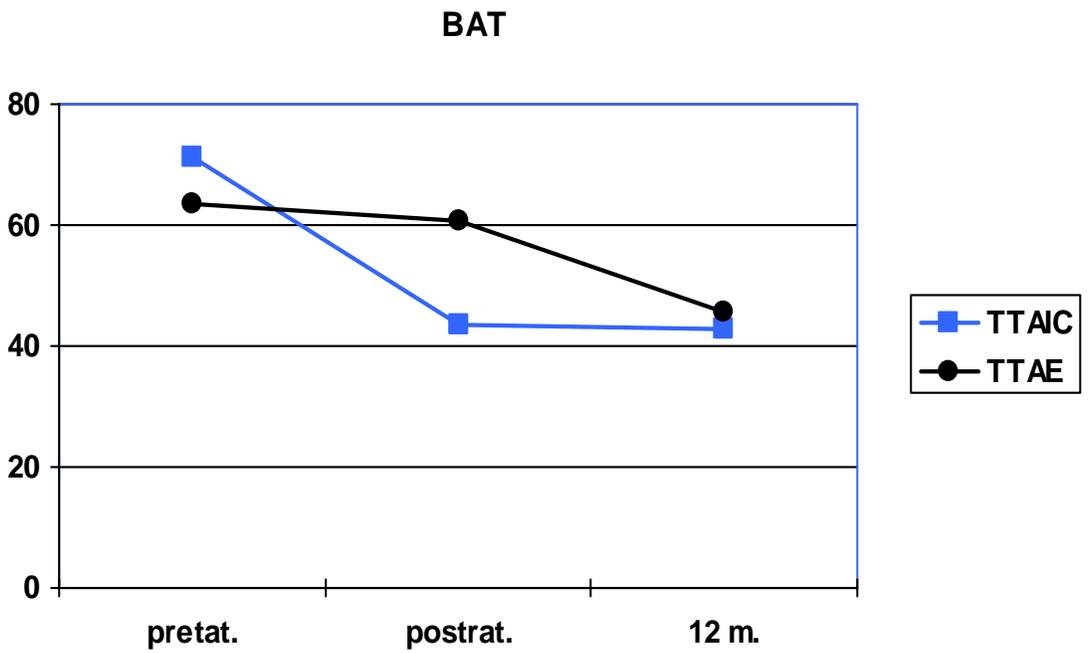


Figura 4

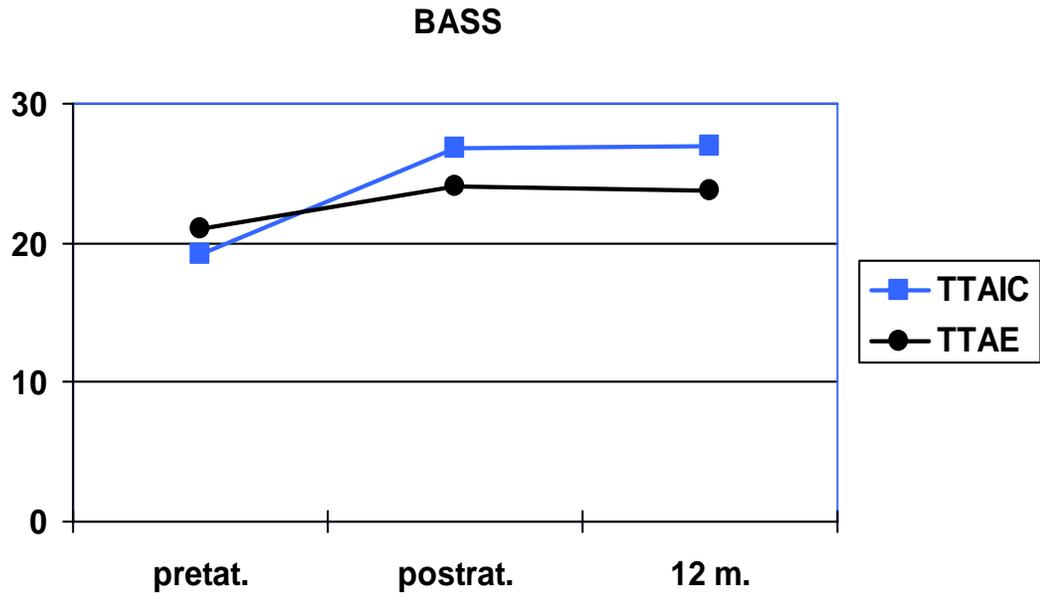


Figura 5

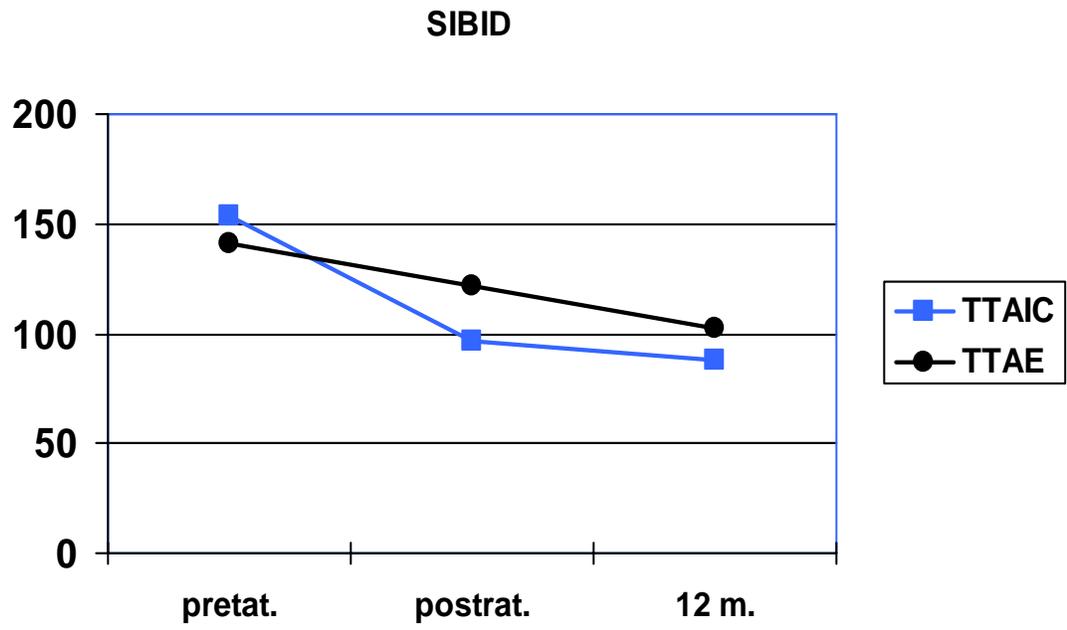
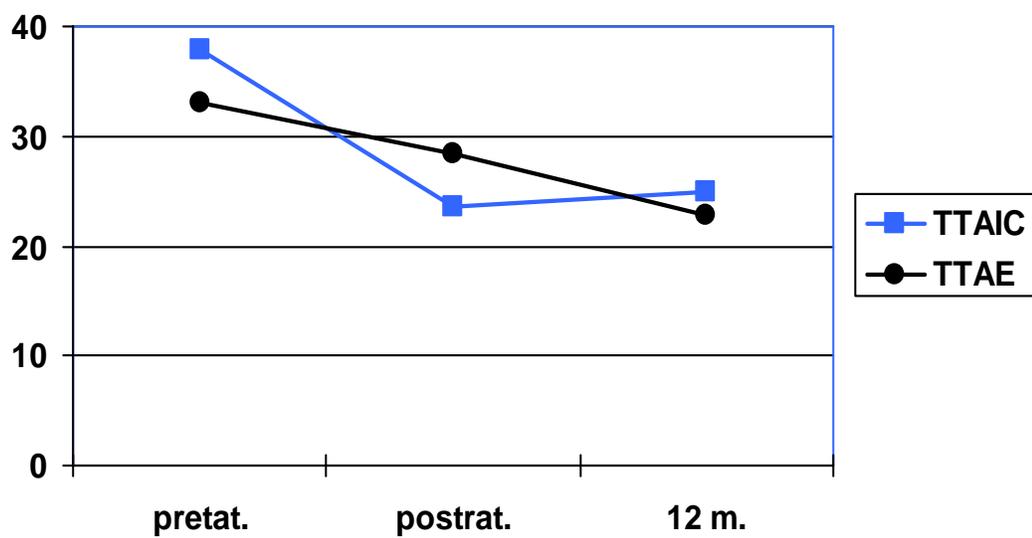


Figura 6.

ASI



b) MEDIDAS ESCALA DE IC.

De la misma forma que con las medidas anteriores, quisimos comprobar la correlación existente entre las medidas de escala y, dado que la correlación que había entre ellas no era significativa, realizamos un análisis de medidas repetidas para cada instrumento, tomando como factor intrasujetos el momento de las medidas (pretratamiento/postratamiento/seguimiento) y como factor entresujetos la condición de tratamiento (TTAE/TTAIC), con una prueba de contraste simple, tomando como categoría de referencia el momento pretratamiento.

Tabla 27. Medias y desviaciones típicas de las medidas de escala de IC.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	Malestar Espejo (ES)	Malestar Espejo (ES)	Malestar Espejo (ES)
TTAIC	12	8.25(1.13)	4.91(3.23)	4.00(2.92)
TTAE	10	7(2.66)	7.40(2.11)	5.10(2.99)
Total	22	7.68(2.03)	6.04(2.99)	4.5(2.93)
		Malestar Báscula (ES)	Malestar Báscula (ES)	Malestar Báscula (ES)
TTAIC	12	8.25(2.93)	5.16(3.40)	4.08(3.14)
TTAE	10	7.6(2.5)	7.10(2.13)	5(2.74)
Total	22	7.95(2.69)	6.04(2.99)	4.50(13.26)

Tabla 28. Resultados del análisis medidas repetidas de las medidas escala de IC.

Momento	Momento X condición						Contraste Simple momento x condición			
	Pretratamiento			Pretratamiento vs postratamiento			Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
Medidas	F _(2,19)	p<	Eta ²	F _(2,19)	p<	Eta ²	F _(1,20)	p<	F _(1,20)	p<
Ansiedad Espejo (ES)	11.16	.001	.54	4.37	.02	.31	9.10	.007	3.25	NS
Ansiedad Báscula (ES)	7.56	.004	.44	1.91	NS	.17	3.54	NS	.84	NS

Tal como se puede ver en las tablas 27 y 28 la intensidad del malestar y las emociones negativas de las pacientes hacia su cuerpo cuando se miran al espejo ha mejorado más en las pacientes de la condición TTAIC que en las de la condición experimental TTAE produciéndose un efecto de interacción significativo ($F_{(2,19)}=4.37$, $p<.02$) en el postratamiento. En el seguimiento al año la condición TTAIC siguió mejorando, al igual que la condición TTAE que al año de finalizar el tratamiento alcanzó una mejoría cercana a la alcanzada por la condición TTAIC al finalizar el mismo, por lo que no aparecieron diferencias significativas. Hay que recordar, además que, en el caso concreto de esta medida antes del tratamiento la condición TTAIC estaba significativamente peor.

También podemos ver que la condición TTAIC ha reducido más la intensidad del malestar y las emociones negativas de las pacientes hacia su cuerpo cuando sube a una báscula, si bien, no se ha producido un efecto de interacción entre la condición de tratamiento y el momento ($F_{(2,19)}=1.91$, $p<.17$).

En las figura 7 y 8 podemos ver como la mejoría ha sido mayor en la condición de tratamiento TTAIC que en TTAE.

Figura 7.

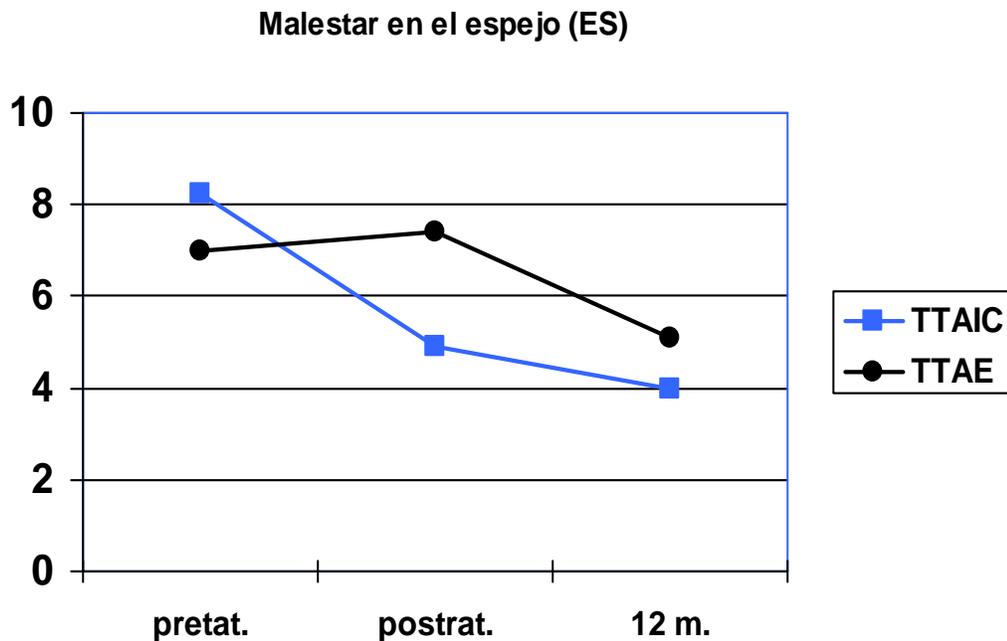
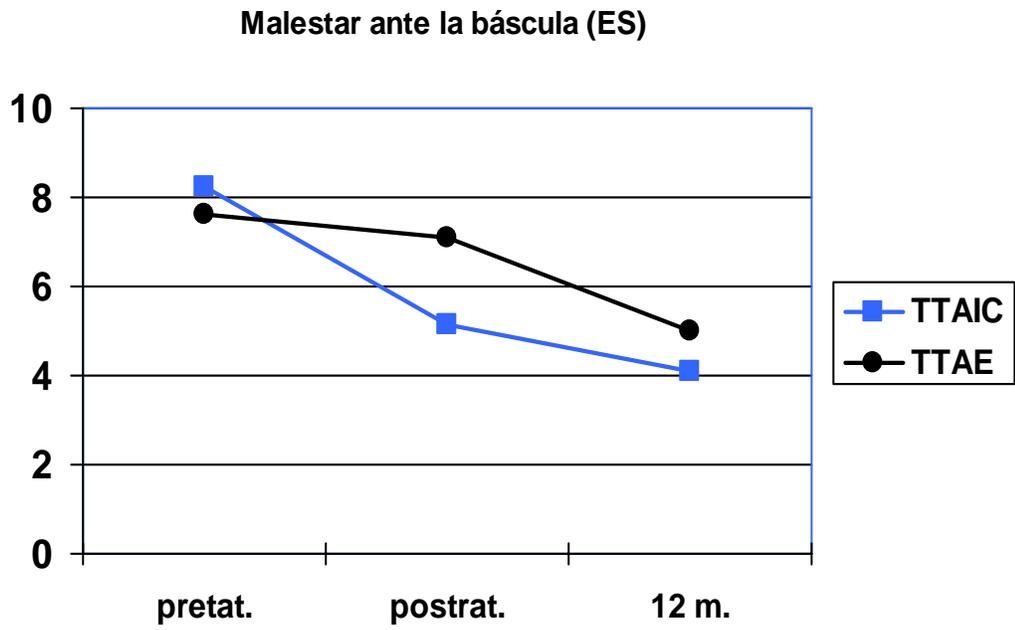


Figura 8.



3.3.2.-RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

a) INVENTARIOS DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TA.

Al igual que hemos hecho con las medidas de IC se presentan los datos del análisis correlacional de las variables para poder así llevar a cabo su posterior análisis multivariado. Para ello calculamos el Coeficiente de Correlación de Pearson. Los resultados los podemos ver en la Tabla 29.

Tabla 29. Correlación entre las medidas de inventario de la psicopatología de los TA.

	BITE	Sever.BITE	Sintom.BITE
Graved.BITE Pearson	.90**		
Sintom.BITE Pearson	.89**	(1) .64**	
EAT Pearson	.31	(1) .21	(1) .38*

El N utilizado fue de 34 excepto en (1) que fue de 33.

Nivel de significación < .05 ** Nivel de significación < .001

Podemos ver como todas ellas están correlacionadas de forma significativa entre sí con el BITE y las subescalas de Gravedad y Síntomas, siendo el Coeficiente de correlación de Pearson mayor de .64. Sorprendentemente el EAT sólo correlacionó con la escala de Síntomas. Sin embargo, dado el grado de correlación que aparece en la literatura especializada con el BITE, decidimos incluirlo en el análisis multivariado.

Tabla 30. Medias y desviaciones típicas de las medidas de inventario de TA.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	BITE	BITE	BITE
TTAIC	12	29.58(11.67)	10.08(6.47)	11.25(13.05)
TTAE	10	25.80(9.67)	17.60(9.13)	12.20(9.84)
Total	22	27.86(10.73)	13.50(8.51)	11.68(11.44)
		Gravedad (BITE)	Gravedad (BITE)	Gravedad (BITE)
TTAIC	12	9.08(6.57)	1.92(1.31)	2.83(4.28)
TTAE	10	7.10(5)	4(3.02)	2.40(2.84)
Total	22	8.18(5.86)	2.86(2.44)	2.64(3.62)
		Síntomas(BITE)	Síntomas(BITE)	Síntomas(BITE)
TTAIC	12	20(5.81)	8.16(6.10)	8.41(9.59)
TTAE	10	18.7(5.03)	13.60(7.50)	9.80(7.52)
Total	22	19.4(5.38)	10.60(7.16)	9.04(8.44)
		EAT	EAT	EAT
TTAIC	12	51.75(16.06)	19.42(11.99)	21.5(18.93)
TTAE	10	55.30(13.98)	36.70(25.12)	27.7(18.18)
Total	22	53.36(14.90)	27.27(20.57)	24.32(18.43)

Tabla 31. Resultados del análisis multivariado de las medidas de psicopatología de los TA.

Momento				Momento X condición							
	F _(4,17)	p<	Eta ²	F _(7,14)	p<	Eta ²	Contraste Simple				
Traza de Pillai	10.08	.0001	.83	1.47	NS	.42	Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento		
Univariado	F _(2,40)	p<	Eta ²	F _(2,40)	p<	Eta ²	F _(1,20)	p<	F _(1,20)	p<	
BITE	29.01	.0001	.59	3.10	.05	.13	8.94	.007	.83	NS	
Síntomas BITE	(1.57, 35.44) 23.80*	.0001	.54	(1.57, 35.44) 2.28*	NS	.10	9.21	.007	.53	NS	
Gravedad BITE	16.63	.0001	.45	1.86	NS	.06	3.06	NS	.42	NS	
EAT	25.28	.0001	.56	1.34	NS	.08	2.36	NS	.10	NS	

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

Tal y como podemos ver en la Tablas 30 y 31 los resultados del tratamiento en las medidas de psicopatología de los TA muestran que después del tratamiento y en el seguimiento, las pacientes de la condición TTAIC han mejorado más que las pacientes de la condición TTAE, sin llegar a la significación estadística ($F_{(7,14)}=1.47$, $p<0.25$). Sin embargo al igual como nos ocurría en los inventarios de IC, el tamaño del efecto es de un nivel medio ($\eta^2 = .42$). Es decir que el 42% de la mejoría de la psicopatología específica de los TA se puede atribuir a la condición de tratamiento TTAIC. Estos datos nos indican que con una muestra más amplia la interacción hubiera resultado probablemente estadísticamente significativa.

Tal y como se puede ver en la Tabla 31, si analizamos cada una de las medidas de forma separada, las pacientes de la condición de tratamiento TTAIC mejoran más que las de la condición TTAE, en el caso del BITE, produciéndose un efecto de interacción significativo. Esta mejoría diferencial alcanzó el momento después del tratamiento, pero no llegó al seguimiento, ya que como podemos ver en la Figura 9, las puntuaciones de la condición TTAIC se mantuvieron y las de la condición TTAE, alcanzaron un grado cercano de mejoría al año de finalizar el tratamiento. También en la escala de Síntomas del BITE, podemos ver como en el momento de finalizar el tratamiento la interacción es estadísticamente significativa, sin embargo la interacción global no ha alcanzado la significación.

Esta evolución de los datos lo podemos apreciar en las figuras 9,10 ,11 y 12.

Figura 9.

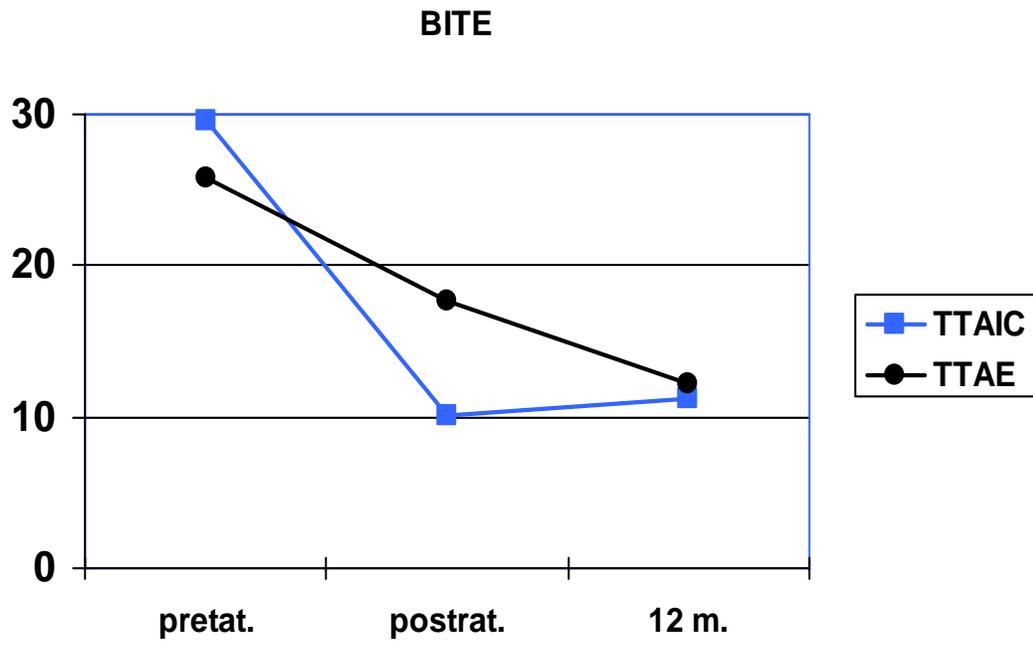


Figura 10.

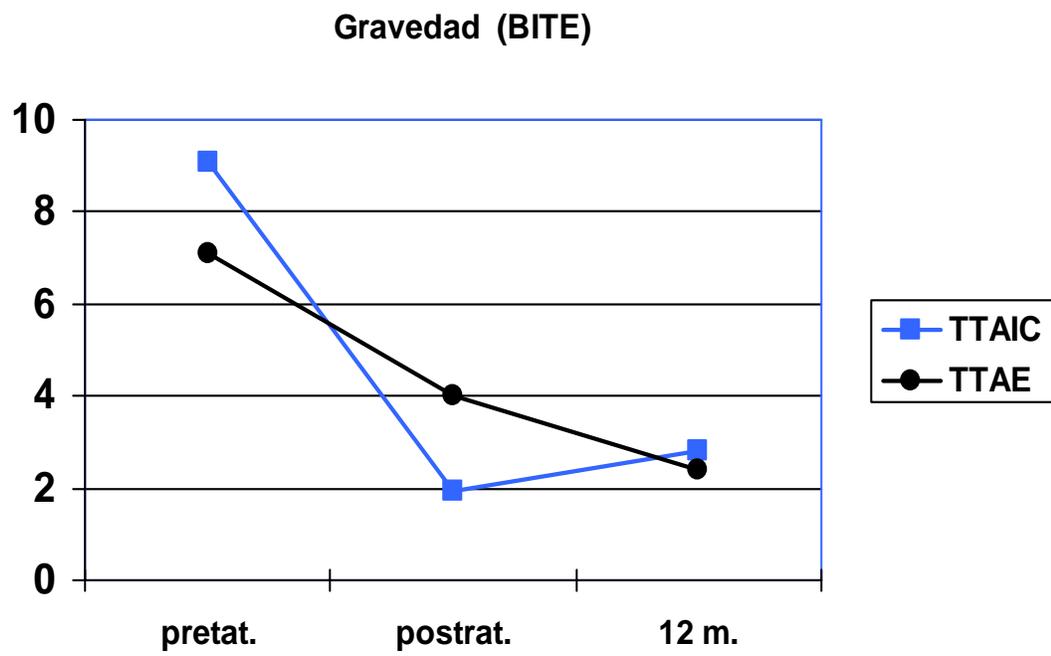


Figura 11.

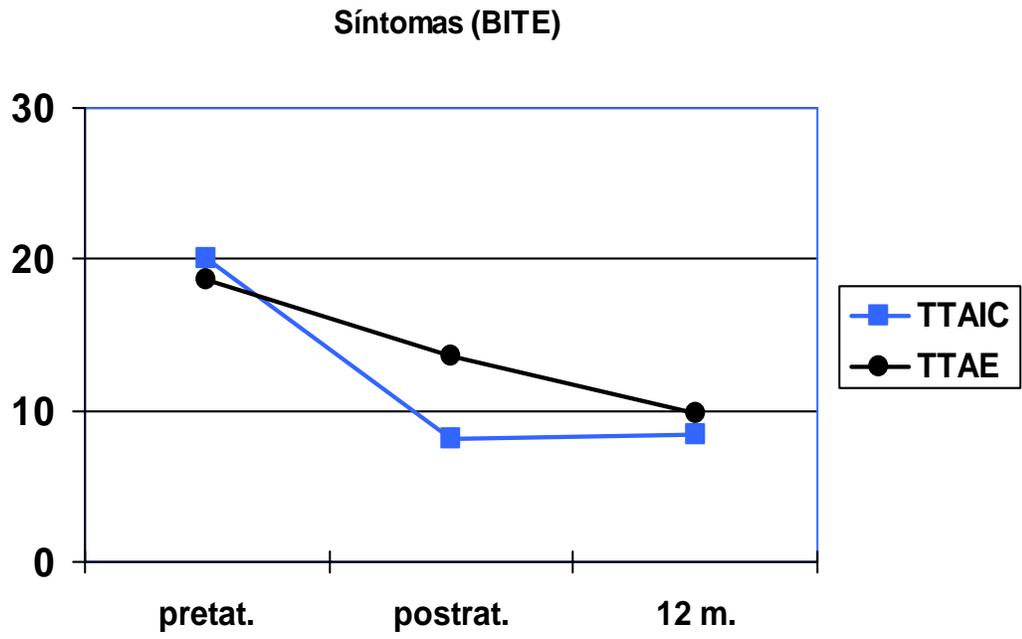
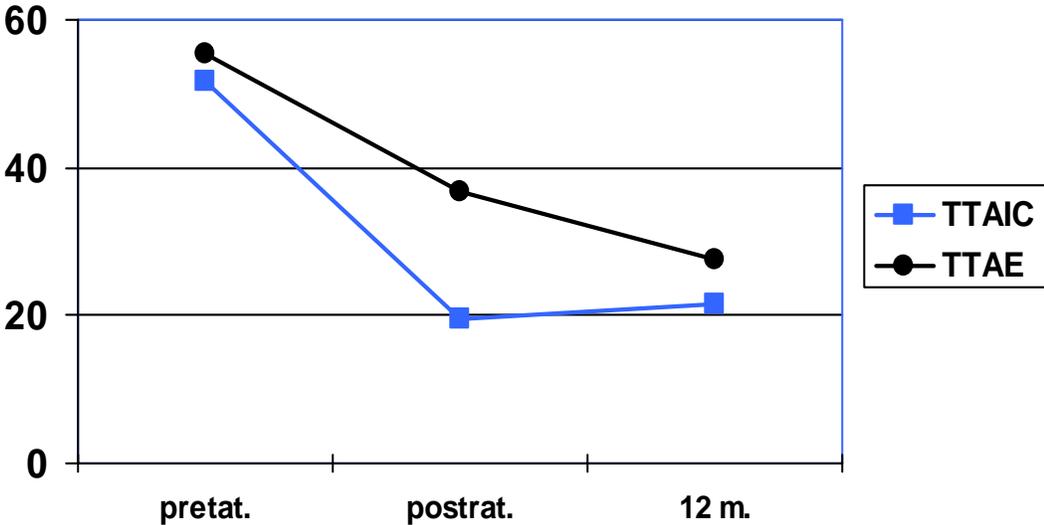


Figura 12.

EAT-40



b) MEDIDAS DE ESCALA DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TA.

Al igual que en las medidas de escala de IC, las medidas de escala de los TA no correlacionan significativamente entre sí, por lo que utilizamos un análisis de medidas repetidas con cada una de las medidas:

Tabla 32. Medias y desviaciones típicas de las medidas de TA clínicas.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	Frecuencia atracones (ES)	Frecuencia atracones (ES)	Frecuencia atracones (ES)
TTAIC	11	2.63(2.29)	.00(.00)	.02(0.09)
TTAE	10	1.10(1.10)	.32(.66)	.075(.16)
Total	21	1.90(1.94)	.15(.47)	.05(.13)
		Frecuencia purgas (ES)	Frecuencia purgas (ES)	Frecuencia purgas (ES)
TTAIC	11	2.36(2.15)	.02(.07)	.02(.07)
TTAE	10	.80(.78)	.50(.70)	.17(.33)
Total	21	1.61(1.80)	.25(.53)	.09(.24)
		Evitación A.P. (ES)	Evitación A.P. (ES)	Evitación A.P. (ES)
TTAIC	9	4.22(.66)	2.88(1.16)	2.33(1.50)
TTAE	8	3.87(.99)	4.50(.53)	3.12(1.88)
Total	17	4.05(.82)	3.64(1.22)	2.70(1.68)
		Temor A.P. (ES)	Temor A.P. (ES)	Temor A.P. (ES)
TTAIC	9	4.22(.66)	2.77(1.09)	2.22(1.39)
TTAE	8	4.12(.83)	4.25(.88)	3.37(1.59)
Total	17	4.17(.72)	3.47(1.23)	2.76(1.56)

Tabla 33. Resultados del análisis de medidas repetidas con las medidas de escala de psicopatología de los TA.

Momento				Momento X condición			Contraste Simple momentoX condición			
							Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
Medidas	F _(2,14)	p<	Eta ²	F _(2,14)	P<	Eta ²	F _(1,19)	p<	F _(1,19)	p<
F. atracones (ES)	(1.16, 22.18) 18.81*	.001	.49	(1.16, 22.18) 4.57*	.03	.19	5.42	.03	3.89	NS
F. Purgas (ES)	(1.21, 22.98) 14.72*	.001	.44	(1.21, 22.98) 6.69*	.01	.26	8.22	.01	5.55	.03
Medidas	F _(2,14)	p<	Eta ²	F _(2,14)	P<	Eta ²	F _(1,15)	p<	F _(1,15)	p<
Evitación A.P. (ES)	5.75	.01	.45	4.78	.02	.40	9.41	.008	2.26	NS
Temor A.P. (ES)	6.33	.01	.47	3.59	.05	.34	7.41	.01	2.64	NS

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

Tal y como podemos ver en las tablas 32 y 33, son las pacientes de la condición experimental TTAIC las que mejoran más en las medidas de escala de la psicopatología de los TA, produciéndose un efecto de interacción entre la condición de tratamiento y el momento. En las variables donde más han mejorado ha sido en la frecuencia de conductas purgativas (ES) ($F_{(1.21,22.98)} = 6.69, p < .01$), ya que el efecto de interacción se produce después del tratamiento y en el seguimiento. En la frecuencia de atracones (ES) ($F_{(1.16,22.18)} = 4.57, p < .03$), en la evitación de alimentos prohibidos (ES) ($F_{(2,14)} = 4.78, p < .02$) y en el temor a los alimentos prohibidos (ES) ($F_{(2,14)} = 3.59, p < .05$) la mejoría ha sido significativamente diferente al finalizar el tratamiento en el sentido de que han disminuido más en la condición de TTAIC. En el seguimiento al año las puntuaciones de la condición TTAIC se mantuvieron y las de la condición TTAE alcanzaron en ese momento un grado cercano de mejoría, aunque siempre inferior, que el que alcanzó la condición TTAIC cuando terminó el tratamiento, por lo que no hubo diferencias significativas.

A continuación en las figuras 13 a la 16 se presentan la evolución de los datos durante el tratamiento.

Figura 13.

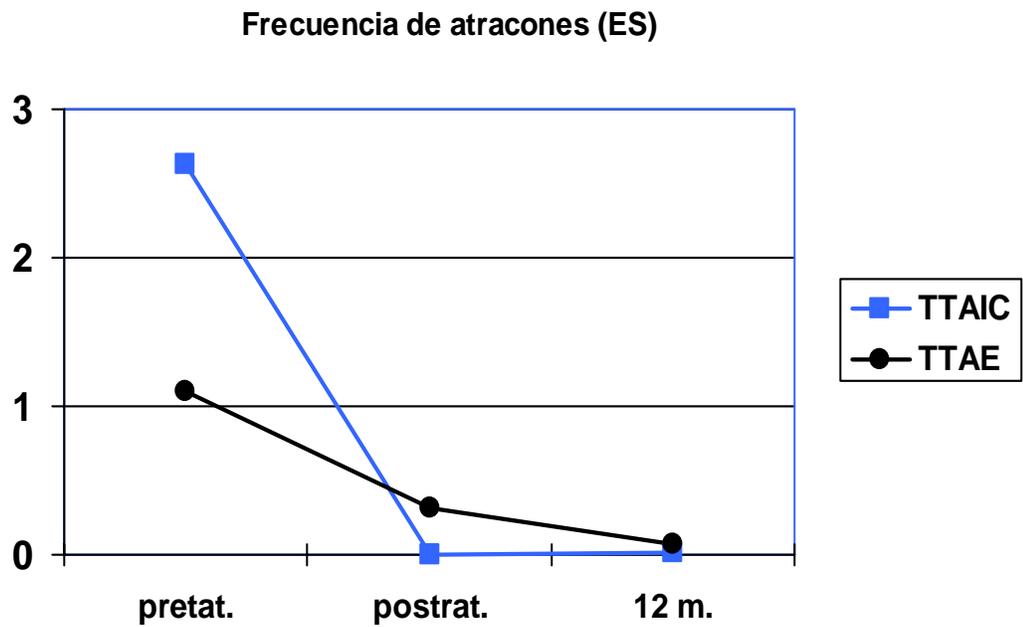


Figura 14.

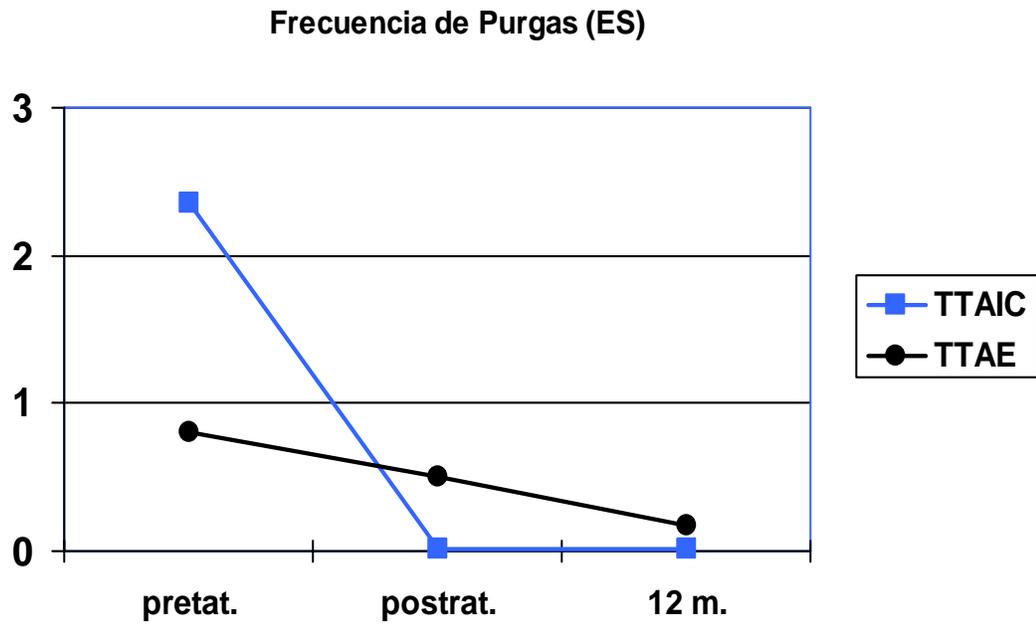


Figura 15.

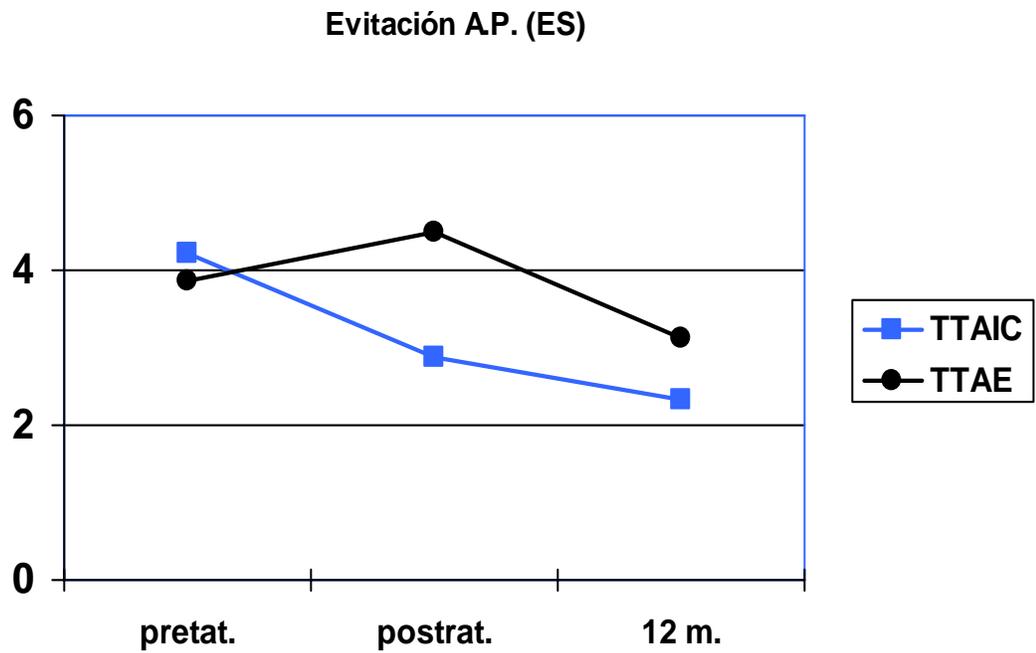
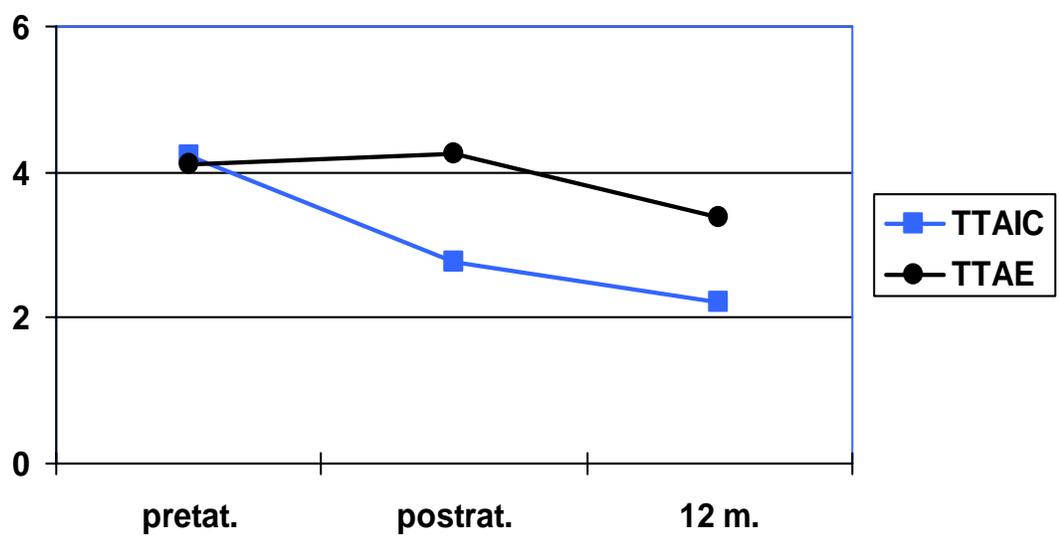


Figura 16.

Temor A. P.



3.3.3.-RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

Dado que son dos medidas que evalúan aspectos diferentes, realizamos un análisis de medidas repetidas individual con cada uno de los instrumentos.

Tabla 34 . Medias y desviaciones típicas de las medidas de psicopatología secundaria.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
		BDI	BDI	BDI
TTAIC	12	23.75(14.84)	8.08(8.14)	10.58(10.75)
TTAE	10	29.10(10.80)	17.20(13.12)	15.20(13.37)
Total	22	26.18(13.14)	12.23(11.41)	12.68(11.95)
		IBS	IBS	IBS
TTAIC	12	97.50(34.20)	42.75(31.63)	57.75(40.16)
TTAE	10	105.00(23.34)	76.10(38.44)	62.40(42.85)
Total	22	100.90(29.34)	57.90(38.30)	59.86(40.47)

Tabla 35. Resultados del análisis de medidas repetidas de las medidas de psicopatología secundaria.

Momento				Momento X condición			Contraste Simple momento X condición			
Medidas	F	p<	Eta ²	F	P<	Eta ²	Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
							F _(1,20)	P<	F _(1,20)	P<
BDI	(1.73, 34.65) 22.06*	.001	.52	(1.73,34.65) .517*	NS	.02	.47	NS	.01	NS
IBS	(1.74, 34.83) 20.46*	.001	.50	(1.74, 34.83) 2.22*	NS	.10	2.49	NS	.27	NS

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

Tal y como podemos ver en las Tablas 34 y 35 todas las pacientes mejoran después del tratamiento y en el seguimiento al año en ambas condiciones, tanto en la variable de depresión (BDI) ($F_{(1.73,34.65)} = 28.06, p < .001$) como en la de psicopatología secundaria (IBS) ($F_{(1.74, 34.83)} = 20.46, p < .001$). Aunque no hubieron diferencias estadísticamente significativa se puede ver en la

figura 16 y 17 que la condición TTAIC produjo una mejoría mayor que la condición TTAE, sobre todo en el momento de finalizar el tratamiento. Al año de concluir el tratamiento, las puntuaciones de la condición TTAIC se mantuvieron (BDI, IBS) y las de la condición TTAE, alcanzaron un grado similar de mejoría, aunque siempre inferior, al año de finalizar el tratamiento, en las medias de psicopatología secundaria (IBS).

A continuación presento en las figuras 17 y 18 la evolución de los datos de psicopatología secundaria.

Figura 17

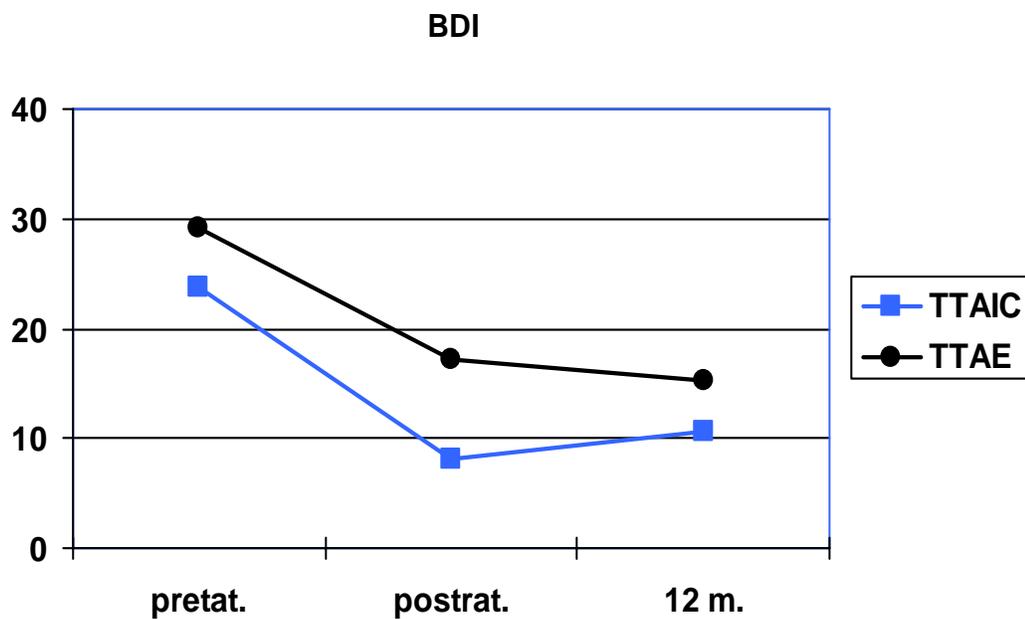
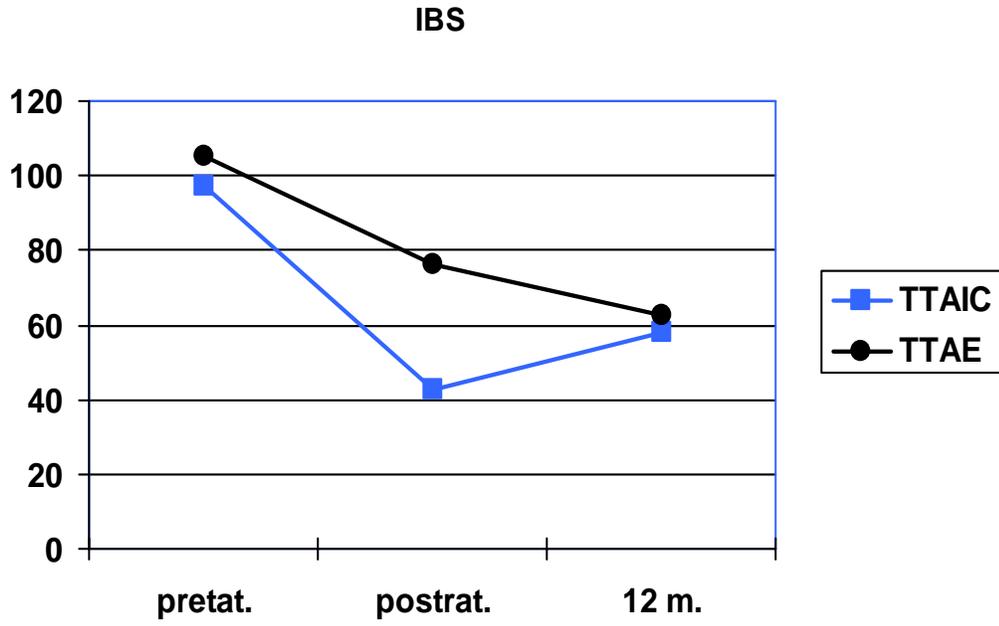


Figura 18



3.4.- CONCLUSIONES.

Podemos concluir que al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año todas las pacientes, sin tener en cuenta las condiciones de tratamiento, han mejorado de forma estadísticamente significativa y esto ocurre en las medidas de Imagen Corporal, en las de Psicopatología de los Trastornos Alimentarios y en las de Psicopatología Secundaria. Cuando posteriormente comparamos las dos condiciones experimentales vemos que al finalizar el tratamiento las pacientes de la condición TTAIC han alcanzado una mejoría mayor que las de la condición TTAE. En el seguimiento al año la mejoría de la condición TTAIC se ha mantenido; sin embargo, es al año de terminar el tratamiento cuando la condición TTAE ha alcanzado un resultado más cercano al que la condición TTAIC consiguió al terminar el tratamiento, aunque sin superarlo nunca.

Medidas de Imagen Corporal.

Cuando al tratamiento estándar para los Trastornos Alimentarios, le añadimos un componente de tratamiento para la IC apoyado en técnicas de Realidad Virtual (condición TTAIC) vemos que al finalizar el tratamiento presentaban mejores actitudes hacia el cuerpo (BAT) y menor frecuencia de pensamientos negativos/mayor frecuencia de pensamientos positivos sobre el cuerpo (BIATQ), así como un menor malestar cuando se miran a espejo (ES) que las pacientes que únicamente recibieron en tratamiento estándar para los Trastornos Alimentarios (condición TTAE). Esta mejoría de la condición TTAIC se mantuvo al año. Por su parte la condición TTAE prosiguió mejorando alcanzando al año de concluir el tratamiento un resultado cercano al que consiguió TTAIC al finalizar el tratamiento, con lo cual no hubieron diferencias significativas entre ellas.

Medidas de psicopatología específica de los Trastornos Alimentarios.

Al finalizar el tratamiento, las pacientes que además del tratamiento estándar para los Trastornos Alimentarios, han recibido un componente de tratamiento para la IC apoyado con técnicas de Realidad Virtual, presentaron menor frecuencia de purgas (ES), sintomatología bulímica (BITE), menos atracones (ES), menor temor a ingerir alimentos prohibidos (ES) y menor evitación de los alimentos prohibidos (ES). En el seguimiento al año seguía presentando menor frecuencia de purgas (ES). En el resto de medidas la mejoría alcanzada al finalizar el tratamiento por la condición TTAIC se mantenía en el seguimiento al año. Por su parte la condición TTAE prosiguió mejorando alcanzando al año de concluir el tratamiento un resultado cercano al que consiguió TTAIC al

finalizar el tratamiento, con lo cual no hubieron diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales.

Medidas de psicopatología secundaria.

Al finalizar el tratamiento todas las pacientes, sin tener en cuenta la condición de tratamiento mejoran en la psicopatología secundaria (IBS, BDI). Aunque la condición experimental TTAIC ha producido una mejoría mayor, no existieron diferencias estadísticamente significativas al finalizar el tratamiento. En el seguimiento al año, la condición TTAIC ha mantenido los resultados obtenidos en el postratamiento, por su parte la condición TTAE al año de finalizar el tratamiento prosiguió mejorando consiguiendo un resultado cercano, aunque siempre inferior (IBS) al que consiguió TTAIC una año antes.

3.5.- EXCLUSION DE LAS PACIENTES CON GRAVES TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CON PUNTUACIONES EXTREMAS.

Al describir la muestra, indicamos que un 20,5 % de las pacientes presentaban graves problemas de personalidad y que el 41% tenía otro trastorno mental además del TA, estando repartidas en las dos condiciones experimentales. De estas pacientes algunas tenían puntuaciones extremas en la mayoría de los instrumentos utilizados en la investigación. Por lo tanto, pensamos que había razones teóricas y estadísticas para excluirlas del análisis, de modo que los resultados no estuvieran desvirtuados por estas pacientes de gravedad extrema de forma que encontremos resultados más nítidos en la investigación.

Las pacientes excluidas fueron 4, todas ellas presentaban graves trastornos de la personalidad y puntuaciones extremas en la mayoría de los instrumentos utilizados. Las características de estas pacientes se pueden ver en la Tabla 36:

Tabla 36: Características de las pacientes excluidas de los análisis:

Participante	Diagnóstico	Condición	Trastorno personalidad Eje II	Comorbilidad Eje I	IMC
1	BNP	TTAIC	Límite Histriónico	Depresión Mayor	30
2	ANP	TTAE	Límite	Depresión Mayor	18
3	BNP	TTAIC	Dependencia Obsesivo-Compulsivo	TEPT Depresión Mayor	20
4	BNP	TTAIC	Dependencia	Depresión Mayor	33

Al ver la tabla 36 donde se ven las características de las pacientes excluidas, llama la atención el hecho de que se hayan excluido 3 de la condición TTAE y 1 de la TTAIC. Consideramos muy importante destacar que al empezar el tratamiento 2 pacientes más presentaban estas características (es decir graves trastornos de personalidad y puntuaciones extremas en muchas medidas). Estas dos pacientes abandonaron durante el tratamiento y ambas pertenecían a la condición de tratamiento TTAE.

Después de la exclusión de las pacientes arriba comentadas, las participantes que concluyeron el tratamiento presentaban las siguientes características:

Tabla 37: Características de las participantes de la condición TTAE:

CONDICION TTAE				
Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad	IMC	Años de evolución
Bulimia Nerviosa purgativa	3	22 (8.89)	26.38 (5.86)	4.33 (4.93)
Anorexia Nerviosa restrictiva	1	32	20.63	5
TCANE	5	22.80(5.12)	20.69 (.77)	3.40 (1.69)
N total	9			

Tabla 38: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAE:

CONDICION TTAE			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	1	TP Límite	0
Trastorno de Estrés Postraumático	0	TP Dependencia	1
Trastornos de Pánico	0	TP Esquizotípico	0
Ningún trastorno	8	Ningún trastorno	8

Tabla 39: Características de las participantes de la condición TTAIC:

CONDICION TTAE				
Diagnóstico (DSM-IV)	N	Edad	IMC	Años de evolución
Bulimia Nerviosa purgativa	5	21.6 (2.30)	22.85 (1.49)	3.4 (1.14)
Bulimia Nerviosa no purgativa	1	22	24	2
Anorexia Nerviosa purgativa	1	16	17	2
TCANE	2	17.5 (2.12)	18.65 (.49)	1
N total	9			

Tabla 40: Comorbilidad de las participantes de la condición TTAIC:

CONDICION TTAIC			
Comorbilidad Eje I*	N	Comorbilidad Eje II*	N
Depresión Mayor	0	TP Límite + TP Histriónico	0
Trastorno de Estrés Postraumático	1	TP Dependencia	0
Trastornos de Pánico	0	TP Obsesivo Compulsivo	2
Ningún trastorno	8	Ningún trastorno	7

Tabla 41. Características de las pacientes que recibieron tratamiento farmacológico durante el tratamiento:

CONDICIÓN	DIAGNOSTICO	EJE II	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
TTAE	TCANE		Motivan
TTAIC	Anorexia Nerviosa Purgativa	T Personalidad Obsesivo Compulsivo	Lexatin 1.5

3.6.-DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO EXCLUYENDO A LAS PACIENTES CON GRAVES TRATORNOS DE PERSONALIDAD Y CON PUNTUACIONES EXTREMAS.

A continuación se exponen los resultados una vez excluidas las pacientes anteriormente comentado, como podrá apreciar el lector los comentarios serán muy sucintos con el fin de no repetimos en conceptos y se expondrán los datos fundamentales en las Tablas.

En primer lugar para comprobar que no había diferencias entre condiciones en el momento antes del tratamiento, llevamos a cabo una prueba t para muestras independientes. En las Tablas 42, 43 y 44 presento los resultados obtenidos.

Tabla 42: Comparación de medias en las medidas de IC antes del tratamiento.

Instrumentos	Condición tratamiento	N	Media (D.T.)	t ₍₂₆₎	p <
ASI	TTAIC	12 ⁽¹⁾	32.67 (9.21)	47 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	30.47 (10.04)		
BASS	TTAIC	13	21.69 (3.45)	-.87	NS
	TTAE	15	23 (4.36)		
BAT	TTAIC	12 ⁽¹⁾	63.92 (13.64)	1.19 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	56.81 (16.59)		
BIATQ	TTAIC	13	70.92 (23.78)	1.88 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	50.21 (32.36)		
SIBID	TTAIC	13	139.31(28.40)	1.31	NS
	TTAE	15	123.07 (30.47)		
Malestar espejo	TTAIC	13	6.37 (3.11)	*1.88 _(16.82)	NS
	TTAE	15	6.2 (3.19)		
Ansiedad ante la báscula	TTAIC	13	7.15 (3.07)	-.32	NS
	TTAE	15	7.53 (3.04)		

*Variables en las que se ha producido la corrección de los grados de libertad de Levene.

⁽¹⁾ Valores perdidos.

Tabla 43: Comparación de medias en las variables de psicopatología específica de TA antes del tratamiento.

Instrumentos	Condic. Tratam.	N	Media (D.T.)	t ₍₂₆₎	P<
BITE	TTAIC	13	25.77 (8.68)	-.15	NS
	TTAE	15	26.33 (10.53)		
Síntomas (BITE)	TTAIC	13	18.53 (5.48)	-.07	NS
	TTAE	15	18.40 (4.82)		
Severidad (BITE)	TTAIC	13	6.77 (3.39)	-.57	NS
	TTAE	15	7.93 (6.54)		
EAT-40	TTAIC	12 ⁽¹⁾	44.92 (16.64)	-.29 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	46.73 (14.98)		
F. Atracón(ES)	TTAIC	12 ⁽¹⁾	1.45(1.57)	.17 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	1.35(1.45)		
F. Purgas (ES)	TTAIC	12 ⁽¹⁾	2.09 (1.44)	1.78 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	1.17(1.23)		
Evita A.P.	TTAIC	12 ⁽¹⁾	3.63(1.41)	-.77 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	4.06(1.38)		
Temor A.P.	TTAIC	12 ⁽¹⁾	3.54 (1.63)	-.45 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	3.80 (1.08)		

⁽¹⁾ Valores perdidos.

Tabla 44: Comparación de medias en las medidas de psicopatología secundaria antes del tratamiento.

Instrumentos	Condic. Tratam.	N	Media (D.T.)	t ₍₂₆₎	p <
BDI	TTAIC	13	19 (9.57)	-1.10	NS
	TTAE	15	23.27 (10.71)		
IBS	TTAIC	12 ⁽¹⁾	86.83 (34.71)	-.03 ₍₂₅₎	NS
	TTAE	15	87.33 (36.85)		

⁽¹⁾ Valores perdidos.

Tal como podemos ver en las tablas 42, 43 y 44 no hay diferencias significativas, en las dos condiciones de tratamiento en la línea base. También podemos ver como se acercaron las medias de ambas condiciones y se redujo la dispersión de los datos.

3.7.-DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDICIONES DESPUÉS DEL TRATAMIENTO Y EN EL SEGUIMIENTO AL AÑO: EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

El procedimiento y el análisis de los datos que realizamos en este apartado es el mismo que hemos aplicado cuando hemos trabajado con toda la muestra.

3.7.1.-RESULTADOS DE LAS MEDIDAS EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

a) INVENTARIOS DE IC.

Tabla 45. Medias y desviaciones típicas de las medidas de IC psicométricas.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	BIATQ	BIATQ	BIATQ
TTAIC	9	78.87(21.40)	7(39.67)	-5.38 (21.64)
TTAE	9	64.50(30.37)	49.38(42.39)	33.63 (43.68)
Total	18	71.69(26.44)	28.19 (40.66)	14.13(338.92)
		BAT	BAT	BAT
TTAIC	9	66.47(10)	36.25(16.17)	29.50(12)
TTAE	9	61.13 (14.87)	60.13(24.03)	46.25(23.29)
Total	18	63.94(12.58)	48.19(23.31)	37.88(19.88)
		BAS	BAS	BAS
TTAIC	9	19.87(2.70)	27.5(4.31)	30.13(2.10)
TTAE	9	21.75(4.80)	24.83(5.82)	23.75(5.12)
Total	18	20.81(3.89)	25.81(5.24)	26.94(5.01)
		SIBID	SIBID	SIBID
TTAIC	9	147.13(22.79)	83.50 (41.99)	64.38 (37.77)
TTAE	9	138.23(23.33)	118.75(46.25)	103.75 (50.56)
Total	18	142.63 (22.76)	101.13(46.40)	80.06 (47.67)
		ASI	ASI	ASI
TTAIC	9	35.87(9.61)	20.75(9.30)	18.37 (10.64)
TTAE	9	31.38(11.44)	27.75(10.74)	23.50 (13.08)
Total	18	34.63(10.47)	24.25(10.36)	20.94(12.82)

Tabla 46. Resultados del análisis multivariado de las medidas de IC.

Momento				Momento X condición						
	F _(10,5)	p<	Eta ²	F _(10,5)	p<	Eta ²	Contraste Simple			
Traza de Pillai	8.63	.01	.94	26.65	.001	.98	Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
Univariado	F _(2,28)	p<	Eta ²	F _(2,28)	p<	Eta ²	F _(1,14)	p<	F _(1,14)	p<
BAT	18.28	.0001	.57	6.28	.006	.31	9.85	.007	6.14	.03
BASS	15.02	.0001	.52	6.16	.006	.31	3.64	NS	13.73	.002
BIATQ	(1.57, 21.11) 18.72*	.0001	.57	(1.57, 21.11) 5.27*	.02	.27	6.01	.03	5.78	.03
SIBID	(1.66, 23.33) 17.42*	.0001	.55	(1.66, 23.33) 3.45*	.05	.31	3.32	NS	4.67	.05
ASI	(1.41, 19.81) 8.43*	.005	.38	(1.41, 19.81) 1.85*	.19 NS	.12	2.97	NS	1.38	NS

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

En la Tabla 45 y 46 podemos ver que después del tratamiento y en el seguimiento al año, en las medidas de las distintas dimensiones de la IC mejoraron más las pacientes de la condición TTAIC, que las de la condición TTAE. Produciéndose un efecto de interacción estadísticamente significativo ($F_{(10,5)}=26.65$, $p<0.001$) entre la condición de tratamiento y los tres momentos de evaluación.

Tal y como se puede ver en la tabla 46, cuando analizamos las pruebas de forma individual vemos que las pacientes de la condición TTAIC mejoraron significativamente más que las pacientes de la condición de tratamiento TTAE en las actitudes hacia el cuerpo (BAT), en la frecuencia de pensamientos negativos automáticos que tienen las pacientes sobre la apariencia y el cuerpo (BIATQ), siendo el efecto de interacción estadísticamente significativo en el momento de finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año. También en satisfacción corporal (BASS) y en el malestar producido por situaciones relacionadas con el cuerpo (SIBID), se ha producido un efecto de la interacción estadísticamente significativo en el momento del seguimiento al año.

A continuación se presentan las figuras 19, 20, 21, 22, 23 donde se puede ver la evolución de los datos en las medidas de Inventario de Imagen Corporal.

Figuras 19

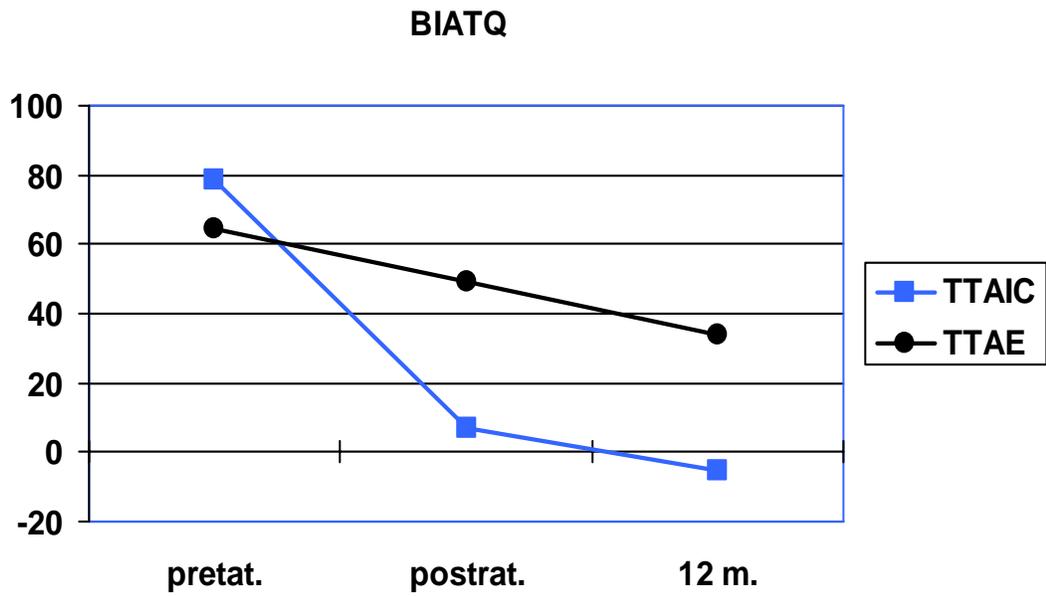


Figura 20

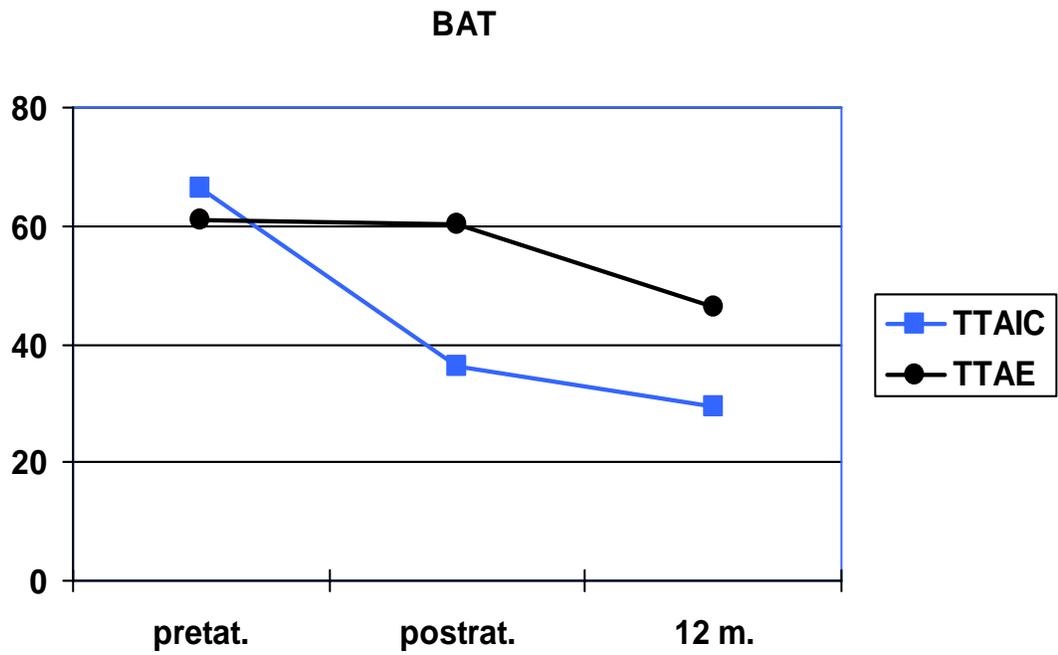


Figura 21

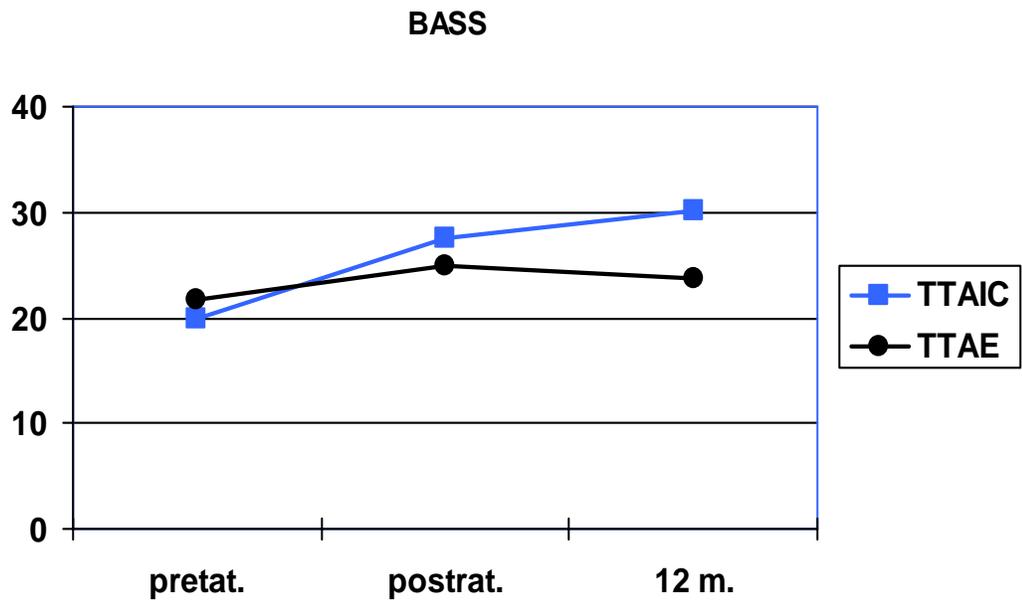


Figura 22

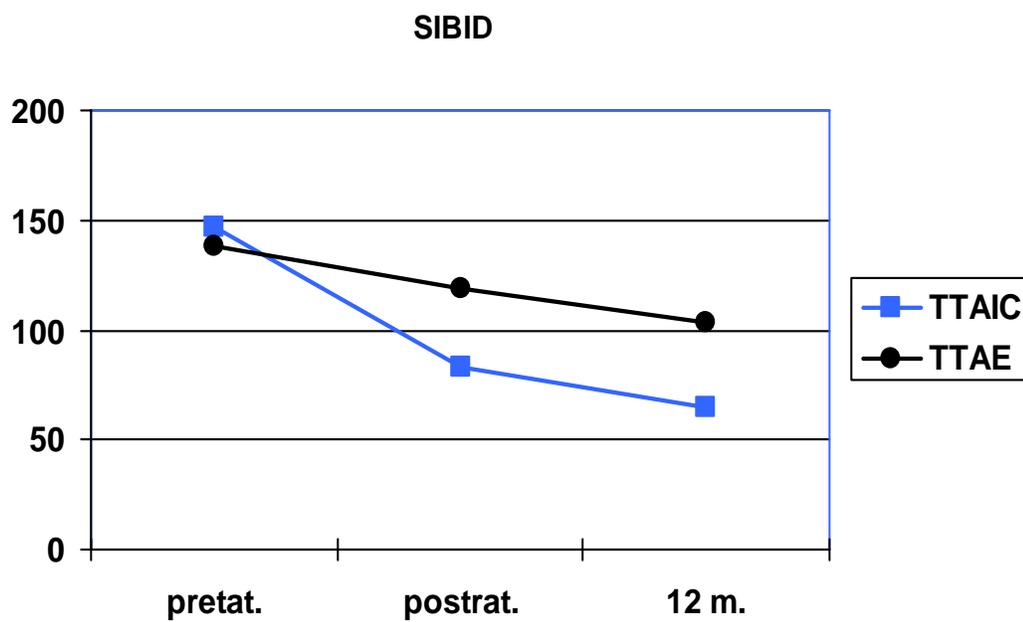
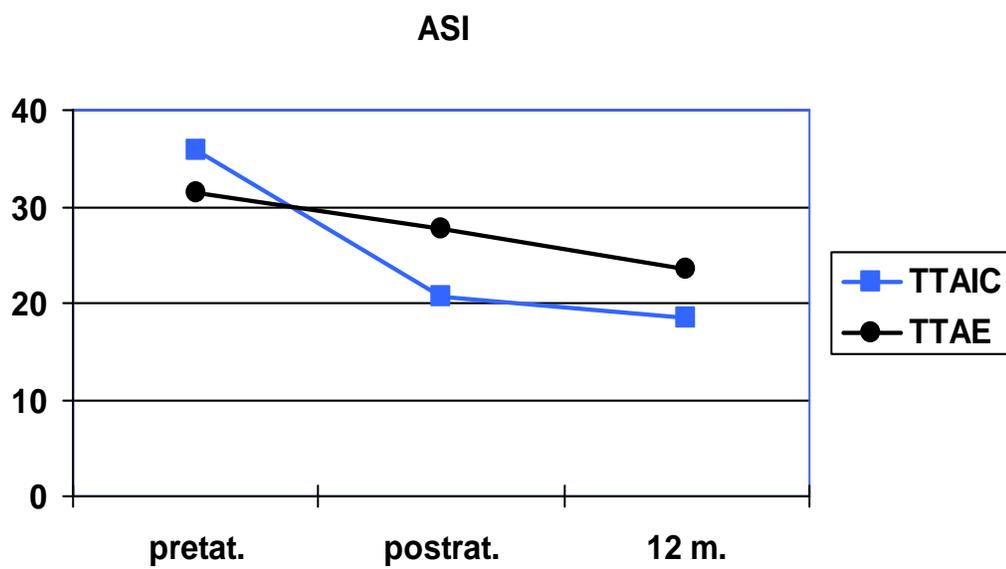


Figura 23



b) MEDIDAS DE ESCALA DE IC.

Tabla 47. Medias y desviaciones típicas de las medidas de Escala de IC.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	Malestar Espejo (ES)	Malestar Espejo (ES)	Malestar Espejo (ES)
TTAIC	9	7.77(.83)	4 (3.16)	2.77 (2.10)
TTAE	9	6.88(2.80)	7.33(2.23)	5.33(3.08)
Total	18	7.33(2.05)	5.66(3.16)	4.05 (2.87)
		Malestar Báscula (ES)	Malestar Báscula (ES)	Malestar Báscula (ES)
TTAIC	9	7.66 (3.20)	4.11 (3.21)	2.77 (2.04)
TTAE	9	7.55 (2.65)	7.11 (2.26)	5 (2.91)
Total	18	7.61 (2.85)	5.61 (3.10)	3.88 (2.69)

Tabla 48. Resultados del análisis de medidas repetidas de las medidas de IC.

Momento				Momento X condición			Contraste Simple momento X condición			
							Pretratamiento Vs postratamiento	Pretratamiento vs seguimiento		
Medidas	F _(2,15)	p<	Eta ²	F _(2,15)	p<	Eta ²	F _(1,16)	p<	F _(1,16)	p<
Ansiedad Espejo (ES)	10.27	.001	.59	3.94	.04	.35	8.13	.01	5.84	.03
Ansiedad Báscula (ES)	6.66	.008	.47	1.75	NS	.19	3.62	NS	1.37	NS

Como se puede ver en las Tablas 47 y 48, la intensidad del malestar y las emociones negativas de las pacientes hacia su cuerpo cuando se miran al espejo, mejoraron más en las pacientes de la condición TTAIC produciéndose un efecto de interacción estadísticamente significativo ($F_{(2,15)}=3.94$, $p<.04$) en el momento de finalizar el tratamiento y que se mantiene en el seguimiento al año.

A continuación se presentan las figuras 24 y 25, donde se puede ver la evolución de los datos en las medidas de Escala de Imagen Corporal.

Figura 24.

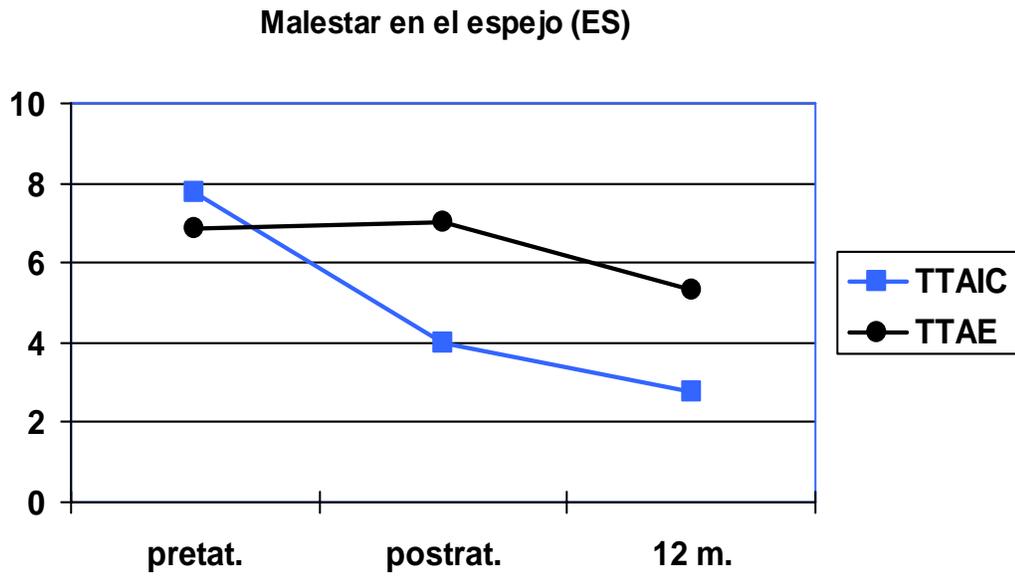
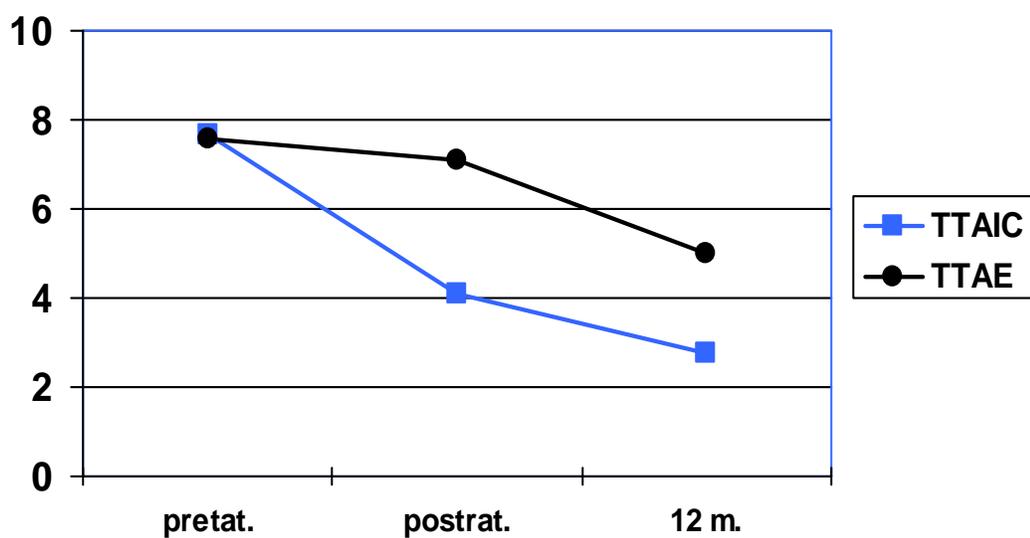


Figura 25.

Malestar ante la báscula (ES)



3.7.2.-RESULTADOS DE LAS MEDIDAS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

a) INVENTARIOS DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TA.

Tabla 49. Medias y desviaciones típicas de las medidas de inventarios de psicopatología específica de los TA.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	BITE	BITE	BITE
TTAIC	9	25.78 (9.73)	8.22 (6.16)	4.56 (4.22)
TTAE	9	24.11 (8.55)	16.11 (8.30)	15.56(10.37)
Total	18	24.94 (8.93)	11.76 (8.17)	8.56 (8.71)
		Gravedad (BITE)	Gravedad (BITE)	Gravedad (BITE)
TTAIC	9	6.67 (3.87)	1.67 (1.41)	1.22 (1.79)
TTAE	9	6.33(4.64)	3.67 (3)	2.44 (3)
Total	18	6.50 (4.15)	2.67 (2.50)	1.83 (2.48)
		Síntomas(BITE)	Síntomas(BITE)	Síntomas(BITE)
TTAIC	9	18.44 (5.59)	6.55 (5.85)	3.33 (2.50)
TTAE	9	17.77(4.35)	12.44 (6.94)	10.11 (7.62)
Total	18	18.11 (4.87)	9.50(6.93)	6.72 (6.51)
		EAT	EAT	EAT
TTAIC	9	47.22 (15.65)	17.00(9.42)	12(7.31)
TTAE	9	53.33 (13.28)	34.44 (25.54)	28.11(19.23)
Total	18	50.28 (14.43)	25.72 (20.72)	20.06 (16.37)

Tabla 50. Resultados del análisis multivariado de las medidas de psicopatología de los TA.

Momento				Momento X condición							
	F _(7,10)	p<	Eta ²	F _(7,10)	p<	Eta ²	Contraste Simple				
Traza de Pillai	6.64	.004	.82	1.16	NS	.45	Pretratamiento Vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento		
Univariado	F _(2,32)	p<	Eta ²	F _(2,32)	p<	Eta ²	F _(1,16)	p<	F _(1,16)	p<	
Síntomas BITE	32.28	.0001	.67	3.78	.03	.19	6.20	.02	4.75	.04	
BITE	31.92	.0001	.66	3.31	.05	.17	5.83	.03	3.34	NS	
Gravedad BITE	14.68	.0001	.48	.83	NS	.05	1.43	NS	.52	NS	
EAT	20.80	.0001	.56	.77	NS	.05	1.11	NS	1.25	NS	

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

En la Tablas 49 y 50 podemos ver los resultados del tratamiento en las medidas de psicopatología de los TA. Estos resultados muestran que después del tratamiento y en el seguimiento, las pacientes de la condición TTAIC han mejorado mucho más que las pacientes de la condición TTAE, sin llegar a la significación estadística ($F_{(7,10)}=1.16$, $p<0.39$). Sin embargo el tamaño del efecto es medio ($\eta^2 = .45$), es decir que el 45% de la mejoría de la psicopatología específica de los TA se puede atribuir a la condición de tratamiento TTAIC, estos datos nos indica que con una muestra más amplia la interacción, probablemente, hubiera resultado estadísticamente significativa.

Tal y como se puede ver en la Tabla 50, cuando se analiza los resultados individualmente en cada medida se aprecia el hecho de que las pacientes de la condición de tratamiento TTAIC mejoren más que las de la condición TTAE después del tratamiento y en el seguimiento. Lo podemos ver en la escala de Síntomas del BITE ($F_{(2,32)}=3.78$, $p<0.03$), en la que sí se produce un efecto de interacción significativo. También se puede apreciar en la puntuación global del BITE, produciéndose un efecto de interacción en el momento de finalizar el tratamiento.

A continuación se presentan las figuras de la 26 a la 29, donde se puede ver la evolución de los datos en las medidas de Inventario de Psicopatología de los Trastornos Alimentarios.

Figura 26.

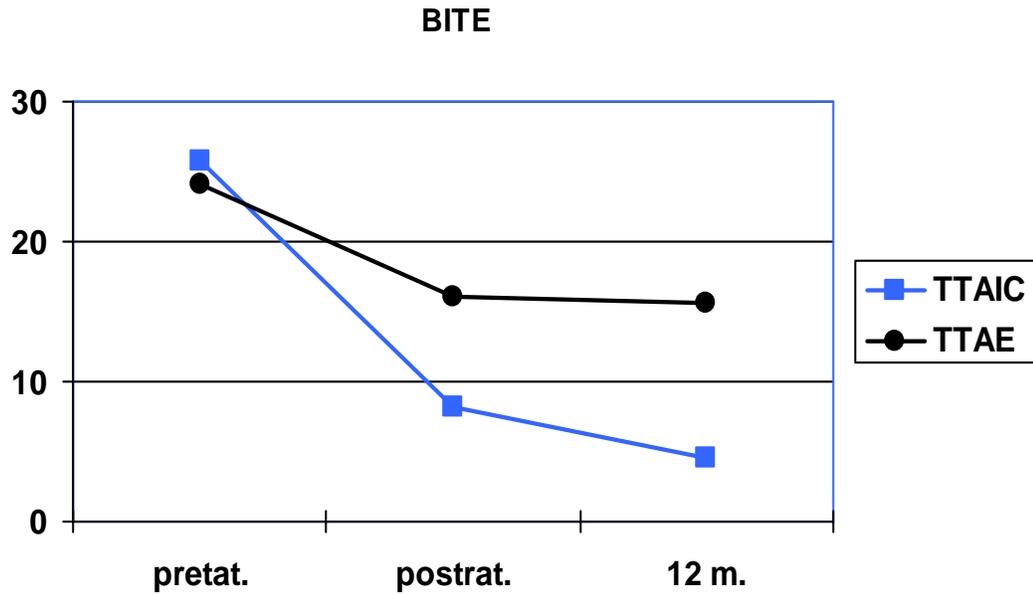


Figura 27.

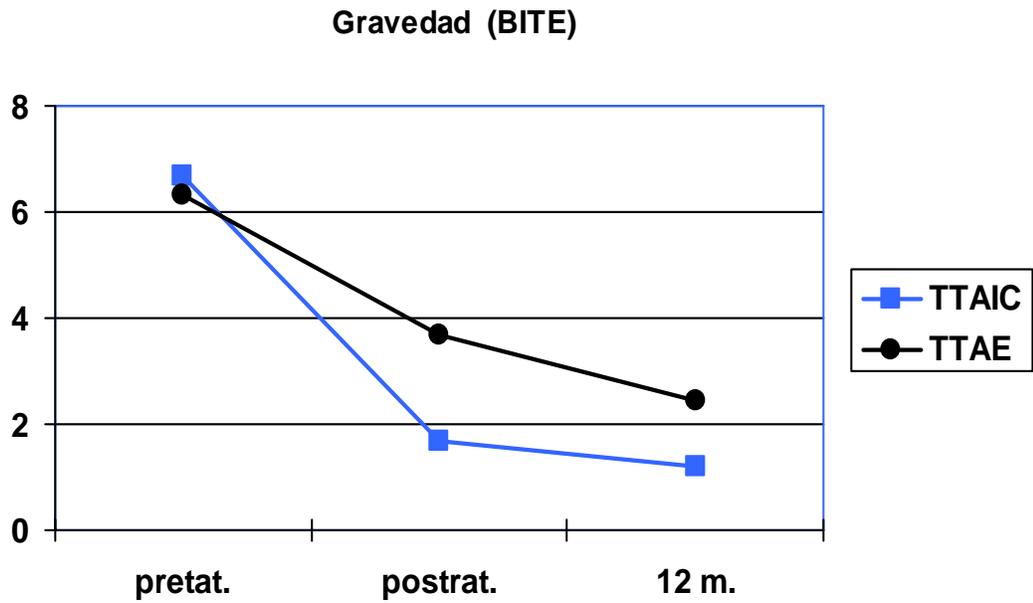


Figura 28.

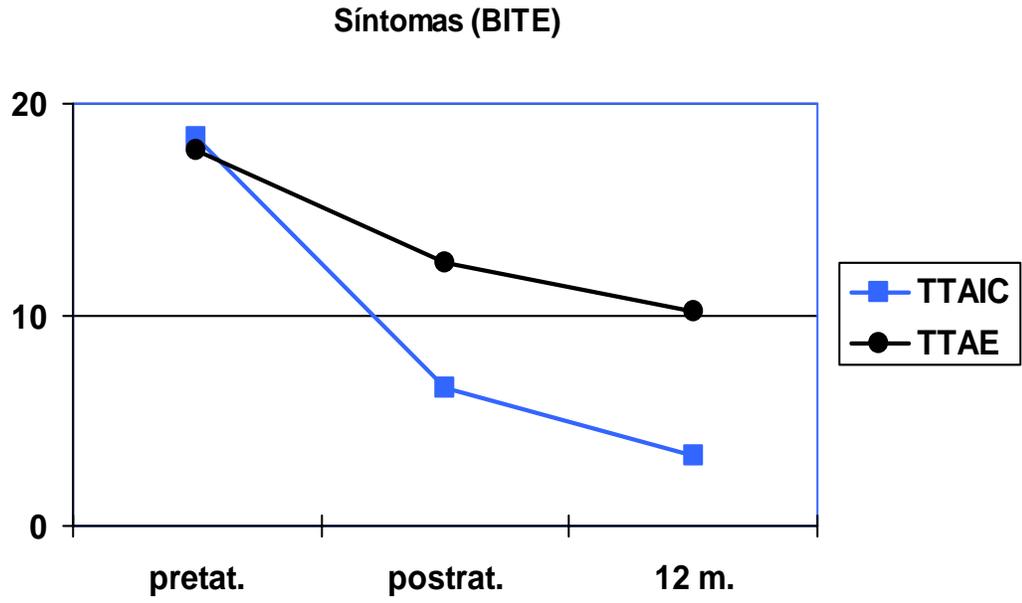
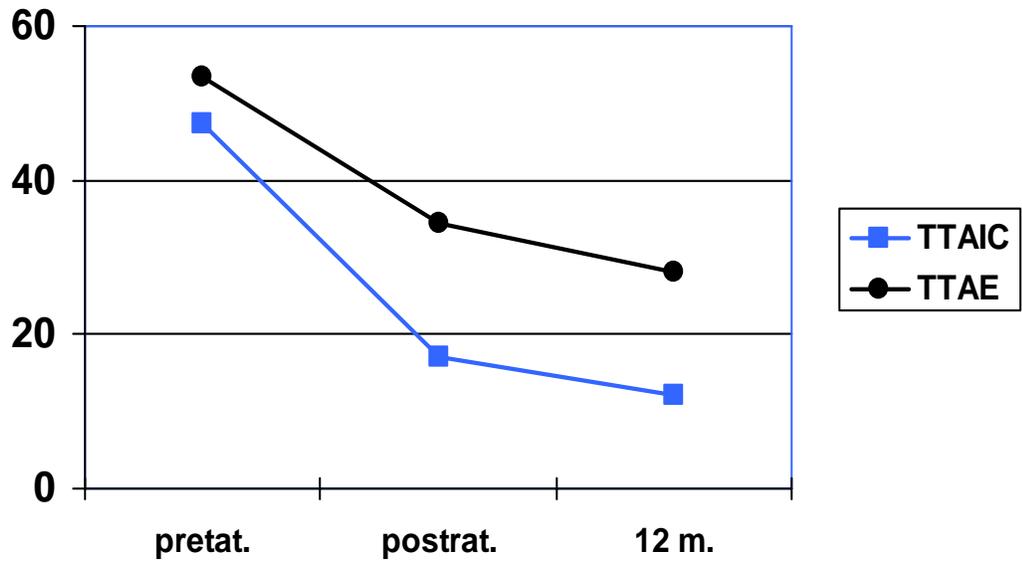


Figura 29

EAT-40



b) MEDIDAS DE ESCALA DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TA.

Siguiendo con los mismos análisis anteriormente comentados, obtuvimos los siguientes resultados:

Tabla 51. Medias y desviaciones típicas de las medidas de TA clínicas.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	Frecuencia atracones (ES)	Frecuencia atracones (ES)	Frecuencia atracones (ES)
TTAIC	8	1.87 (1.64)	0(0)	0(0)
TTAE	9	1 (1.11)	.13 (.33)	.08 (.17)
Total	17	1.41 (1.41)	.07 (.24)	.04 (.13)
		Frecuencia purgas (ES)	Frecuencia purgas (ES)	Frecuencia purgas (ES)
TTAIC	8	1.50 (1.06)	.00(.00)	.00(.00)
TTAE	9	.66(.70)	.33(.50)	.19(.34)
Total	17	1.05 (.96)	.17(.39)	.10(.26)
		Evitación A.P. (ES)	Evitación A.P. (ES)	Evitación A.P. (ES)
TTAIC	6	4.16 (.75)	2.83(1.32)	1.5(1.04)
TTAE	7	3.85 (1.06)	4.42 (.53)	2.85 (1.86)
Total	13	4 (.91)	3.64 (1.25)	2.23 (1.64)
		Temor A.P. (ES)	Temor A.P. (ES)	Temor A.P. (ES)
TTAIC	6	4.16(.75)	2.66(1.21)	1.33(.51)
TTAE	7	4(.81)	4.14 (.89)	3.14 (1.57)
Total	13	4.07(.75)	3.46(1.26)	2.30 (1.49)

Tabla 52. Resultados del análisis de medidas repetidas de las escalas de psicopatología de los TA.

Momento				Momento X condición			Contraste Simple momento X condición			
							Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
Medidas	F _(2,14)	p<	Eta ²	F _(2,14)	p<	Eta ²	F _(1,15)	p<	F _(1,15)	p<
F. Purgas	(1.25, 18.86) 18.15*	.0001	.55	(1.25, 18.86) 6.08*	.01	.29	7.20	.01	5.45	.03
F. atracones	(1.09, 16.41) 16.39*	.001	.52	(1.09, 16.41) 2.51*	.NS	.12	2.23	NS	1.69	.NS
Medidas	F _(2,10)	p<	Eta ²	F _(2,10)	p<	Eta ²	F _(1,11)	p<	F _(1,11)	p<
Temor A.P.	9.36	.005	.65	3.37	NS	.40	5.22	.04	5.85	.03
Evitación A.P.	10.18	.004	.67	3.84	.05	.43	5.59	.03	4.62	.05

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt..

Tal y como podemos ver en las tablas 51 y 52 son las pacientes de la condición experimental TTAIC las que mejoraron más en las medidas de escala de la psicopatología específica de los TA, produciéndose un efecto de interacción entre la condición de tratamiento y el momento. Las variables en las que más han mejorado tanto en el postratamiento como en el seguimiento al año fueron la Frecuencia de purgas (ES) ($F_{(1.25, 18.86)} = 6.08, p < .01$) y en la Evitación de los alimentos prohibidos (ES) ($F_{(2,10)} = 3.84, p < .05$) produciéndose un efecto de interacción estadísticamente significativo. En el temor a los alimentos prohibidos (ES) ($F_{(2,10)} = 3.37, p < .07$), aunque la F global no es significativa, sí que resultan significativas la interacción al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año.

A continuación se presentan las figuras de la 30 a la 33, donde se puede ver la evolución de los datos en las medidas de Escala de Psicopatología de los Trastornos Alimentarios.

Figura 30.

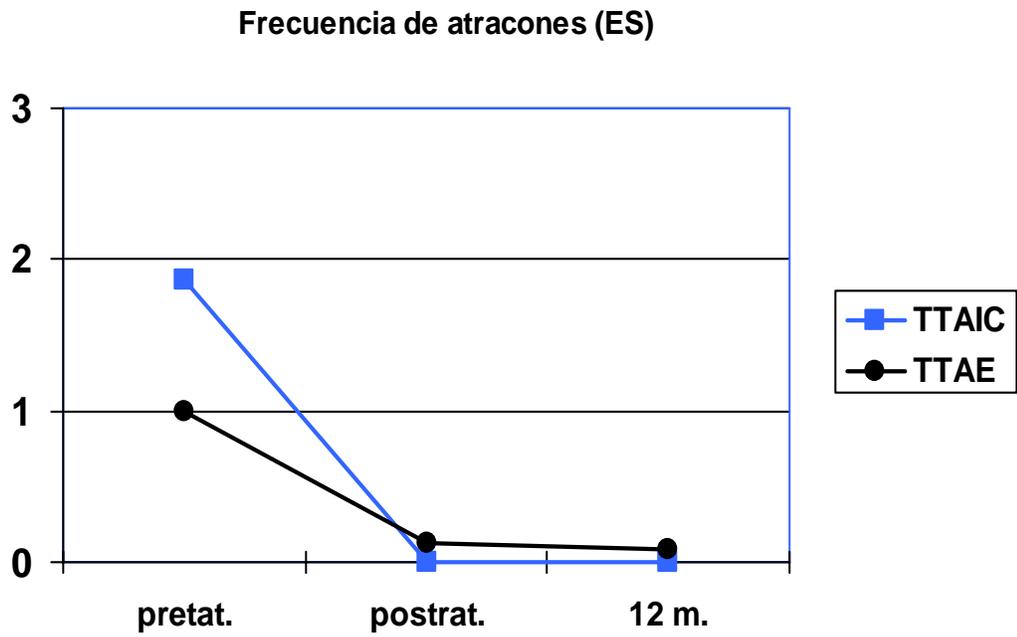


Figura 31.

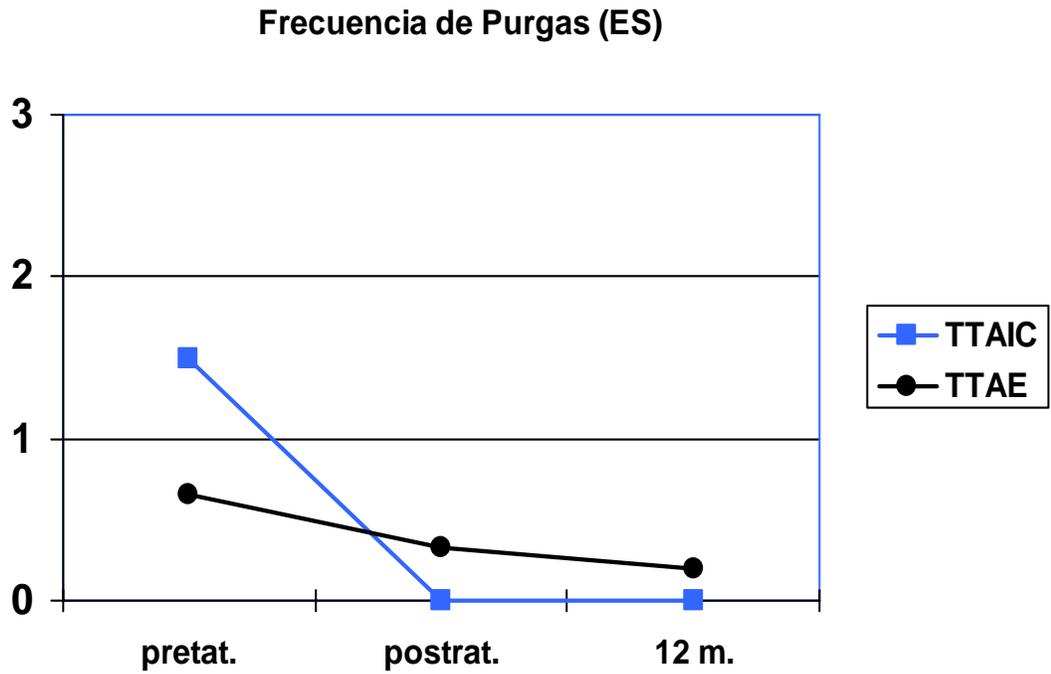


Figura 32.

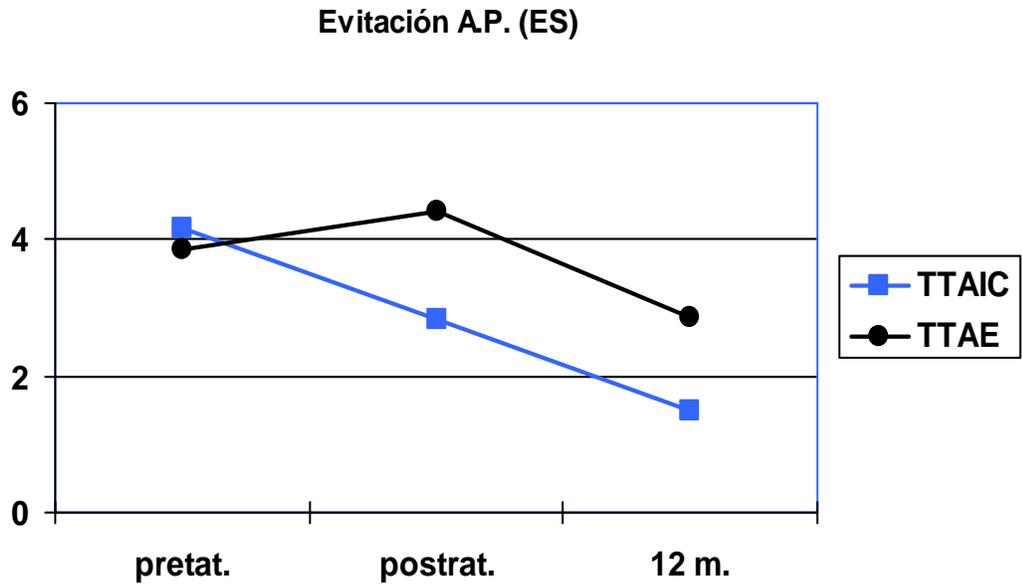
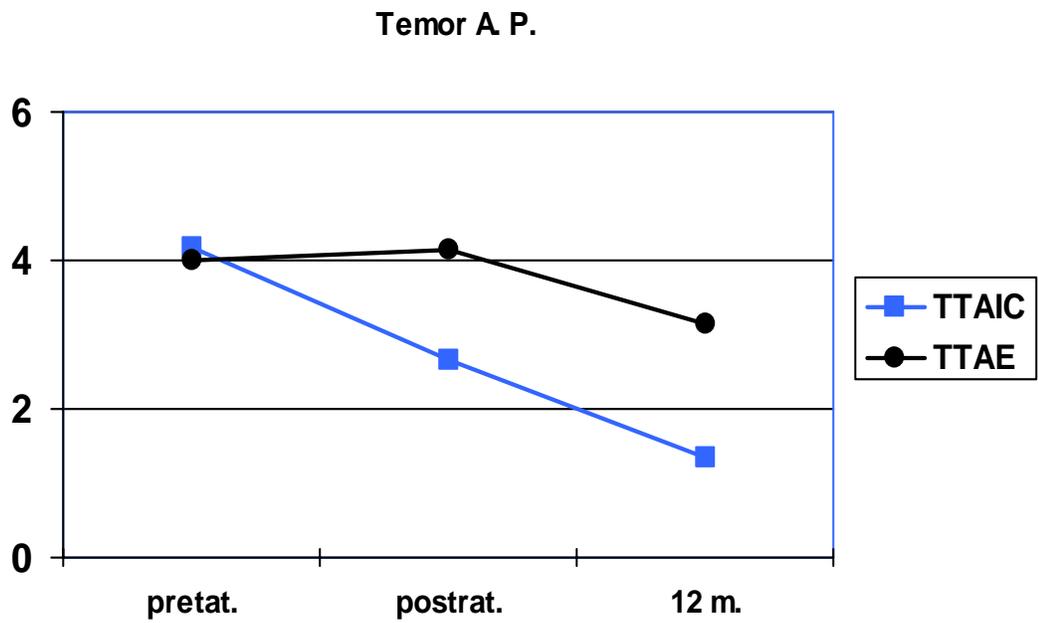


Figura 33.



3.7.3.-RESULTADOS DE LAS MEDIDAS QUE EVALUAN PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

Con las medidas de psicopatología secundaria realizamos los mismos análisis que con las variables anteriores, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 53. Medias y desviaciones típicas de las medidas de psicopatología secundaria.

		Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
	N	BDI	BDI	BDI
TTAIC	9	17.44 (9.98)	5.89 (5.42)	5.56 (5.15)
TTAE	9	26.78 (8.39)	17.33 (13.91)	16.67 (13.30)
Total	18	22.11 (10.15)	11.61 (11.81)	11.11(11.33)
		IBS	IBS	IBS
TTAIC	9	84.77 (28.98)	34.22 (24.85)	39.66 (25.90)
TTAE	9	102.44 (23.23)	76 (40.77)	67.66 (41.88)
Total	18	93.61 (27.05)	55.11 (39.18)	53.66 (36.72)

Tabla 54. Resultados del análisis de medidas repetidas de las variables de psicopatología secundaria.

Momento				Momento X condición			Contraste Simple momento X condición			
							Pretratamiento vs postratamiento		Pretratamiento vs seguimiento	
Medidas	F _(2,15)	P<	Eta ²	F _(2,15)	p<	Eta ²	F _(1,16)	p<	F _(1,16)	p<
BDI	(1.70;27..30) 15.59*	.0001	.50	(1.70;27..30) .13	NS	0	.18	NS	.12	NS
IBS	(1.43, 23,05) 17.26*	.0001	.52	(1.43, 23,05) 1.23	NS	.07	1.86	NS	.31	NS

*Corrección de grados de libertad de Huynh-feldt.

Tal como podemos ver en las tablas 53 y 54 todos los pacientes mejoran después del tratamiento y en el seguimiento al año en ambas condiciones, tanto en la puntuación de depresión como en la de psicopatología secundaria, no hay ningún efecto de interacción entre las condiciones y el momento.

A continuación presento las figuras 34 y 35, donde se puede ver la evolución de los datos en las medidas de Escala de Psicopatología Secundaria.

Figura 34.

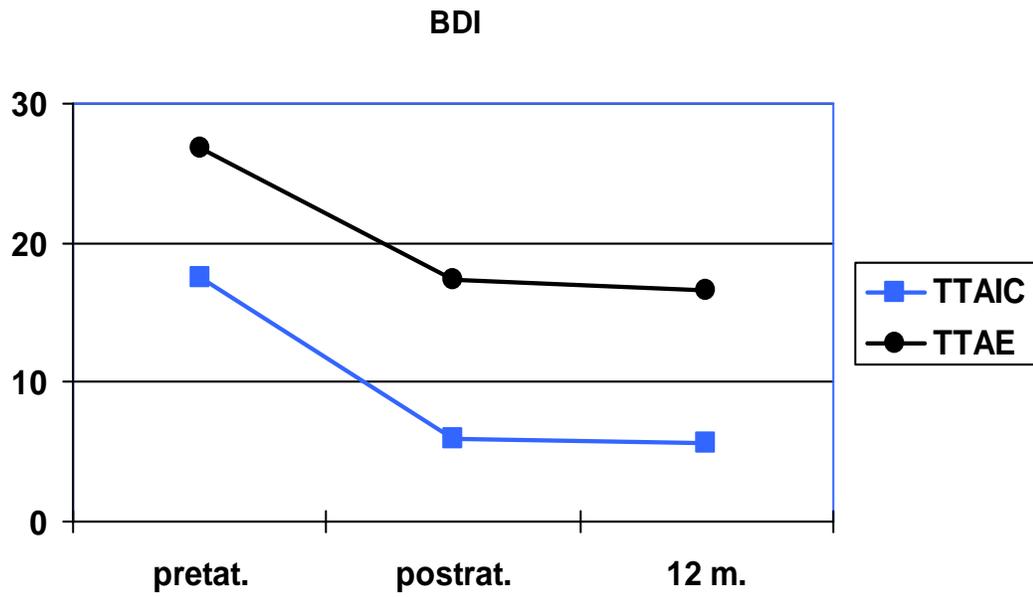
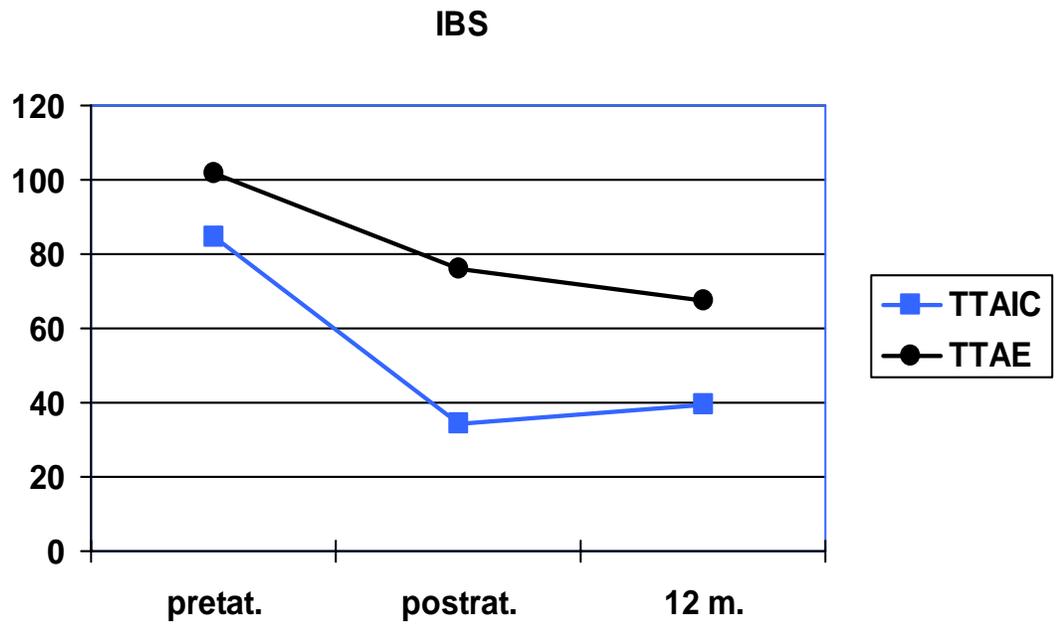


Figura 35.



Una vez realizado los anteriores análisis, que nos dan información sobre la significación estadística de los resultados obtenidos, consideramos necesario realizar un análisis que nos permita estudiar la significación clínica de nuestro trabajo.

3.8.-ANÁLISIS DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DEL TRATAMIENTO.

En el apartado anterior hemos analizado detenidamente la significación estadística de los resultados. Sin embargo, cada vez más autores (Jacobson y Truax, 1991; Sheldrick, Kendall y Heimberg, 2001, Lundgren Danoff-Burg y Anderson 2004) plantean que cuando se trata de analizar la eficacia de tratamientos, no nos podemos quedar al nivel de comparaciones estadísticas ya que lo que al fin y al cabo nos dice son que un tratamiento cambia, o que una condición experimental cambia más que otra. Sin embargo no nos dan información si este cambio implica una mejoría clínicamente importante o significativa (Jacobson y Truax, 1991). Cuando queremos comprobar la eficacia de un tratamiento necesitamos comprobar los beneficios que produce, su capacidad de mejorar la calidad de vida de las personas, etc. A este respecto la significación estadística no nos aporta mucha información.

Para comprobar si nuestro tratamiento produjo un cambio clínicamente significativo (Kendall, Marrs-Garcia, Nath, Sheldrick, 1999) comprobamos en primer lugar si se había producido un cambio fiable es decir, que los resultados que se obtienen no son debidos a los errores de medida del instrumento (Lundgren, et al. 2004). Posteriormente quisimos comprobar si los cambios producidos representaban una normalización de sus problemas de IC, de psicopatología de los TA y de la psicopatología secundaria. Para ello han de cumplir dos requisitos: a) que las puntuaciones estén dentro del rango de la población general entendiéndolo como la Media de la Población más/menos una Desviación Típica en la dirección de la funcionalidad (Lundgren, et al. 2004) y que estadísticamente no hayan diferencias entre las puntuaciones después del tratamiento y la población general para ello calculamos el tamaño del efecto de la diferencia entre nuestros participantes tratamiento y la población general. Solo cuando un tratamiento produce un cambio fiable y que ha transformado a las pacientes en población general se puede considerar que es clínicamente significativo (Lundgren, et. al. 2004).

A continuación pasamos a describir cada uno de estos cálculos.

3.8.1.-ESTIMACIÓN DE LA FIABILIDAD DEL CAMBIO PRODUCIDO POR EL TRATAMIENTO. INDICE DE CAMBIO FIABLE.

Los cálculos de Índice de Cambio Fiable (ICF) se realizaron siguiendo un programa informático “Reliable Change Generador 2.0” (Devilley, 2004). Este programa se puede obtener de Internet en la página web:

http// www.swin.edu.au/victims

Las fórmulas utilizadas para ello fueron:

$$ICF.= \frac{X_2 - X_1}{SED}$$

$$SED = \sqrt{2(SEM)^2}$$

$$SEM= DT \sqrt{1-\sigma_{XX}}$$

Donde X_2 es la media posttest y X_1 es la media pretest. SED representa al error estándar de la diferencia y SEM es el error estándar de medida del instrumento, DT es la desviación típica y σ_{XX} la fiabilidad test-retest.

Cuando el ICF es mayor de 1,96 o mayor de 2,58 podemos asegurar a un nivel de confianza del 95% y 99% respectivamente que el cambio producido es fiable.

El ICF solo se ha podido calcular para los inventarios de evaluación, ya que como se puede ver en la fórmula para su cálculo requiere conocer la fiabilidad test-retest y la desviación típica de la muestra en la que se validó.

A continuación presentamos el ICF producido en las medidas de IC, en las medidas de psicopatología de TA y posteriormente en las medidas de psicopatología secundaria.

Tabla 55. ICF producido en las medidas de Imagen Corporal, psicopatología del trastorno Alimentario y psicopatología secundaria.

Instrumentos ¹	Condición	ICF	ICF
BAT	TTAIC	4.51**	5.51**
	TTAE	.14	2.22*
BASS	TTAIC	1.86	2.50*
	TTAE	.75	.48
BIATQ	TTAIC	4.49**	10.96**
	TTAE	.94	1.92
SIBID	TTAIC	2.96**	3.85**
	TTAE	.90	1.60
ASI	TTAIC	2.36*	2.74**
	TTAE	.56	1.23
BITE	TTAIC	8.56**	10.36**
	TTAE	3.90**	4.01**
EAT	TTAIC	15.7**	17.7**
	TTAE	12.4**	12.7**
IBS	TTAIC	4.5**	4.02**
	TTAE	2.31**	3.51**
BDI	TTAIC	1.6	1.6
	TTAE	1.5	1.7

*Nivel de confianza 95% ** Nivel de confianza 99%

⁽¹⁾ El ICF solo se ha podido calcular para las medidas de inventario.

Tal y como podemos ver en la tabla 55 el cambio producido por la condición TTAIC al finalizar el tratamiento y en seguimiento al año es totalmente fiable (nivel de confianza al 95-98 %) en todas las medidas de IC (BAT, BIATQ, SIBID, ASI) (a excepción del BASS que lo alcanza en el seguimiento al año), en las medidas de psicopatología del trastorno alimentario, BITE y EAT (nivel de confianza del 95% y del 99% respectivamente) y en la psicopatología secundaria en el IBS (nivel de confianza al 95%).

Por el contrario en la condición TTAE al finalizar el tratamiento no se puede considerar ninguno de los cambios producidos en las medidas de IC como fiable (nivel de confianza 95%). En el seguimiento al año, únicamente llega a producirse un cambio fiable en el BAT. No ocurre lo mismo en las medidas de psicopatología del trastorno alimentario, donde al finalizar el tratamiento y al año de seguimiento se consideraría fiable el cambio observado en el BITE y en el EAT (nivel

de confianza 99%) y en las medidas de psicopatología secundaria IBS (nivel de confianza del 95%).

Podemos ver como los cambios producidos en el BDI no se podrían considerar como fiables en ninguna de las condiciones experimentales al 95% de confianza, pensamos que esto es debido a que los cálculos se llevaron a cabo con los datos originales del instrumento que pertenecen a una muestra no española.

3.8.2- COMPARACION DE LOS PARTICIPANTES AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO CON LA POBLACIÓN GENERAL.

Como hemos comentado anteriormente, una vez comprobado la fiabilidad del cambio el siguiente paso era comprobar si se habían reducido las puntuaciones clínicas que presentaban las pacientes al inicio del tratamiento, hasta convertirlas en puntuaciones similares a las que presenta la población general. Para estimar el acercamiento de las puntuaciones clínicas a las de la población general, consideramos que la puntuación media debía situarse en el rango del grupo normal definido como Media +/- (DT) en la dirección de la funcionalidad (Lundgren, et al 2004). Para analizar la equivalencia entre una población y otra calculamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las puntuaciones de las pacientes al finalizar el tratamiento y las puntuaciones de la población general. Para ello calculamos el Índice *g* de Hedges (Hedges y Olkin, 1985). Los autores recomienda el Índice *g* de Hedges cuando la muestra de participantes es pequeña, ya que es una fórmula más conservadora que la de Cohen (Cohen 1992). El cálculo del tamaño del efecto se realizó utilizando un programa informático “Effect Size Generador 2.2” (Deville, 2004). Este programa se puede obtener de Internet en la página web:

[http:// www.swin.edu.au/victims](http://www.swin.edu.au/victims).

La fórmula del Índice *g* de Hedges es la siguiente:

$$\text{Hedges } g = (X_1 - X_2 / \text{Hedges Pooled SD}) \times \text{Ajuste de Hedges}$$

A continuación describo las fórmulas utilizadas para el cálculo del Índice *g* de Hedges:

a) Índice de Cohen (*d*):

$$d = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{DT_1^2 + DT_2^2} / 2}$$

Donde X_1 es la media en el momento 1 (o grupo 1) y X_2 es la media en el momento 2 (o grupo 2) y DT es la Desviación Típica en cada momento.

b) Ajuste de Hedges:

$$d \times \left(1 - \frac{3}{3(n_1+n_2)-9}\right)$$

c) Hedges Pooled DT:

$$\sqrt{((n_1-1)DT_1^2+(n_2-1)DT_2^2)/n_{tot} - 2}$$

La interpretación del Tamaño del Efecto es la siguiente (Cohen, 1992): 0.2 es indicativo de un pequeño tamaño del efecto, 0.5 es indicativo de un tamaño del efecto medio y 0.8 es un tamaño del efecto grande.

En la tabla 56 presentamos los datos de puntuaciones medias obtenidas por la población general de mujeres en las diferentes medidas utilizadas en la investigación:

Tabla 56. Medias y desviaciones de las medidas utilizadas.

Instrumento (n)	Media (DT)	Fuente
BAT (215)	33.68(15.81)	Salvador et al 2004
BIATQ (99)	18.55 (37.52)	Borra et al 2003
BASS (99)	27.48 (6.18)	Borra et al 2003
SIBID (215)	75.63 (40.53)	Gallego et al 2004
ASI (99)	21.71 (8.38)	Borra et al 2003
BITE(30)	33 (2.57)	Henderson y Freeman, 1987
EAT-40 (78)	18.6 (3.5)	Castro et al., 1991
IBS (114)	33.50 (25.07)	Ruiperez et al 2001

A continuación presentamos la comparación de las puntuaciones al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año de los participantes con la población general en las medidas de IC, en las medidas de psicopatología de TA y posteriormente en las medidas de psicopatología secundaria (Tablas 57, 58 y 59).

a) MEDIDAS DE IMAGEN CORPORAL.

Tabla 57. Comparación de las condiciones experimentales con la población general en las medidas de Imagen Corporal.

Cond.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general.
	BIATQ	BIATQ	BIATQ	t G de Hedges	t ₍₁₀₆₎ G de Hedges
TTAIC	78.8 7(21.40)	7 (39.67)	-5.38(21.64)	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.48 NS	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.47 NS
TTAE	64.50(30.37)	49.38 (42.39)	33.63(43.68)	(+) t ₍₁₀₆₎ = 2.33 P<.01 G= .80	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.13 NS
Poblacion General	18.55 (37.52)				
	BAT	BAT	BAT		
TTAIC	66.4 7(10)	36.25 (16.17)	29.50(12) **	(+)t ₍₂₂₂₎ = .61 NS	(+)t ₍₂₂₂₎ = .50 NS
TTAE	61.13 (14.87)	60.13 (24.03)	46.25(23.29)	t ₍₂₂₂₎ =4.48 P<.001 G =1.52	(+) t ₍₂₂₂₎ = 2.23 P<.01 G= .75
Población General	32.53 (17.81)				
	BAS	BAS	BAS		
TTAIC	19.87 (2.70)	27.5 (4.31)	30.13 (2.10)	(+)t ₍₁₀₆₎ = .00 NS	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.27 NS
TTAE	21.75 (4.80)	24.83 (5.82)	23.75 (5.12)	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.23 NS	(+) t ₍₁₀₆₎ = 1.75 P<.05 G= .60

Población General	27.48 (6.18)				
	SIBID	SIBID	SIBID		
TTAIC	147.13 (22.79)	83.50 (41.99)	64.38 (37.77)	(+).t ₍₂₂₂₎ = .56 NS	(+)t ₍₂₂₂₎ -.81 NS
TTAE	138.23 (23.33)	118.75(46.25)	103.75(50.56)	t ₍₂₂₂₎ =3.11 P< .005 G =1.05	(+)t ₍₂₂₂₎ =2.01 P< .005 G =.68
Población General	75.63 (40.53)				
	ASI	ASI	ASI		
TTAIC	35.87 (9.61)	20.75 (9.30)	18.37 (10.64)	(+)t ₍₁₀₆₎ = 32 NS	(+)t ₍₁₀₆₎ = 1.11 NS
TTAE	31.38 (11.44)	27.75 (10.74)	23.50 (13.08)	(+)t ₍₁₀₆₎ = 2.02 P<.05 G= .69	(+)t ₍₁₀₆₎ -.58 NS
Población General	21.71 (8.38)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Tal y como podemos ver en la tabla 57 al finalizar el tratamiento todas las pacientes, en la condición TTAIC tenían puntuaciones semejantes a las de la población general. En la condición TTAE no estaban en el rango de la población general las puntuaciones obtenidas en el BAT y SIBID. En el seguimiento las puntuaciones de ambas condiciones estaban dentro del rango de población normal. Sin embargo las pacientes de la condición TTAIC redujeron las puntuaciones en las actitudes hacia el cuerpo (BAT), en la satisfacción corporal (BASS), en la frecuencia de pensamientos negativos sobre el cuerpo (BIATQ), en el malestar con el cuerpo asociado a diversas situaciones (SIBID), en los esquemas sobre la apariencia (ASI), en mayor medida, obteniendo en el seguimiento al año puntuaciones que eran mejores que las de la población general.

En cuanto al tamaño del efecto de la diferencia vemos como las pacientes de la condición TTAIC no presentan diferencias significativas en ninguna medida de IC tanto en el momento de finalizar el tratamiento como en el seguimiento. Por su parte en la condición TTAE, la magnitud de la diferencia entre la población normal y las pacientes es grande al finalizar el tratamiento en las medidas BIATQ (t₍₁₀₆₎= 2.33 p<.0,1G= .80), BAT (t₍₂₂₂₎=4.48 p<.001, G =1.52), SIBID (t₍₂₂₂₎=3.11 p<

.005, $G = 1.05$) y ASI ($t_{(106)} = 2.02$ $p < .05$, $G = .69$) .En el seguimiento al año el tamaño del efecto de la diferencia sigue siendo medio-alto en las medidas BAT ($t_{(222)} = 2.23$ $p < .01$, $G = .75$), BASS $t_{(106)} = 1.75$ $p < .05$, $G = .60$) y SIBID ($t_{(222)} = 2.01$ $p < .005$, $G = .68$)

a) MEDIDAS DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Tabla 58. Comparación de las dos condiciones experimentales con la población general en las medidas de psicopatología de los Trastornos Alimentarios.

Condic.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general
	BITE	BITE	BITE	G de Hedges	G de Hedges
TTAIC	25.78 (9.73)	8.22 (6.16) **	4.56 (4.22) **	$t_{(37)} = 3.57$ p<.001 G =1.30	⁽⁺⁾ $t_{(37)} = 1.07$ NS
TTAE	24.11 (8.55)	16.11 (8.30) **	15.56(10.37) **	$t_{(37)} = 7.50$ p<.001 G =2.79	$t_{(37)} = 6.03$ p<.001 G =2.24
Población General	3.33 (2.57)				
	EAT	EAT	EAT		
TTAIC	47.22 (15.65)	17.00 (9.42) **	12(7.31) **	⁽⁺⁾ $t_{(82)} = 1.02$ NS	⁽⁺⁾ $t_{(85)} = 4.63$ p<.001 G =1.62
TTAE	53.33 (13.28)	34.44 (25.54)	28.11(19.23)	$t_{(82)} = 5.12$ P<.001 G =1.71	$t_{(82)} = 3.92$ p<.001 G =1.37
Población General	18.60 (3.50)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Como podemos ver en la Tabla 58 al finalizar el tratamiento las pacientes de la condición experimental TTAIC presenta puntuaciones similares a las de la población general (M+/- (DT) en las medidas de psicopatología de los trastornos alimentarios (EAT) destacando que en el EAT las pacientes de la condición TTAIC presentan puntuaciones incluso mejores que la población general (17,00 (9,42) y 12 (7,31)) en el postratamiento y en el seguimiento, respectivamente. En el BITE, por el contrario, fue en el seguimiento cuando se podría considerar su puntuación como similar a la de la población general. En la condición experimental TTAE no se normalizaron ni las actitudes hacia la comida y el cuerpo (EAT) ni las conductas y creencias características de la Bulimia (BITE) ni al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento.

Cuando analizamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las participantes y la población general vemos que las participantes de la condición TTAIC no presentaban ninguna diferencia significativa de tamaño del efecto en el postratamiento en el EAT ($t_{(82)}=1.02$ NS), sí en el seguimiento al año, aunque esto fue debido a que obtuvieron puntuaciones mejores que la población general ($t_{(85)}=-4.63$ $p<.001$ $G=1.62$). Con respecto a las conductas típicamente bulímicas (BITE), en el seguimiento al año las pacientes presentan puntuaciones equivalentes a la población general ($t_{(37)}=1.07$ NS). Por el contrario, en la condición TTAE al finalizar el tratamiento todavía persisten diferencias significativas (tamaño del efecto es muy grande) en el EAT ($t_{(106)}=4.38$ $p<.001$, $G=1.51$) y en el BITE ($t_{(37)}=7.50$ $p<.001$ $G=2.79$) y en el seguimiento al año EAT ($t_{(106)}=3.23$ $p<.001$, $G=1.11$) y BITE ($t_{(37)}=6.03$ $p<.001$ $G=2.24$).

b) MEDIDAS DE PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

Tabla 59. Comparación de las dos condiciones experimentales con la población general en las medidas de psicopatología secundaria.

COND.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general.	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general
IBS	IBS	IBS	IBS	G de Hedges	G de Hedges
TTAIC	84.77 (28.98)	34.22 (24.85)	39.66 (25.90)	⁽⁺⁾ $t_{(121)}=.08$ NS	⁽⁺⁾ $t_{(121)}=.70$ NS
TTAE	102.44(23.23)	76 (40.77)	67.66 (41.88)	$t_{(121)}= 4.11$ P< .001 G = 1.41	$t_{(121)}=3.72$ P<.001 G =.1.28
Población General	33.50(25.07)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Como podemos ver en la Tabla 59 las pacientes de la condición experimental TTAIC, presentan puntuaciones similares a las de la población general (M+/- (DT) en las medidas de psicopatología secundaria (IBS) tanto en el postratamiento como en el seguimiento al año. Por el contrario las pacientes de la condición experimental TTAE no están dentro del rango de la población general al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento.

Cuando analizamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las participantes y la población general vemos que las participantes de la condición TTAIC no presentan ninguna diferencia (tamaño del efecto) en el postratamiento y en el seguimiento al año. Por el contrario en la condición TTAE todavía hay muchas diferencias (el tamaño del efecto es muy grande) en el postratamiento ($t_{(121)}= 4.11 p< .001$, G = 1.41) y en el seguimiento al año ($t_{(121)}=3.72 p<.001$, G =.1.28).

3.8.3- COMPARACION DE LOS PARTICIPANTES AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO CON LA POBLACIÓN GENERAL CON BAJA VULNERABILIDAD A PADECER UN TRASTORNO ALIMENTARIO.

En el apartado anterior hemos comparado las puntuaciones al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año, con la población general. Como hemos explicado en el marco teórico, los TA son problemas que están influidos socialmente en una gran medida, por este motivo en la población general existe una proporción de personas que presentan actitudes, pensamientos y conductas que les hacen ser muy vulnerables a padecer un TA, pero que no tienen la gravedad o no producen la interferencia suficiente como para considerarlas un trastorno (lo que se podría llamar “población subclínica”). En diversos trabajos se ha encontrado que esta población con alta vulnerabilidad presenta diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología alimentaria, en la imagen corporal y en la psicopatología secundaria al resto de población general (Raich, et al. 1997, Borra, 2002). Por todo ello pensamos que es necesario hacer una comparación más exigente y precisa. Para ello calculamos el tamaño del efecto de la diferencia entre las puntuaciones de las pacientes en el momento de finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año con la media de la población con baja vulnerabilidad a padecer un TA. En un estudio previo (Borra, 2004) se dividió a población general entre la población con una vulnerabilidad a padecer un TA (población subclínica) y la que presenta una baja vulnerabilidad. En dicho trabajo se utilizaba el EAT. Se utilizó una puntuación de 20 como puntuación de corte, tal y como recomiendan Castro et. al. (1991).

En la tabla 60 se presentan las medias y desviaciones típicas que esta población con poca vulnerabilidad a padecer un TA obtuvo en diversos cuestionarios.

Tabla 60. Medias y desviaciones típicas de población con baja vulnerabilidad a padecer un TA

Instrumento (n)	Media (DT)
BAT (98)	25.83 (13.94)
BIATQ (98)	7.1 (28.59)
BASS (98)	29.60 (5.33)
SIBID (98)	59.79 (31.53)
ASI (98)	19.58 (7.19)
EAT-40 (99)	9.73 (5.68)
IBS (98)	35.46 (26.50)

A continuación se presenta el tamaño del efecto en las medidas de IC, de psicopatología de los TA y de psicopatología secundaria.

a) MEDIDAS DE IMAGEN CORPORAL.

Tabla 61. Comparación de las condiciones experimentales con la población general en las medidas de Imagen Corporal.

Cond.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general.
	BIATQ	BIATQ	BIATQ	G de Hedges	G de Hedges
TTAIC	78.8 7(21.40)	7 (39.67)	-5.38(21.64)	(+)t ₍₁₀₅₎ =-.009 NS	t ₍₁₀₅₎ =0.74 NS
TTAE	64.50(30.37)	49.38 (42.39)	33.63(43.68)	(+) t ₍₁₀₅₎ = 4.06 p<.001 G= 1.40	(+)t ₍₁₀₅₎ =2.54 p<.01 G= .87
Población General	7.1 (28.59)				
	BAT	BAT	BAT		
TTAIC	66.4 7(10)	36.25 (16.17)	29.50(12)	(+)t ₍₁₀₅₎ =2.15 p<.05 G= .74	(+)t ₍₁₀₅₎ =.77 NS
TTAE	61.13 (14.87)	60.13 (24.03)	46.25(23.29)	t ₍₁₀₅₎ =7.21 p<.001 G =2.44	t ₍₁₀₅₎ = 4.17 p<.001 G= 1.41
Población General	25.83 (13.94)				
	BAS	BAS	BAS		
TTAIC	19.87 (2.70)	27.5 (4.31)	30.13 (2.10)	(+)t ₍₁₀₅₎ = 1.14 NS	(+)t ₍₁₀₅₎ =.29 NS
TTAE	21.75 (4.80)	24.83 (5.82)	23.75 (5.12)	t ₍₁₀₅₎ = 2.55 p<.01 G= .88	t ₍₁₀₅₎ = 3.16 p<.001 G= 1.09
Población General	29.60 (5.33)				
	SIBID	SIBID	SIBID		

TTAIC	147.13 (22.79)	83.50 (41.99)	64.38(37.77)	(+).t ₍₁₀₅₎ = 2.09 p<.05 G= .72	(+)t ₍₁₀₅₎ =41 NS
TTAE	138.23 (23.33)	118.75(46.25)	103.75 (50.56)	t ₍₁₀₅₎ =5.14 p< .001 G =1.78	t ₍₁₀₅₎ =3.78 p< .001 G =1.03
Población General	59.79 (31.53)				
	ASI	ASI	ASI		
TTAIC	35.87 (9.61)	20.75 (9.30)	18.37(10.64)	(+)t ₍₁₀₅₎ = 44 NS	(+)t ₍₁₀₅₎ =46 NS
TTAE	31.38 (11.44)	27.75 (10.74)	23.50(13.08)	t ₍₁₀₅₎ = 3.11 p<.001 G= 1.07	(+)t ₍₁₀₅₎ =1.44 NS
Población General	19.58 (7.19)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Tal y como podemos ver en la tabla 61 al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año, todas las pacientes, de la condición experimental TTAIC, tenían puntuaciones que se podían considerar como semejantes a las de la población general (M+/- (DT)). Por el contrario las pacientes de la condición TTAE al finalizar el tratamiento ninguna tenía puntuaciones similares a las de la población general en el BAT, BIATQ, BASS, SIBID y ASI. Tuvieron que esperar al seguimiento al año para que las puntuaciones en el BIATQ y el ASI entraran dentro del rango de la población general, el resto de medidas permanecía fueran de este rango (BAT, BASS y SIBID). Cuando nos fijamos en el tamaño del efecto de la diferencia, podemos ver como las pacientes de la condición TTAIC al finalizar el tratamiento no presentan diferencias significativas en la frecuencia de pensamientos negativos (BIATQ), en la satisfacción corporal (BASS) y en los esquemas sobre la apariencia (ASI). Por el contrario se existe un tamaño del efecto medio-alto en las actitudes hacia el cuerpo (BAT) ($t_{(105)}=2.15$, $p<.05$, $G =.74$) y en el malestar corporal asociado a situaciones sociales (SIBID) ($t_{(105)}= 2.09$, $p<.05$, $G = .72$). Como podemos observar en la tabla 61 estas diferencias desaparecen en el seguimiento al año, donde en todas las medidas de IC la puntuaciones de las pacientes de la condición TTAIC es similar a las de la población general con baja vulnerabilidad.

Por su parte en la condición TTAE la magnitud de la diferencia entre la población general y las pacientes es muy alta al finalizar el tratamiento en las medidas BIATQ ($t(105)=4.06$ $p<.001$, $G=1.40$), BAT ($t(105)=7.21$ $p<.001$, $G=2.44$), BASS ($t(105)=2.55$ $p<.01$, $G=.88$), SIBID ($t(105)=5.14$ $p<.001$, $G=1.78$) y ASI ($t(105)=3.11$ $p<.001$, $G=1.07$). En el seguimiento al año las diferencias siguen siendo altas en la mayoría de las medidas de IC BIATQ ($t(105)=2.54$ $p<.01$, $G=.87$), BAT ($t(105)=4.17$ $p<.001$, $G=1.41$), BASS ($t(105)=3.16$ $p<.001$, $G=1.09$), SIBID ($t(105)=3.78$ $p<.001$, $G=1.03$), a excepción del ASI.

b) MEDIDAS DE PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

En el caso de las medidas de Trastornos Alimentarios, únicamente tenemos datos del EAT, ya que no disponemos de datos del BITE en población general con baja vulnerabilidad. Para ello utilizaremos los datos del estudio de Borra (2004) en el que dividió a la población general en altas restrictivas y bajas restrictivas utilizando la Escala de Restricción de Herman y Polivy (1980) y lo aplicamos al EAT. A continuación en la Tabla 48 presento los resultados obtenidos.

Tabla 62. Comparación de las dos condiciones experimentales con la población general en las medidas de psicopatología de los Trastornos Alimentarios.

Condic.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general
	EAT	EAT	EAT		
TTAIC	47.22 (15.65)	17.00 (9.42)	12(7.31)	$t_{(106)}=.3.45$ $p<.001$ $G=1.19$	⁽⁺⁾ $t_{(106)}=1.12$ NS
TTAE	53.33 (13.28)	34.44 (25.54)	28.11(19.23)	$t_{(106)}=7.98$ $p<.001$ $G=2.75$	$t_{(106)}=6.94$ $p<.001$ $G=2.40$
Población General	9.73(5.68)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Como podemos ver en la Tabla 62 las pacientes de la condición TTAIC, no presenta puntuaciones similares a las de la población general (M+/- (DT) al finalizar el tratamiento (17,00 (9.42) pero si en el seguimiento al año (12 (7,31)) en las medidas de psicopatología de los trastornos alimentarios (EAT). No ocurre lo mismo con las pacientes de la condición TTAE, cuyas puntuaciones el postratamiento (34,44 (25,54)) y en el seguimiento (28,11(19,23)) estarían fuera del rango considerado para la población normal.

Cuando analizamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las participantes y la población general vemos que las participantes de la condición TTAIC presentaban un tamaño del efecto grande en al finalizar el tratamiento ($t_{(106)} = 3.45$ $p < .001$, $G = 1.19$), sin embargo dada la evolución de los datos esta diferencia se eliminaba en el seguimiento al año. Por el contrario en la condición TTAE el tamaño del efecto es muy grande en el postratamiento ($t_{(106)} = 7.98$ $p < .001$, $G = 2.75$) y en el seguimiento al año ($t_{(106)} = 6.94$ $p < .001$, $G = 2.40$).

c) MEDIDAS DE PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

Tabla 63. Comparación de las dos condiciones experimentales con la población general en las medidas de psicopatología secundaria.

Condic.	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento	Tamaño del efecto Post vs población general.	Tamaño del efecto Seguimiento vs población general
	IBS	IBS	IBS		
TTAIC	84.77 (28.98)	34.22 (24.85)	39.66 (25.90)	⁽⁺⁾ $t_{(105)} = .13$ NS	⁽⁺⁾ $t_{(105)} = .45$ NS
TTAE	102.44 (23.23)	76 (40.77)	67.66 (41.88)	$t_{(105)} = 3.57$ $P < .001$ $G = 1.02$	$t_{(105)} = 3.30$ $P < .001$ $G = 1.14$
Población General	35.46(26.50)				

Se ha señalado con (+) las medidas en las que la puntuación media obtenida después del tratamiento y en el seguimiento se sitúa en el intervalo de puntuaciones de la población general (M+/- (DT)).

Como podemos ver en la Tabla 63 las pacientes de la condición de tratamiento TTAIC, presentan puntuaciones similares a las de la población general ($M \pm (DT)$) en las medidas de psicopatología secundaria (IBS) tanto en el postratamiento como en el seguimiento al año. Por el contrario las pacientes de la condición de tratamiento no presentan puntuaciones que puedan considerarse como dentro del rango de la población general al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año.

Cuando analizamos el tamaño del efecto de las diferencias entre las participantes y la población general vemos que las participantes de la condición de tratamiento TTAIC no presentan un tamaño del efecto significativo en el postratamiento y en el seguimiento al año. Por el contrario en la condición de tratamiento TTAE el tamaño del efecto es grande en el postratamiento ($t_{(105)} = 3.57$ $p < .001$, $G = 1.02$) y en el seguimiento al año ($t_{(105)} = 3.30$ $p < .001$, $G = 1.14$).

4.- RESUMEN DE LOS RESULTADOS FUNDAMENTALES

Los resultados anteriormente comentados se podrían resumir de la siguiente manera:

1.-Cuando se utiliza la totalidad de la muestra y se comparan las dos condiciones experimentales vemos que al finalizar el tratamiento las pacientes de la condición TTAIC alcanzaron una mejoría mayor que las de la condición TTAE en las medidas de IC (actitudes hacia el cuerpo, frecuencia de pensamientos negativos y malestar que les produce su cuerpo reflejado en el espejo) y en las medidas de psicopatología del TA (sintomatología bulímica, frecuencia de atracones y de purgas, temor y evitación a alimentos prohibidos). Esta mejoría es estadísticamente significativa. La mejoría se detecta un año antes en la condición TTAIC y se mantiene en el seguimiento al año. Ahora bien, en la condición TTAE en el seguimiento al año se produce una mejoría que se acerca, aunque sin alcanzarla, a la de la condición TTAIC, por lo que no hay diferencias estadísticamente significativas.

En las medidas de psicopatología secundaria la condición TTAIC mejora más que la condición TTAE, ahora bien estas diferencias no son estadísticamente significativas.

2.-Cuando extraemos de la muestra las pacientes con graves trastornos de personalidad y puntuaciones extremas en la mayoría de medidas, al comparar las dos condiciones experimentales vemos que la condición TTAIC alcanza una mejoría mayor que la condición TTAE en las diferentes medidas utilizadas. En lo que a las medidas de IC se refiere, además de las mencionadas en el párrafo nº 1, también ocurre en la frecuencia de emociones negativas sobre el cuerpo producidas por situaciones sociales, en los esquemas sobre la apariencia y en la satisfacción corporal. Por lo que respecta a las medidas de psicopatología del TA, se produce en las mismas medidas que anteriormente hemos comentado, con excepción de la frecuencia de atracones y el temor a los alimentos prohibidos. Ahora bien, esta mejoría es estadísticamente significativa al finalizar el tratamiento y, a diferencia del punto anterior, también se siguen observando las diferencias entre ambas condiciones en el seguimiento al año.

En la psicopatología secundaria se ha producido una mejoría mayor en la condición TTAIC sin embargo al igual que ocurrió cuando comparamos toda la muestra, esta diferencia no alcanzó la significación estadística.

3.- Las puntuaciones de las pacientes de la condición TTAIC al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año mostraban un cambio fiable, atendiendo al criterio de Jacobson y Truax (1991) **y eran equivalentes a las de la población general** en todas las medidas de IC (en las actitudes corporales, frecuencia de pensamientos negativos, frecuencia de emociones negativas sobre el cuerpo producidas por situaciones sociales, esquemas de apariencia y satisfacción corporal), en las medidas de psicopatología de los TA (EAT en el postratamiento y seguimiento, y en la sintomatología bulímica en el seguimiento al año) y en las medidas de psicopatología secundaria (IBS).

En la condición experimental TTAE ni al finalizar el tratamiento ni en el seguimiento al año, se obtuvieron puntuaciones equivalentes a las de la población general en la psicopatología del TA, ni en la psicopatología secundaria, ni en las medidas de IC. Destacando que en estas últimas no se alcanzaron los criterios de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991).

4.- Cuando comparamos las puntuaciones de las participantes de nuestro estudio con las de la población general con baja vulnerabilidad a padecer un TA, vemos que las participantes de la condición TTAIC al finalizar el tratamiento presentan puntuaciones equivalentes en las mismas medidas de IC que en el párrafo 3 a excepción de, las actitudes corporales y la frecuencia de emociones negativas sobre el cuerpo producidas por situaciones sociales. Al igual que en el párrafo anterior (nº 3), también son equivalentes en las medidas de psicopatología secundaria (IBS). Sin embargo, no son equivalentes al finalizar el tratamiento las puntuaciones de la psicopatología del TA (EAT). Ahora bien, en el seguimiento al año todas las puntuaciones en las medidas de IC, de la psicopatología del TA (EAT) y de psicopatología secundaria (IBS) son equivalentes a las de la población general con baja vulnerabilidad de padecer un TA. En todas las medidas se alcanza el criterio de cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año.

Las pacientes de la condición TTAE al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año no obtuvieron puntuaciones equivalentes a las de la población general con baja vulnerabilidad a padecer un TA, ni en las medidas de IC, ni de psicopatología del TA, ni de psicopatología secundaria (IBS).

5.-DISCUSION Y CONCLUSIONES FINALES.

En un estudio previo (Perpiñá, et. al., 1999; Marco, 2000) cuyo objetivo era comprobar la eficacia diferencial del tratamiento de la IC a través de técnicas de RV frente al tratamiento tradicional de la IC, se comprobó que en la condición que se utilizaba la RV se producía una mejoría mayor en comparación a la condición que utilizaba técnicas tradicionales. Por lo tanto, de este trabajo concluimos que era más eficaz el tratamiento de las alteraciones de la IC cuando está apoyado por técnicas de RV. Otro resultado de aquel estudio (Perpiñá, et. al 1999;) fue que sin ser el objetivo del tratamiento también se produjo una reducción de la psicopatología de los trastornos alimentarios y de la psicopatología secundaria y que estos resultados se mantenían en el seguimiento al año (Perpiñá, et.al., 2000). Ahora bien, este tratamiento se aplicó a un grupo de personas diagnosticadas de trastornos alimentarios que había recibido un tratamiento convencional centrado en el TA. Quedaba por estudiar qué sucedía cuando a un grupo de pacientes que, además de su tratamiento convencional, se les administraba un tratamiento específico para la IC, frente a otro que no lo recibía.

El objetivo general de esta tesis es realizar un estudio controlado en el que se pueda comparar la TCC para los TA, frente a la TCC para los TA más un componente para el tratamiento de la IC apoyado en técnicas de RV y estudiar, si el hecho de incidir directamente en el tratamiento de las alteraciones de la I C, repercute en otras áreas de la psicopatología de los TA.

La TCC para los TA ha recibido en los últimos años mucha atención y se han realizado muchos estudios sobre su eficacia (Wilson, Fairburn y Agras, 1997) mayoritariamente en el caso de la bulimia nerviosa, para la cual está aceptada como el tratamiento de elección (Wilson y Fairburn, 2002). En el caso de la anorexia nerviosa, aunque no existen datos tan concluyentes sobre su eficacia, dada las similitudes con la bulimia se plantea que las pacientes con anorexia también pueden beneficiarse de un Tratamiento Cognitivo Comportamental (Garner, Vitousek y Pike, 1997; Wilson y Fairburn, 2002).

Pese a que la TCC es la primera elección de tratamiento, los resultados indican que solamente alrededor del 50% de las pacientes con diagnóstico de bulimia eliminan totalmente los atracones y los vómitos. Del resto, algunas pacientes muestran una mejoría parcial, mientras que otras no obtienen ningún beneficio (Wilson y Fairburn, 1998). En el caso de la anorexia Nerviosa, todavía faltan estudios fiables sobre su eficacia (Wilson y Fairburn, 2002). En un meta-análisis reciente (Lundgren, et.al. 2004) se puso de manifiesto que cuando se realiza un análisis de la eficacia de la TCC para la bulimia nerviosa, desde una perspectiva del cambio clínicamente significativo, ésta producía resultados mínimos o moderados. Las variables más conductuales

(atracones, vómitos y conductas restrictivas) mostraban un cambio clínicamente significativo; sin embargo no se produjo un cambio clínicamente significativo en las actitudes hacia la comida, hacia la apariencia y el cuerpo, ni en la autoestima. Los resultados obtenidos en el presente trabajo confirman lo encontrado por autores como Lundgren et. al. (2004).

Cuando revisamos el programa de tratamiento de Fairburn (Fairburn, 1985, Garner, Vitousek, y Pike, 1997) podemos observar que sólo dedica una pequeña parte de su intervención a trabajar el problema de la IC, bajo nuestro punto de vista, muy reducida si lo que queremos es modificar las experiencias, creencias y pensamientos negativos acerca de nuestro cuerpo que se han ido formando durante muchos años y forman parte de nuestro yo, ya que están muy imbricadas con los sentimientos de autovalía (Cash, 2002). Varios estudios (Cash, 1995; Cooper y Taylor, 1988) han puesto de manifiesto que, comparada con otras variables, la IC es uno de los factores de pronóstico más importantes, tanto en el tratamiento de la bulimia como de la anorexia nerviosa, ya que como comentan muchos autores (Cash, 1995; Cooper y Taylor, 1988; Kiemle, Slade y Dewey, 1987; Rosen, 1992, 1997; Slade, 1985; Thompson, 1992) la insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la IC se encuentran asociadas con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida, como es la falta de control sobre la comida, hacer dietas restrictivas y la existencia de sintomatología bulímica. Por este motivo, la persistencia de la insatisfacción corporal después del tratamiento de los TA es un predictor fiable de recaída en la bulimia nerviosa (Bowen y Preble, 1985; Cash y Hrabrosky, 2003; Fairburn, Peveler, Jones, Hope y Doll, 1993; Rosen, 1997,). Al igual que Rosen (1996), pensamos que la restauración del peso y la reducción de la patología alimentaria no garantizan por sí mismas la mejora de las distintas dimensiones de la IC (emociones, creencias y comportamientos) y que es necesario un tratamiento específico dirigido a trabajar las alteraciones de la IC entendiendo esta como un constructo multidimensional.

Los resultados obtenidos en esta tesis ponen de manifiesto la conveniencia de incluir un componente de tratamiento que aborde las alteraciones de la IC en el protocolo de tratamiento general de los TA, ya que vemos que se produce una mayor mejoría en las actitudes, pensamientos, emociones y conductas relacionadas con el cuerpo y el aspecto físico y, de igual manera, repercute produciendo una mejoría mayor en la psicopatología del TA y de la psicopatología secundaria. También se observa que al tratar la IC se acelera el proceso de cambio y se potencian los resultados de la TCC para los TA, de manera que esta mejoría se produce mucho antes cuando se trata la IC (un año antes) y, lo que es más importante, se reducen los problemas de la IC, del trastorno alimentario y de la psicopatología secundaria hasta conseguir que las pacientes se sitúen en el mismo rango que la población general con baja vulnerabilidad de padecer un TA. Teniendo en cuenta la interferencia que producen los TA en la vida de quien los padece (y en la gente de su

entorno), el hecho de obtener una mejoría mayor con un año de antelación es importante ya que puede reducir mucho las secuelas producidas por el TA (desajuste social, fracaso escolar, abandono del núcleo familiar, rupturas de pareja, etc.) y ello puede proteger a la persona del riesgo de futuras recaídas.

Estos resultados van en la línea de todos aquellos autores (Cash, 2002; Cash y Habrosky, 2003; Perpiñá, et. al. 2000 ; Raich; 2000; Rosen , 1996) que plantean que para mejorar y normalizar los problemas de IC no basta con una intervención superficial, sino que es necesario un tratamiento específico que aborde todas y cada una de las dimensiones de las alteraciones de la IC (actitudinal, perceptiva, y emocional). Por lo tanto, contestando a la cuestión planteada por Pike et al. (2003) acerca de si el hecho de ampliar los actuales programas de tratamiento con componentes específicos y relevantes en cada caso mejoraría los resultados, podemos concluir que cuando se amplía la TCC con un componente de IC apoyado en técnicas de RV los resultados obtenidos son significativamente mejores, tanto desde el punto de vista estadístico como clínico.

En el estudio anteriormente comentado (Perpiñá, et. al. ,1999) el tratamiento de la IC fue beneficioso globalmente para una muestra compuesta por pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa. Estos datos apoyan la hipótesis de que las alteraciones de la IC es un aspecto central en cualquier TA, independientemente de sus manifestaciones más comportamentales (ya sean atracones/purgas o restricción); si bien quedaría por delimitar la diferente influencia que la intervención de la IC produciría en cada uno de estos dos diagnósticos, aspecto éste que no ha podido ser analizado en el presente trabajo.

Los resultados obtenidos en esta tesis confirman lo planteado por Fairburn, Jones, Peveler, Hope, O'Connor (1993), en lo referente a que la TCC para la bulimia nerviosa (Wilson, et. al., 1997), cuando se aplica a personas que además de la bulimia nerviosa presentan depresión grave, alto riesgo de suicidio, abuso de sustancias, pobre auto-estima y trastornos de personalidad del cluster B, considerar únicamente la TCC para la Bulimia nerviosa no sería suficiente.

En el caso concreto de nuestro trabajo, en la condición TTAE, las pacientes con el perfil de graves trastornos de personalidad y puntuaciones extremas en la mayoría de medidas abandonaron el tratamiento. Ahora bien, es de destacar que, al igual que nos sucedió en un estudio anterior (Perpiñá et. al. 1999), el número de abandonos fue menor en la condición en la que se trató específica y directamente las alteraciones de la IC mediante RV. Resulta sorprendente que incluso las pacientes con graves trastornos de personalidad y puntuaciones extremas terminaron el tratamiento. Este dato es muy importante dados los problemas de adherencia al tratamiento que presentan las personas con estos problemas. El tratar y reducir las alteraciones de la IC, es dirigir el tratamiento hacia una queja habitual y un aspecto central de las pacientes con TA, lo cual parece

ejercer un efecto beneficioso respecto a la adherencia al tratamiento. Obviamente, esto puede haber sido solo un efecto de nuestro trabajo y tendríamos que esperar a posteriores estudios.

Cuando excluimos de la muestra aquellas pacientes que presentan puntuaciones extremas en la mayoría de las medidas de evaluación y que tienen graves trastornos de la personalidad y grave psicopatología secundaria (Depresión Mayor, Trastorno de Estrés Post-Traumático, etc.), la aplicación de la TCC para los TA ampliada con un componente de IC resulta más eficaz. Nuestra hipótesis es que en las pacientes con este perfil de grave psicopatología secundaria (sobre todo, cuando hay comorbilidad con el TA en el eje I y en el eje II) el malestar con el cuerpo está mantenido y potenciado por el trastorno de la personalidad y la psicopatología secundaria. En estos casos sería recomendable apelar a protocolos de tratamiento más amplios y comprehensivos en los que se incluyeran componentes que pudieran mejorar los distintos problemas que presentan estas personas. Resulta paradigmático el trabajo llevado a cabo por Lineham (1995) con personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), esto unido a nuestra experiencia clínica donde vemos un amplio número de personas en las que se observa una gran resistencia a los tratamientos, debido a que existe gran comorbilidad sobre todo con TLP u otros trastornos de la personalidad, pone en consideración la necesidad de programas de tratamiento más satisfactorios y complejos. Los resultados de esta tesis ponen de manifiesto la importancia de una de las cuestiones planteadas sobre la necesidad o no de extender el tratamiento de los TA a todos los pacientes por igual (Fairburn y Wilson, 1998; 2002). Es decir, es posible encontrar pacientes que necesiten una extensión del tratamiento de los TA hacia otras áreas de su psicopatología, en algunos casos hacia los trastornos de personalidad o hacia otros trastornos mentales (por ej. TEPT producido por un abuso sexual, etc.). En esta misma línea pensamos que no en todos los casos y no todas las pacientes necesitan una intervención tan completa sobre la IC, ya que como vemos diariamente en la práctica clínica en algunos casos la IC no juega este papel tan central en el mantenimiento del trastorno alimentario, el cual es mantenido por otros factores tan importantes como puede ser por ejemplo los Trastornos de personalidad. En muchos casos, sería conveniente que la TCC para los TA abordara no solo los síntomas y signos actuales mantenedores del TA, sino que se extendiera hacia factores etiológicos que están en la base del TA.

Somos conscientes de que para dar respuesta a los objetivos planteados en esta tesis hemos utilizado una muestra muy heterogénea, con importante comorbilidad psiquiátrica. Esto ha contribuido a que se produjeran muchos abandonos, reduciéndose mucho la muestra, con lo que ello limita a la hora de generalizar los resultados. Sin embargo, pensamos que la muestra utilizada es una muestra representativa y similar al tipo de pacientes que se encuentran los profesionales diariamente en práctica clínica (Bell, 2001; Mahon, 2000). El que la muestra de participantes esté

compuesta con personas con graves trastornos de personalidad y alta comorbilidad psiquiátrica, resulta muy importante ya que, como resaltan algunos autores (Haas y Clopton, 2003) se ha observado que los terapeutas en la práctica clínica diaria no utilizan habitualmente los protocolos de tratamientos diseñados y sometidos a prueba por los investigadores por las dificultades de aplicarlos y adaptarlos a los pacientes que tienen a diario en sus consultas. Los clínicos piden que se den alternativas adicionales a estos programas de tratamiento para adaptarlos a las pacientes que presentan una clínica más compleja y que también se indique para qué pacientes no están indicados y qué hacer en esos casos (Haas y Clopton, 2003). Son estas consideraciones las que hicieron que nos decidiéramos a utilizar una muestra de estas características y que fueran participantes con el diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y Trastornos de la conducta alimentaria no especificado, de forma que los resultados fueran lo más generalizables posibles.

Los datos de esta tesis apoyan la eficacia de las técnicas de RV frente a las estrategias “tradicionales”, sobre todo en el tratamiento de las alteraciones de la IC (Perpiña, 1999; Perpiñá et al., 2001; 2003; Riva, Baccheta, Baruffi, Rinaldi y Molinari, 1998,). Las características de esta herramienta parecen que encajan bastante bien con los requerimientos terapéuticos de estos trastornos tan complejos. Además de las experiencias corporales, estos trastornos suelen requerir un incremento en el sentido de auto-eficacia y en la motivación para el cambio. Por tanto, consideramos que la RV es una técnica eficaz para trabajar IC y otros aspectos centrales en la psicopatología de los TA como son los atracones (Perpiñá et al., 1999, 2000; Riva, Bacchetta, Cesa, Conti y Molinari, 2004).

Como acabamos de decir, una de las limitaciones principales de este trabajo es el tamaño de la muestra final, ya que esto dificulta la generalización los resultados y poder obtener conclusiones más firmes. También, como anteriormente hemos señalado, otra limitación del trabajo es no poder analizar pormenorizadamente los resultados en función del diagnóstico de las pacientes. En relación con lo anterior, es bien conocida, la dificultad que conlleva aplicar tratamientos estructurados y homogéneos a las personas diagnosticadas de TA y la dificultad de trabajar los aspectos de la IC tal y como nosotros lo hemos realizado. Prueba de ello, como señala Cash (2003) es que no existe hasta ahora un estudio en el que se analice diferencialmente el hecho de incorporar un componente de IC al tratamiento convencional de los TA o no incorporarlo. Esta tesis, hasta donde nosotros sabemos, es la primera que intenta contestar a esta pregunta. Claro está que para contrastar los datos que aquí se han presentado sería conveniente replicar este trabajo con una muestra mayor y un diseño de tratamiento multicentros.

CONCLUSIONES FINALES.

1ª El programa de TCC para los TA, ampliado con un componente específico para la IC mediante técnicas de RV fue más eficaz que la TCC para los TA.

2º. El programa de TCC para los TA, ampliado con un componente específico para la IC mediante técnicas RV produjo una mejoría clínicamente significativa ya que al finalizar el tratamiento y en el seguimiento al año, las pacientes presentaban puntuaciones equivalentes (en las medidas de IC, de psicopatología del TA y de psicopatología secundaria) a las de la población general y en el seguimiento al año equivalentes a las de la población general con baja vulnerabilidad de padecer un TA.

3º. El componente de tratamiento específico para la IC mediante técnicas de RV, potencia la eficacia y acelera el proceso de cambio de la TCC para los TA ya que hace que se produzca una mejoría mayor y lo que es más importante, un año antes.

4º. Estos resultados se producen cuando trabajamos con una muestra compuesta por personas sin graves trastornos de personalidad. Por lo tanto hemos de concluir diciendo que es necesario seguir investigando para encontrar los componentes de tratamiento, que integrándolos en la TCC para los TA, resulten eficaces para este tipo de personas.

IV.-BIBLIOGRAFIA.

- Andersen, A.E., Bowers, W.A. y Watson, T.(2001). A slimming program for eating disorders no otherwise specified: Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 271-280.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA. (Traducción española: Masson, Barcelona, 1995).
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR*. Washington. APA.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change, *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baños R., Botella C., Perpiñá C., Alcañiz M., Lozano J.A., Osma J y Gallardo M (2002). Virtual Reality Treatment of Flying Phobia, *IEE- Transacción on information technology in BioMedicine*, 2002, 6, pp. 206-211.
- Baños R., Botella C., Perpiñá C. y Quero S.(2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso, *Clínica y Salud*, , 12, pp. 391-404.
- Beck, A.T., Ward C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J.(1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G.(1988). Psychometric properties fo the Beck Depresión Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Bell, L.(2001). What Predicts Failure To engage in or Drop Out from Treatment for Bulimia Nervosa an what Implications Does this have for treatment?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 424-435.

- Beumont, P.J.V. (1995). The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Borra, C. (2002). *Validación del cuestionario sobre los pensamientos automáticos acerca de la imagen corporal (BIATQ)*. Trabajo de investigación. Universidad Mimeo: Universidad de Valencia .
- Botella C., Baños R.M., Guillén V., Perpiñá C., Alcañiz M. y Pons A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the Internet, *CyberPsychology & Behavior*, 3, pp. 959-968.
- Botella, C.; Baños, R.M.; Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998b): Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (93), 5-26.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, A. (1998a): Virtual Reality Treatment Of Claustrophobia: A Case Report. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (2), 239-246
- Botella C., Baños R., Quero S., Perpiñá C., García-Palacios A., Villa H. y Guillen V (2002). Virtual Reality Exposure versus in vivo exposure in the Treatment for Panic Disorder and Agoraphobia, *36th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy*, Reno, USA.
- Botella C., Baños R.M., Villa H., Perpiñá C. y García-Palacios C.(2000), Virtual Reality in the treatment of claustrophobic fear: a controlled multiple baseline design, *Behavior Therapy*, , 31, pp. 583-595.
- Botella C., Baños R., Villa H., Guillén, Jorquera M., Fabregat S. Y Gallego M.J.(2003), Effectiveness of Virtual Reality for the treatment of Panic Disorder and Agoraphobia, *Cybertherapy 2003*, San Diego, USA.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A, y Riva, G. (2004). Virtual reality and psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (Eds.), *Cybertherapy. Internet and virtual reality as assesment and rehabilitation toold for clinical psychology and neuroscience*. Amsterdam: Ios Presss. Cap. 3
- Brown, T.A.; Cash, T.F. y Mikulka, P.J.(1990). Attitudinal body image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of personality Assessment*, 55, 134-144.
- Brown, D. Kerr, S y Wilson, J. (1997). Virtual environments in especial needs education. *Communications of the ACM*, 40, 72-75.

- Bruch, H.(1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.(1962).
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F, Carter, F.A., McIntosh, V.V., y Joyce, P.R. (1998). The role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611-623.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 704-707.
- Butters, J.W. y Cash, T.F.(1987) Cognitive behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Button, E. (1986). Body Size perception and response to in-patient treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 617-629.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26
- Carlin, A.S.; Hoffman, H.G. y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report, *Behaviour Research and Therapy*, , 35, pp. 153-158.
- Carter, P.I., y Moss, R.A. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behaviors*, 9, 417-419.
- Cash, T.F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body Images: Development, deviance, and Change*, pp.51-79. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F.(1991). Binge- eating and body images among the obese: A further evaluation. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 367-376.
- Cash, T.F.(1991). *Body Image therapy: a program for selfdirected change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F.(1994). The situational inventory of body- image dysphoria: Contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist*, 17, 133-134.
- Cash, T. F. (1995). *What do you see when you look in the mirror? Helping yourself to a positive body image*. New York: Bantam books.
- Cash, T.F. (1996). The treatment of body Image disturbances. En J.K.Thompson (Ed). *Body Image, eating disorders and obesity*. Washington: American Psychological Association.

- Cash, T. F. y Brown, T. A.(1987) Body image in A. N. and B.N.:a review of the literature. *Behaviour Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F. y Deagle III G. A.(1997). The nature and extent of body-image disturbances in A. N. and B. N: A meta-analysis. *In International Journal of Eating Disorders*. 22, 107-125.
- Cash, T.F. y Grant, J.R. (1996). Cognitive-Behavioral treatment of Body-Image disturbances. In V.B. Van Hasselt & Hersen, M. (Eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press.
- Cash, T. F. y Green , G. K.(1986). Body weight and body image among college women: Perception, cognition and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50, 290- 301.
- Cash, T.F: y Hicks, K.L. (1990). Being fat versus thinking fat: Relationships with body image, eating behaviors, and well- being. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 327- 341.
- Cash, T.F. y Hrabosky J.I. (2004) Treatment of Body Image Disturbances. In Thompson, J.K. (eds.) *Handbook of eating disorders and obesity* pp.(515-541). Wiley and sons.
- Cash,T.F. y Labarge, A.S.(1996). Development of the appearance schemas inventory: A new cognitive body- image assessment. *Cognitive therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T. F. y Lavallee, D.(1995) Cognitive-behavioral body image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self-directed program. *In press*.
- Cash, T.F., Lewis, R.J. y Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body- related cognitions. *Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA*.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. P. (1990) Eds .*Body image: Development, deviance and change*. Guilford press. New York.
- Cahs, T.F. y Strachman, M.D. (2002). Cognitive Behavioral approaches to changing body image. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice* pp. 478-486. New York: Guilford Press.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E.(1991): “The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version”, *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.

- Cooper Zy Fairburn, C.G.(1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Cooper, P.J. y Taylor, M. J.(1988). Body image disturbance in B.N. *In British journal of psychiatry* , 1153, supl. 2, 32-36.
- Crisp, A. H. , Kalucy, R.S(1976). How common is A.N.? A prevalence study. *British journal of psychiatry*, 128, 549-554.
- Cumming W.J.K (1988). The Neurobiology of the Body Schema. *In British journal of psychiatry*.
- Del Rosario, M.W., Brines, J.L. y Coleman, W.R.(1984). Emotional response patterns to body-weight related cues: Influence of body weight image. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 10, 369-375.
- Derogatis, L.R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, nº13, pag.595- 605.
- Devilly, G.J. (2004). *The Reliable Change Generator for Windows: Version 2.0 (computer programme)*. The Centre for Neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Devilly, G.J. (2004). *The Effect Size Generator for Windows: Version 2.2 (computer programme)*. Centre for Neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Dworkin, S.k. y Kerr, B.(1987) Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of counseling psychology*, 34,136-140.
- Emmelkamp P.M.G, Krijn M., Hulsbosch A.M., De Vries S., Schuemie M.J. y Van der Mast C.A.P. (2002) Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therap.*, 40, 509-516.
- Fairburn, C.G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Saffran, R. (2002). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R, Hope, R.A. y Doll,H.A,(1993) Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.

- Fairburn, C.G. y Walsh, B.T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In C. G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 171-177). New York: Guilford Press.
- Fisher, S. (1990). The psychology The evolution of psychological concepts about the body. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body Images: Development, deviance, and Change*(,pp.3-20). New York: Guilford Press.
- Fisher, E. y Thompson, J.K.(1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body imagen disturbance: Preliminary findings. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Foreman N, Wilson, P. y Stanton, D.(1997). Virtual Reality and spatial awareness in disabled children. *Communications of the ACM*, 40, 76-77.
- Franko, D.L.; Wonderlich, S.A., Little, D. Herzog, D.(2004) Diagnosis and Classification of Eating Disorders. In Thomposn, J K (edit.). *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 59 - 80).Wiley.
- Freeman, R.J., Beach, B., Davis, R, y Solyom, L. (1985) The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Jorunal of the Psychiatric Research*, 19. 349-353.
- Gallego, M.J.(2004) *Validación del inventario de situaciones de malestar acerca de la Imagen Corporal (SIBID). Trabajo de investigación*. Universidad Mímeo: Universidad Jaime I de Castellón.
- García-Palacios A., Hoffman H.G., Carlin, A., Furness T.A y C. Botella, C (2002) Virtual Reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research & Therapy*, , 40, 983-993.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1981)Body Image in AN: Measurement, theory and clinical implications. *International journal of psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1982). Anorexia Nervosa: a cognitive behavioral approach to AN. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P. E: (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology and Medicine*, 9, 273- 279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: *Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine*, 12, 871-878.

- Garner, D.M.; Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D.M., Vitousek K.M. y Pike K.M. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for AN. *In Handbook of treatment for eating disorders*. Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (eds). Guilford Press.
- Geller, J., Srikameswaran, S., Cockell, S.J. y Zaitsoff, S.L. (2000). The assessment of shape and weight based self-esteem in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 339-345.
- Gleaves, D. H., Lowe, M.R., Green, B., Cororve, M. B., Williams, T. L. (2000). Do anorexia and bulimia occur on a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 31, 195-219.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M.J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The body attitudes test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight Disorders*, 4, 175-178.
- Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). Cognitive-Behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatment. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Greenleaf, W. (1997) Applying virtual reality to physical medicine and rehabilitation. *Communications of the ACM*, 40, 43-46.
- Grilo, C.M. (2002). Binge eating disorder. In C. G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 178-182). New York: Guilford Press.
- Gross, J. y Rosen, J.C. (1988). Bulimia in adolescents: Prevalence and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 51-61.
- Gual, P. (1999). Epidemiología de la Bulimia Nerviosa en la población juvenil de Navarra. *Revista de psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*. 26, 97.
- Hass, H.L. y Clopton, J.R. (2003) Comparing Clinical and Research Treatments for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 33:412-420.
- Head, H. (1926). *Aphasia and Kindred disorders of speech*. London: Cambridge University Press.
- Hedges, L., and Olkin, I. (1985) *Statistical Methods for Meta-Analysis*. New York: Academic Press.

- Henderson, M y Freeman, C. (1987) A self-rating Scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herman, C.P. y Polivy, j. (1988). Restrained eating. In A.J. Stunkard (Ed.) *Obesity*, (pp., 208-225). Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Hoffman H.G., Garcia-Palacios A., Patterson D.R., Jensen M., Furness T.A. y Ammons W.F. (2001). The effectiveness of virtual reality for dental pain control: a case study, *Cyberpsychology & Behavior*, 2001, 4, 527-535.
- Hsu, L.K. y Sobkiewicz, T.A. (1991). Body Image disturbance: Time of abandon ghe concept for eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 15-30.
- Iman, D, Loge, K. y Leavens, J.(1997) Virtual reality and rehabilitation. *Communications of the ACM*, 40, 53-58.
- Jansen, A., Van den Hout, M.A., de Loof, C., Zandbergen, J y Griez, E. (1989). A case of bulimia succesfully treated by cue exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 327-332.
- Jacobson, N.S. y Truax, P.(1991) Clinical Significance: a stadistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19.
- Kendall, P.C. Marrs-Garcia, A. Nath,S.R. Sheldrick,R.C.(1999) Normative Comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 53 , 43-48.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation* . Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klesges, R.C.(1983). An analysis of body image distortions in a nonpatient population. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 35-41.
- Kiemle, G., Slade, P.D. y Dewey, M.E. (1987). Factors associated with abnormal eating attitudes and behaviors: Screening individuals at risk of developing an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 713-724.
- Korchin S.y Sands, S. (1983). Principles common to all psychoterapies. En C.E. Walker (Ed.) *The handbook of clinical psychology*. Nueva York: Dow Jones-Irwin.
- Krueger, D.W. (1990).Developmental and psychodynamic perspectives on body image change. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body Images: Development, deviance, and Change*,(pp.251-275). New York: Guilford Press.

- Lee, S., Ho, T.P. y Hsu, L.K.G.(1993). Fat phobic and nonfat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 999-1017.
- Lee J.M., Ku J.H., Jang D.P., Kim D.H., Choi Y.H., Kim I.Y.y Kim S.I. (2002), Virtual reality system for treatment of the fear of public speaking using image-based rendering and moving pictures, *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 191-195.
- Levine, M.P., Smolak, L. Y Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of early adolescence*. 14, 471-490.
- Lineham, M.(1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guildford Press.
- Lundgren D. J., Danoff-Burg S y , Anderson D.A. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: an Empirical Analysis of Clinical Significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 262-274.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the Issues?. *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.
- Marco, J.H. (2000). *Tratamiento de las alteraciones de la Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios. Eficacia Diferencia de las técnicas de Realidad Virtual frente a las técnicas tradicionales. Tesis de Licenciatura*. Universidad Mimeo: Universidad Jaime I. Castellón..
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1984) *Relapse prevention: A Self-control strategy for the maintenance of behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Meichembaum, D.(1985) *Stress inoculation training*. Elmsford, Pergamon Press.
- Moore K, Wiederhold B.K, Wiederhold M.D., y Riva G. (2002). Panic and agoraphobia in a virtual world, *Cyberpsychology and Behavior*, 5, 197-202.
- North N., North S. y Coble J (1997). *Virtual reality therapy*, I.P.I. Press, Ann Arbor, Michigan.
- Morande, G., Celada, J., Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish School-Age population. *Journal Adolescence Health*, 24, 212-222.
- Myers, T.C., , Swan-Kreimer, L., Wonderlich, S., Lancaster, K. y Mitchell, J.E., (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36: 123-143.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma.
- Oyama, H. (1998) *Virtual Reality for the Palliative Care of Cancer*, In G. Riva, ed., *Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology*, (pp. 87-94).IOS Press, Amsterdam,.
- Palmer,R.L. (1993). Weight concern should not be a necessary criterion for the eating disorders; a polemic. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 459-465.
- Perez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala-Estevez, J, Martinez-Gonzalez, M.A., Lahortiga, F., Cervera, S. (2000) Prevalencia de los trastornos de las conducta alimentaria en los adolescentes navarras. *Medicina Clínica* (Barcelona). 114: 481-486.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología (vol 1)*, Madrid: MacGraw-Hill.
- Perpiñá, C. (1999). *Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia*. Madrid: UNED-FUE.
- Perpiñá, C., Baños, R., Botella, C., y Marco, J.H. (2001). La realidad virtual como herramienta terapéutica: Un estudio de caso en las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10 , 227-241.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (1997). Realidad Virtual y psicología: Un heurístico en ambas direcciones. *Psicologemas*, 11,127-146.
- Perpiñá, C; Botella, C. y Baños, R. (1999). Desarrollo de escenarios clínicamente significativos para el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Ponencia presentada en *II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, Murcia, 1999.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Evaluación y tratamiento por medio de realidad virtual*. Valencia: Promolibro.
- Perpiñá, C., Botella, C., y Baños, R. (2002). Nuevas tecnologías aplicadas a los trastornos alimentarios: La realidad virtual en las alteraciones de la imagen corporal. En D. Kirszman y M.C. Salgueiro. *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Buenos Aires, Editorial TEA.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2003). Virtual Reality in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 261-278.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R., Marco, J.H; Alcañiz, M. y Quero, S. (1999). Body Image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment?. *Cyberpsychology & Behavior*, 2 (2), 149-159.
-

- Perpiñá, C.; Borra, C., Baños, R.; Botella, C.; Quero, S. y Jorquera, M. (2003). Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population. Poster presentado en *37th Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy* . Boston (EEUU).
- Perpiñá, C; Marco, JH, Botella, C. y Baños, R. (2003). Tratamiento De Las Alteraciones De La Imagen Corporal En Los Trastornos Alimentarios Mediante Realidad Virtual: Un Estudio De Caso. *Psicología Conductual*, Vol, 11, nº 2, 2003, pp.351-369.
- Perpiñá, C., Marco, J.H., Botella, C., & Baños, R. (en prensa). Tratamiento de la imagen corporal en trastornos alimentarios a través de un tratamiento cognitivo-comportamental apoyado con realidad virtual: Resultados al año de seguimiento. *Psicología Conductual*.
- Perpiñá, C., Marco, J.H., Botella; C., Baños, R., Mahiques, P., Fabra, B; García-Palacios, A. y Gallardo, M. (2000). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante técnicas tradicionales y de realidad virtual: seguimiento a los 12 meses. *Ponencia presentada en XXX Congress EABCT*, Granada.
- Pick, A. (1922). *Störung der orientierung am eigenen korper*. *Psychologische Forschung* , 1, 303-315.
- Pike, K.M., Devlin, M.J., Loeb, K.L.(2003). Cognitive-Behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder . In Thompson, J.K. (eds.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp.131-162). Wiley and sons.
- Probst, M.; Vandereycken, W.; Van Coppenolle, H.; Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133- 145.
- Pruzinsky, T. y Cash T.F., (1990). Integrative themes in body image development, deviance and change. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (eds.) *Body Images. Development deviances and change*. New Cork: Guildford Press.
- Raich, R.M.(1996) *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid, Pirámide.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Pirámide.
- Raich R.M., Mora M, Marroquín, Pulido y Soler, A.(1997), Tratamiento cognitivo conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y modificación de conducta*, . 89,23..
- Riva, G., Alcañiz M., Anolli L., Bacchetta M, Baños R., Beltrame F., Botella C., Galimberti C., Gamberini L., Gaggioli A., Molinari E., Mantovani G., Nugues P., Optale G., Orsi C.,

- Perpiñá C. y Troiani R. (2001), The VEPSY Updated Project: Virtual Reality in Clinical Psychology. *Cyberpsychology and Behavior*, , 4, 449-456.
- Riva, G., Bacchetta M., Baruffi, M., Cirillo C., y Molinari E.(2000) Virtual reality environment for body image modification: A multidimensional therapy for the treatment of body image in obesity and related pathologies, *CyberPsychology and Behavior*, 3, 421-431.
 - Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., & Molinari, E. (2002). Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: A preliminary controlled study. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 224–234.
 - Riva G, Baccheta M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Moliari, E (1998)Experiential Cognitive therapy: a VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. En Riva, G., Wiederhol, B. Y Moliari (Eds.) *Virtual environments in clinical Psychology and Neuroscience*. Ios press, Amsterdam, Netherlands.
 - Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Vincelli, F., & Molinari, E. (2000). Virtual reality-based experiential cognitive treatment of obesity and binge-eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 209-219.
 - Riva G., Bacchetta M., Cesa G., Conti S. y Molinari E.(2001). Virtual reality and telemedicine based experiential cognitive therapy: Rationale and clinical protocol. In G.Riva and C. Galimberti, eds., *Towards cyberpsychology: Mind, cognition and society in the internet age*, (pp273-309) IOS Press. xviii, Amsterdam, Netherlands Antilles,.
 - Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S. y Molinari, E. (2004). The use of VR in the treatment of eating disorders. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (Eds.), *Cybertherapy. Internet and virtual reality as assesment and rehabilitation toold for clinical psychology and neuroscience*. Amsterdam: Ios Presss.
 - Riva, G, Melis, L. y Bolsón, M. (1997). Treating Body Image disturbances. *Communications of the ACM*, 40, 69-71.
 - Riva, G., Wiederhold, B. Y Moliari (1998)(Eds.) *Virtual environments in clinical Psychology and Neuroscience*. Ios press, Amsterdam, Netherlands.
 - Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán L. y Vila, M. (2003) Epidemiology and Risk Factor of Eating Disorders: A Two-Éstage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 years. *International journal of Eating Disorders* 34, 281-291.

- Rosen, J.C. (1992). Body Image Disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll y M. A. P. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Washinton, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J.C.(1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 20,331-343.
- Rosen, J.C.(1997). Cognitive behavioral body Image therapy. *In Handbook of treatment for eating disorders*. Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (eds). Guilford Press.
- Rosen , J.C.y Leitemberger H.(1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13, 117-124.
- Rosen, J.C., Orosan, P., Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.
- Rosen, J.C., Saltzberg, E. y Srebnik, D.(1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Rothbaum, V. O., Hodges, L., Kooper, R., A., Opdyke, D.,Williford, J y North, M (1995). Effectiveness of a computer generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 626-628.
- Rothbaum O.B., Hodges L.G., Ready D., Graap K. y Alarcon A.D.(2001). Virtual reality exposure therapy fot Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.
- Ruipérez, M.A., Ibañez, M.I., Lorente, E, Moro, M., Ortet, G, (2001). Psychometric properties of the Spanish Version of the BSI. *European Journal of Psychological Assessment*, 3, 241-250.
- Ruderman, A.J. y Grace, P.S. (1988). Bulimics and restrained eaters: A personality comparison. *Addictive Behaviors*, 13, 359-367.
- Salmons, P.H., Lewis, U.J., Rogers, P., Gatherer, A.J.H., Booth, D.A.(1988). Body shape dissatisfaction in school children. *British Journal of Psychiatry*, 153, 27-33.
- Salvador, S., Quero, S. Baños, B., Perpiñá, C. y Botella, C. (2004). Propiedades psicométricas del cuestionario de Actitudes hacia el propio Cuerpo (BAT) en población española. *Poster presentado al VII Congerso Europeo y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica.Málaga.*

- Salvador, S.(2004). *Validación del Test de Actitudes Corporales (BAT). Trabajo de Investigación*. Universidad Mimeo: Universidad Jaime I de Castellón.
- Schilder, P (1923) *Das Koerperschema*. Berlin: Springer.
- Schilder, P. (1935) *The image and appearance of the human body*. New York: International University Press.
- Seligman, J., Joseph, N., Donovan, J., y Gosnell, M. (1987, July). The littlest dieters. *Newsweek*, 48.
- Selvini Palazzoli, M.(1974).*Self-Starvation: From the Intrapsychic to the transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Chaucer-Human Context Books, Londres.
- Sheldrick, R.C. Kendall, P.C. y Heimberg, R.G. (2001) The clinical significance of treatments: a comparison of three treatments for conduct disorder children. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 , 418-430.
- Shontz, F.C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic press.
- Slade, P. D. y Russell, G. F. H.(1973) Awareness of body dimensions in A. N. : Cross sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.
- Slade, P. (1985) A review of body-image studies in A.N. y B.N. *Journal Psychiatric. Vol. 19*, 225-265.
- Slade, P. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 20-22.
- Slade, P.D.(1994) What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Smeets, M.A.M.(1997). The rise and fall of body size estimation research in anorexia nervosa: a review and reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5, 75-95.
- Smeets, M.A.M., Smit, F, Panhuysen, G.E.M. y Ingleby, J.D. (in press). Body Perception Index: A review and reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5, 75-95.
- Stice, E., Agras, W.S., Telch, C.F., Halmi, K.A., Mitchell, J.E. y Wilson, G.T.(2001). Subtyping binge eating-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30,11-27.
- Striegel-More, R.H., Dohm, F.A., Solomon, E.E., Fairburn, C.G., Pike, K.M. y Wilfley, D.E.(2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating disorders*, 27, 270-278.
- Strober, M., Bowen, E y Preble, J. (1985) Predictors of weight change in juvenile anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 605-608.

- Strober, M., Freeman, R., y Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival análisis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: extent of disturbance, asociated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention stratagies, and a proposal for a new DSM-IV category-Body Image Disorder. En M. Hersen, R.M. Eslisler y P.M. Miller (Eds.). *Progress in Behavior Modification*, 28, 3-54.
- Thompson, J.K; Heimberg, L.J. y Clarke, A.J. (1996). Treatment of body image disturbances in eating disorders. En J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity*. Washington, DC.:APA.
- Toro J. (1996) *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., Carcía, M., Perez, P. y Cuesta ,L (1989). Exting attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescente. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Toro, J., Cervera, M., Feliu, M.H., N. Garriga, N., Jou, M., Martinez, E., y Toro, E. (2003). Cue exposure in the treatment of resistant Bulimia Nervosa. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 34, 227-234.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martinez Roca.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Turon (1997) *Trastornos de la Alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Masson.
- Vitousek, F.B.(2002). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In C.G. Fairburn y K.L. Brownell (Eds.). *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook (2nd)* ed. , pp. 308-313). New York: Guildford Press.
- Vandereycken W., Castro, J.y Vanderlinden, W. (1991) *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Ediciones Martinez-Roca. Barcelona.
- Vandereycken W. y Merman, R (1984). *Anorexia Nervosa: a clinician´s guide to treatment*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Vitousek, K.B. y Hollon, S.D. (1990). The investigation of shemantic content and processing in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Waller, G. (1992). Bulimic attitudes in different eating disorders: clinical utility of the BITE. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 73-78.

- Westen, D., y Handen-Fischer, J. (2001) Personality profiles in eating disorders: Rethinking the disntinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Williamson, D.A., Cubic, B.A. y Gleaves, D.H. (1993). Equivalence of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 1-4.
- Wilson T.G. (1995). The controversy over dieting. In K.D. Brownell y C.G. Fairburn (Eds.), *Comprehensive texbook of eating disorders and obesity*, pp. 87-92. New York: Guilgford Press.
- Wilson, T.G., Fairburn, C.G. y Agras,W.S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Wilson, T.G. y Fairburn, C.G (1988)Treatments for Eating Disorders. In Nathan, P.E. y Gorman, J. (Eds.). *A guide to treatments that work*. New York:oxford University Press.
- Wilson, T.G. y Fairburn, C.G (2002) Treatments for Eating Disorders. In Nathan, P.E. y Gorman, J. (Eds.). *A guide to treatments that work (Second Edition)*. New York:oxford University Press.
- Wonderlich, S.A., Crosby, R., Mitchell, J.E., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., et. al. (2001). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbances in children. *International Journal of Eating Disorders*.

V.-ANEXOS

1.-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

INDICE

1.1.-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

1.2.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1.3.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

1.4.-ENTREVISTAS.

1.1.-INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

1. Appearance Schemas Inventory. ASI (Inventario sobre los esquemas a cerca de la apariencia) (Cash & Labarge, 1996).
2. Body Areas Satisfaccion Scale. BASS (escala de satisfacción de zonas corporales) (Cash, 1991).
3. Situational Inventory of Body-Image Dysphoria. SIBID (Inventario del malestar provocado por las situaciones relacionadas con la IC) (Cash, 1994).
4. Body Image Automatic Thoughts Questionnaire. BIATQ. (Cuestionario sobre los pensamientos automáticos a cerca de la Imagen corporal) (Cash, Lewis, Keeton, 1987).
5. Body Attitud Test (BAT) (Test de las Actitudes Corporales) (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995).
6. Test conductual sobre el Grado de ansiedad/malestar que presentan las pacientes con su cuerpo cuando lo ven reflejado en un espejo.

UNIVERSITAT JAUME I
SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

-IEA-INVENTARIO DE ESQUEMAS DE APARIENCIA ASI
The Appearance Schemas Inventory (Cash y Grant, 1996).

Nombre:

Fecha:

Instrucciones

Evalúa las siguientes creencias según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

1. Mi aspecto es una parte importante de lo que soy	
2. Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mí	
3. La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro	
4. Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	
5. Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	
6. Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida	
7. Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida	
8. Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	
9. Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a	
10. Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible	
Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible	
11. Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	
12. La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	
13. La gente atractiva lo tiene todo	
14. La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad	

UNIVERSITAT JAUME I
SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

ESCALA DE SATISFACCIÓN DE ZONAS COPORALES (CASH, 1991)

Nombre:

Fecha:

En una escala de 1 a 5, indica cuán satisfecha estás con las siguientes zonas de tu cuerpo:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha	Insatisfecha	Ni Insatisfecha, ni Satisfecha	Satisfecha	Muy Satisfecha

- _____ 1. Cara (características faciales, tipo de piel)
- _____ 2. Pelo (color, textura, grosor)
- _____ 3. Torso inferior (nalgas, caderas, muslos, piernas)
- _____ 4. Torso medio (cintura, estómago)
- _____ 5. Torso superior (pechos, hombros, brazos)
- _____ 6. Tono muscular
- _____ 7. Peso
- _____ 8. Altura
- _____ 9. Aspecto global
- _____ 10. Cualquier otro aspecto o característica de tu cuerpo que no te agrade:
Especificar: _____
Especificar: _____
Especificar: _____

CUESTIONARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS DE IMAGEN CORPORAL (CASH, 1991).

Nombre:

Fecha:

A continuación encontrarás una serie de pensamientos sobre el aspecto personal que, a veces, surgen de repente en la cabeza de las personas en diversas situaciones. Por favor, lee cada pensamiento e indica con cuánta frecuencia has tenido ese pensamiento a lo largo de la semana pasada. Lee cada frase atentamente y señala lo que se corresponda en tu caso siguiendo la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre o casi siempre

1. Soy muy consciente de mi aspecto, de cómo es mi 'look'	
2. Me siento indefensa para cambiar mi aspecto	
3. Los demás piensan que soy guapa	
4. Mi vida es espantosa debido a mi aspecto	
5. Mi aspecto me hace ser una "don nadie"	
6. Mi aspecto me ayuda a estar más segura de mí	
7. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí	
8. ¿Por qué nunca puedo tener un buen aspecto?	
9. Estoy orgullosa de mi cuerpo	
10. Simplemente no es justo que mi aspecto sea el que es	
11. Con mi aspecto, nadie va a quererme nunca	
12. Mi cuerpo está bien proporcionado	
13. Ojalá fuera más guapa	
14. Sé que la gente piensa que no soy atractiva	
15. Mi aspecto parece ayudarme socialmente	
16. Tengo que perder peso	
17. Piensan que estoy gorda	
18. Me gusta el aspecto que tengo	
19. Se ríen de mi aspecto	
20. Quizá pueda parecerme a ella/él	
21. Sigo pensando que soy atractiva incluso cuando estoy con gente más atractiva que yo	
22. No soy atractiva	
23. No se querrá sentarse a mi lado porque no soy guapa	
24. Soy al menos tan atractiva como la mayoría de la gente	
25. Ojalá me pareciera a otra persona	
26. Creo que no les gustaré a los demás a causa de mi aspecto	
27. No me importa que la gente me mire	
28. Nunca seré atractiva	
29. Odio mi cuerpo	
30. Estoy cómoda con mi apariencia	
31. Algo en mi aspecto tiene que cambiar	
32. Mi aspecto me está arruinando en todo	
33. Tengo un aspecto saludable	
34. Nunca puede tener el aspecto que yo quiero	
35. Estoy muy decepcionada con mi aspecto	

36. Me siento cómoda con el aspecto que tengo en bañador	
37. Todo el mundo tiene mejor aspecto que yo	
38. Me siento poco atractiva, así que debe haber algo raro en mi aspecto	
39. Esa ropa me queda bien	
40. Ojalá no me importara mi aspecto	
41. Los demás se dan cuenta enseguida de lo que hay de raro en mi cuerpo	
42. Mi cuerpo no es perfecto, pero creo que es atractivo	
43. La gente piensa que no soy atractiva	
44. Soy muy fea	
45. No necesito cambiar el aspecto que tengo	
46. Los demás tienen mejor aspecto que yo	
47. Pienso que no soy atractiva sobretodo cuando estoy con gente atractiva	
48. No sé vestir con estilo	
49. Mi cuerpo necesita más definición	
50. La ropa simplemente no me queda bien	
51. Ojalá que los demás no me miraran	
52. No puedo soportar mi aspecto ni un momento más	

UNIVERSIDAD JAUME I
SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLOGICA

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL PROPIO CUERPO (B. A.
T.)

Nombre:.....Fecha:.....

Este cuestionario se refiere a lo que tú piensas y sientes acerca de tu cuerpo. Por favor, contesta cada pregunta cuidadosamente. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Contesta trazando una X en el número más adecuado para ti. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales.

Descriptores:

0= nunca; 1= muy pocas veces; 2= algunas veces; 3= bastantes veces; 4= muchas veces;
5= siempre

1- Cuando me comparo con otras (compañeras) me siento descontenta con mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
2- Mi cuerpo parece torpe, sin gracia	0	1	2	3	4	5
3- Mis caderas me parecen demasiado anchas	0	1	2	3	4	5
4- Me siento cómoda en mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
5- Deseo intensamente estar más delgada	0	1	2	3	4	5
6- Pienso que mi pecho es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
7- Procuro ocultar mi cuerpo (p ej, con ropas anchas, holgadas)	0	1	2	3	4	5
8- Cuando me miro en el espejo me siento descontenta con mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
9- Me resulta fácil relajarme físicamente	0	1	2	3	4	5
10- Pienso que estoy demasiado gruesa	0	1	2	3	4	5
11- Siento mi cuerpo como si fuera una carga	0	1	2	3	4	5
12- Mi cuerpo es una amenaza para mí	0	1	2	3	4	5
13- Algunas partes de mi cuerpo parecen que estén hinchadas	0	1	2	3	4	5
14- Mi cuerpo parece como si no fuera mio	0	1	2	3	4	5
15- Mi apariencia física es muy importante para mí	0	1	2	3	4	5
16- Mi barriga parece como si yo estuviera embarazada	0	1	2	3	4	5
17- Noto que mi cuerpo está tenso	0	1	2	3	4	5
18- Envidio a otras por su apariencia física	0	1	2	3	4	5
19- Hay cosas de mi cuerpo que me asustan	0	1	2	3	4	5
20- Observo mi aspecto en el espejo	0	1	2	3	4	5

Niveles de Ansiedad en la exposición y en el peso (adaptado de Cash y Grant, 1995).

Nombre:
Terapeuta:

Fecha:

ESCALA 1:

Instrucciones:

El paciente debe estar a un metro de distancia de un espejo de cuerpo entero y debe ver su imagen reflejada durante 30 segundos. Al terminar debe valorar la ansiedad / malestar con su cuerpo en la siguiente escala.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Poco		Algo		Bastante		Mucho			

Nivel de ansiedad / malestar:

ESCALA 2:

Instrucciones.

El paciente debe estar subido en la báscula, sin ver el peso que tiene. Se le debe preguntar el nivel de ansiedad / malestar que siente mientras se le está pesando.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada	Poco		Algo		Bastante		Mucho			

Nivel de ansiedad / malestar:

1.2.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1. The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh. BITE (Test de investigación bulímica, de Edimburgo) (Henderson y Freeman,1987)
2. The Eating Attitudes Test -EAT- (Test de Actitudes Alimentarias) (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). Versión española adaptada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991).

BITE (Henderson y Freeman,1987)

NOMBRE:

FECHA:

Marque con una X lo que corresponda

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación?
NO SI
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas?
NO SI
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta,
aunque sólo sea una vez?
NO SI
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen?
NO SI
5. ¿Alguna vez ha ayunado un día entero?
NO SI

6.si responde "SI", ¿con qué frecuencia lo hace?

Un día si y otro no	5
2-3 veces a la semana	4
Una vez por semana	3
De vez en cuando	2
Una sola vez	1

7. ¿Se vale de algunos de los siguientes medios para perder peso?(Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo)

Píldoras adelgazantes	0	2	3	4	5	6	7
Tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Provocarse el vómito	0	2	3	4	5	6	7

-Nunca	0
-Ocasionalmente	2
-Una vez por semana	3
-2 ó 3 veces por semana	4
-Diariamente	5
-2 ó 3 veces al día	6
-5 ó más veces al día	7

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por sus hábitos alimentarios? SI
NO
9. ¿Considera que la comida domina su vida? SI
NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SI
NO
11. ¿Hay veces en que lo único que puede hacer es pensar en la comida? SI
NO
12. ¿Come cantidades racionales delante de los demás
y luego se atiborra en secreto? SI
NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? SI
NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo *arrollador* de comer, comer y comer? SI
NO
15. ¿Cuándo se siente ansiosa tiende a comer mucho? SI
NO
16. ¿Le aterroriza la idea de llegar a convertirse en obesa? SI
NO
17. ¿Alguna vez consume rápidamente grandes cantidades
de alimentos? (no solamente durante las comidas) SI
NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? SI
NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come? SI
NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SI
NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer? SI
NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come? SI
NO

23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga? SI
NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer? SI
NO
25.si responde SI ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo? SI
NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola? SI
NO
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?
- | | |
|-----------------------|---|
| 2-3 veces al día | 6 |
| Diariamente | 5 |
| 2-3 veces a la semana | 4 |
| Una vez por semana | 3 |
| Una vez al mes | 2 |
| Casi nunca | 1 |
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de un atracón? SI
NO
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable? SI
NO
30. ¿Come alguna vez en secreto? SI
NO
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios? SI
NO
32. ¿Se considera a si misma una glotona compulsiva? SI
NO
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 Kg. a la semana? SI
NO

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

NOMBRE:..... FECHA:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.....						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como.....						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.....						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.....						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.....						
6. Me preocupo mucho por la comida.....						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.).....						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.....						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....						
13. Vomito después de haber comido.....						
14. Me siento muy culpable después de comer.....						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.....						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....						
17. Me peso varias veces al día.....						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.....						
19. Disfruto comiendo carne.....						
20. Me levanto pronto por las mañanas.....						
21. Cada día como los mismos alimentos.....						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....						
23. Tengo la menstruación regular.....						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o.....						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....						
26. Tardo en comer más que las otras personas.....						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....						
28. Tomo laxantes (purgantes).....						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.....						
30. Como alimentos de régimen.....						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....						
32. Me controlo en las comidas.....						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....						
35. Tengo estreñimiento.....						
36. Me siento incómoda/o después de comer dulces.....						
37. Me comprometo a hacer régimen.....						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....						

1.3.-INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA PSICOPATOLOGIA SECUNDARIA.

1. Inventario de depresión de Beck. BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).
2. Inventario Breve de Sintomas (IBS)(Derogatis y Melisaratos, 1983; Ruipérez, M.A.;Ibañez, M.I.; Lorente, E; Moro, M.; Ortet, G.;, 2001)

BDI

(Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)

NOMBRE: _____
TERAPEUTA: _____ FECHA: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 No hay nada que espere con ilusión.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

(3)

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás sólo veo un fracaso tras otro.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo verdadera satisfacción por las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

(5)

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

(6)

- 0 No tengo la sensación de estar siendo castigado.
- 1 Tengo la sensación de que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Tengo la sensación de estar siendo castigado.

(7)

- 0 No me siento descontento conmigo mismo.
- 1 Estoy descontento conmigo mismo.

- 2 Me avergüenzo de mí mismo.
3 Me detesto.
- (8)
0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2 Me culpo continuamente por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- (9)
0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- (10)
0 No lloro más de lo habitual.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
- (11)
0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 No me irritan absolutamente nada las cosas que antes solían irritarme.
- (12)
0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- (13)
0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Ya no puedo tomar ninguna decisión en absoluto.
- (14)
0 No tengo la sensación de tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
2 Tengo la sensación de que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- (15)
0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme mucho par hacer cualquier cosa
3 No puedo hacer nada en absoluto.
- (16)
0 Duermo tan bien como siempre.

- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

(17)

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

(18)

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

(19)

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kgs.
- 2 He perdido más de 5 kgs.
- 3 He perdido más de 7 kgs.

Estoy intentando perder peso comiendo menos: SÍ NO

(20)

- 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en otra cosa.

(21)

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS

(Derogatis & Melisaratos, 1983; Adaptado por Mezzich & Ruipérez, 1996), (Ruipe rez, M.A.;Ibañez, M.I.; Lorente, E; Moro, M.; Ortet, G.; 2001).

Nombre:

Fecha:

A continuación encontrará una lista de problemas que en ocasiones nos pueden ocurrir. Indique con un aspa (X) la frecuencia que mejor describa AQUELLAS SITUACIONES QUE LE HAN MOLESTADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Elija sólo una respuesta en cada item.

Nada: 0; Un poco: 1; Moderadamente: 2; Bastante: 3; Mucho: 4

Durante los últimos 30 días, cuánto le han molestado:	0	1	2	3	4
1. Nerviosismo o temblor interno					
2. Debilidad o mareos					
3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos					
4. Sentimientos de que otros tiene la culpa de la mayoría de sus problemas					
5. Dificultad para recordar cosas					
6. Sentirse fácilmente molesto o irritable					
7. Dolor de corazón o pecho					
8. Sentirse temeroso en los espacios abiertos					
9. Pensamientos de suicidio					
10. Sentimiento de que no se puede confiar en la gente					
11. Susto súbito sin razón					
12. Explosión de cólera que no puede controlar					
13. Sentimiento de soledad aunque se encuentre con otras personas					
14.Sensación de bloqueo para hacer cosas					
15. Sentimientos de soledad					
16. Sentimientos de tristeza					
17. Sensación de desinterés por las cosas					
18. Sentimientos de miedo					
19. Sus sentimientos se pueden herir fácilmente					
20. Sentimientos de que la gente no es amigable ni gustan de usted					
21. Sentimientos de inferioridad					
22. Náuseas o trastornos estomacales					
23. Sentimientos de que otros le observan o comentan sobre usted					
24. Tener que verificar una y otra vez las cosas que hace					
25. Dificultades para tomar decisiones					
26. Temor a viajar en autobús					
27. Dificultad para respirar					
28. Episodios de calor y frío					
29. Evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan					
30. La mente se le queda en blanco					
31. Adormecimientos o calambres					
32. La idea de que usted debe ser castigado por sus pecados					
33. Sentimiento de desesperanza sobre el futuro					
34. Dificultades de concentración					
35. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo					
36. Sentimientos de tensión o agotamiento					
37. Impulsos de pegar, herir o hacer daño a alguien					
38. Impulsos de romper o destruir cosas					
39. Sentimientos de timidez o vergüenza					

Durante los últimos 30 días, cuánto le han molestado:	0	1	2	3	4
40. Sensación de inquietud en lugares o con mucha gente					
41. Dificultad de sentirse cercano a otras personas					
42. Crisis de temor o pánico					
43. Meterse en querellas frecuentemente					
44. Se siente nervioso cuando está solo					
45. Los demás no le dan suficientemente crédito por sus logros					
46. Dificultad para estar quieto					
47. Sentimientos de devaluación					
48. Sensación de que la gente se aprovechará de usted, si les deja					
49. La idea de que algo está mal en su mente					
50. ¿Con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas o drogas en los últimos 30 días?					
51. ¿Usted o alguien próximo a usted ha sentido que Ud. tiene un problema con alcohol o drogas?					

1.4.-ENTREVISTAS.

- Entrevista de Trastornos alimentarios (Perpiñá, 1999).
- Entrevista de Admisión.
- Entrevista de Evaluación Independiente.

ENTREVISTA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

(Perpiñá, 1999)

Nombre:

Fecha:

HISTORIA DEL PESO.

1.- ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con el peso?
(Especificar tanto por exceso como por defecto)

	SI	NO
EXCESO	INFRA	

2.- ¿Cómo era tu peso en la infancia?. Eras una niña gordita/delgaducha/normal

2.1. ¿Y en la adolescencia?

3.- ¿Peso/Altura/edad en la primera regla?

4.- Actualmente, ¿Tus períodos menstruales son regulares?. Si no es así, ¿Cuándo dejaste de tener la regla? (Explorar si toma anticonceptivos)

5.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que más has pesado?

¿Cuándo?

¿A raíz de qué? ¿Hay alguna razón para ello? -Explorar estilo de vida-

5.1.- ¿Intentaste adelgazar en ese momento? ¿Cómo?

5.2- Después de ello ¿ganaste peso? Cuánto (periodo de tiempo) Por qué

¿Ha habido más oscilaciones?

6.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que menos has pesado?

¿Cuándo?

¿Cómo?

6.1. ¿Recuerdas algún acontecimiento clave en tu vida en ese momento? ¿Porque decidiste perder peso?

7.- ¿Cuál sería tu reacción si perdieras:?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

7.1 - ¿Cuál si ganaras?

1 kilo

2 kilos

5 kilos

8.- Tal y como estás ahora, ¿Te gusta tu cuerpo? ¿Por qué?

8.1.- ¿Qué piensas, qué sientes sobre el hecho de estar gorda? ¿Piensas que ahora estas gorda (explorar si se “siente gorda”)?

9.- ¿En qué zonas de tu cuerpo te gustaría estar más delgada?

10.- ¿En qué medida estas satisfecha con tu peso actual? (Si el peso no les importa, retomar pregunta 8, o cambiar peso por cuerpo)

11.- ¿Crees que has perdido mucho peso? (o en su caso has ganado mucho peso)

12.- ¿Cuál sería tu peso ideal?

12.1 ¿En qué te basas para decir que ese sería tu peso ideal?

¿Crees que con ese peso te encontrarías mejor (física, estéticamente)?

13.- ¿Cuáles serían tus pesos límites?

lo mínimo que estarías dispuesta a pesar

lo máximo que estarías dispuesta a pesar

14.- ¿Qué actitud tiene tu familia con el peso y la apariencia corporal? Los más próximos (Matizar antes/después de empezar a perder peso)

15.- ¿Qué comentarios te molestan que hagan los demás sobre tu cuerpo?

15.1. ¿Hay gente que diga que estas gorda? ¿Quiénes son? ¿Han dicho eso en el pasado? ¿quiénes eran?

16.- ¿Te pesas? ¿Con qué frecuencia? (Matizar pasado/presente, si es que ya no se pesa o no se pesaba antes).

¿Cuándo sentiste la necesidad de pesarte?

17.- ¿Qué es lo que piensas cuando te pesas? (Matizar antes/después del acto de pesarse)

18.- ¿Te gusta mirarte al espejo (explorar si utiliza marcadores: costillas, rodillas, tripa...)

19.- ¿Te gusta que tu ropa te quede ceñida? (Explorar si utiliza la ropa como marcador. Dar ejemplos)

20.- ¿Llevas una vida muy activa? Cuéntame qué haces un día normal

¿Y antes? (de empezar a preocuparte tanto por tu peso)

21.- ¿Practicas algún ejercicio? (incluido andar o bailar) ¿Cuál, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo?

22.- Cuando haces ejercicio, ¿piensas en las calorías que estás quemando?

23.- ¿Te sientes cansada después del ejercicio?

24.- ¿Te notas más débil después de tu pérdida de peso?

25.- ¿Sientes que has perdido control sobre tu cuerpo? ¿Cómo vives esa pérdida de control, en qué lo notas?

-¿Cuándo te diste cuenta de que habías perdido el control?

HISTORIA DE HABITOS ALIMENTARIOS

1.- ¿Como describirías tu apetito antes de ahora? (Escaso, normal, exagerado?)

2.- ¿Eras una niña remilgada, delicada para comer?

3.- Habitualmente cuántas comidas al día hacías?
desayuno/almuerzo/comida/sobremesa/merienda/cena/antes de dormir/durante la noche

4.- ¿Cuántas veces te has puesto a régimen o has intentado restringir tus comidas para controlar tu peso?

En qué consistían?

5.- Hay alguna situación o factor en el que parecía incrementarse o decrecer tus períodos de restricción? (Poner ejemplos: exámenes, enfados...)

6.- Dirías que tu apetito es escaso, normal, exagerado (Antes/ahora).

7.- Descríbeme las comidas de un día normal antes de ir al centro de salud (antes de iniciar intervención) (En su caso, qué comiste ayer)

- Sabes cuántas calorías ingerías por día?

8.- Dirías que tu patrón de alimentación ha cambiado en cantidad o CALIDAD

8.1 Qué alimentos evitas en tus comidas. Formas de preparación (poner ejemplos)

8.2 Qué reacción emocional tienes cuando comes esos alimentos “prohibidos” (culpable, nerviosa...)

9.-Temes perder el control sobre lo que comes, por ejemplo comer dos pastelitos en vez de uno o comer más de lo que pensabas? -atracones subjetivos-

¿Alguna vez lo has perdido. Descripción (preguntar por pensamientos, sentimientos, situación. Ejemplo de un episodio

Antes:

Durante:

Después:

Con qué frecuencia te pasa?

10.- ¿Te has “atracado” de comida alguna vez? -comer bastante cantidad de comida en poco tiempo-

10.1 Con qué tipo de alimentos

10.2 Dónde ocurre

10.3 Qué ocurre

10.4 Qué emociones -estado de ánimo antes- /factores le preceden

10.5 Qué es lo que hace que pares de comer

10.6 Cuándo comenzaron los atracones

10.7 Frecuencia a la semana/mes

10.7 Qué hace que aumente/disminuyan su frecuencia

10.8 Cómo te sientes después

10.9 Qué haces después (purgas/ejercicio/ayuno posteriores)

11.- Si consideras que tienes control sobre la comida. Crees que es un logro. Te sientes orgullosa o feliz por ello ¿por qué?

12.- Has intentado alguna vez vomitar (cuándo, ingesta normal o atracón). Frecuencia.

- ¿El hecho de vomitar es un problema para ti?
- ¿Has usado alguna vez fármacos que te ayuden a vomitar?
- ¿Te has metido los dedos para poder vomitar?
- ¿Qué sientes antes de vomitar? ¿Y después de vomitar?
- ¿Qué sentimientos o acontecimientos te provocan que vomites?
- ¿Cuándo comenzaste a vomitar?
- ¿Con qué frecuencia vomitas?
- ¿Por qué vomitas?
- ¿Vomitas después de las comidas o de los atracones o sólo después de comer ciertos tipos de alimentos?
- ¿Cuándo fue la última vez que te provocaste el vómito?
- ¿Hay algún método que hayas descubierto para no vomitar aunque tengas ganas de hacerlo?

13.- Has tomado diuréticos (herbolarios), laxantes o supresores del apetito? Cuándo. Cantidad. Frecuencia.

14.- Has hecho ejercicio para quemar calorías? Cuándo. Duración. Frecuencia.

15.- (En caso de que ya esté en tratamiento) Describeme las comidas de un día normal de ahora ¿Qué comiste ayer?

- Sabes cuántas calorías ingieres por día?

16.- ¿Te sientes hinchada después de comer? -cualquier ingesta, ingesta particular

17.- Has tenido historia de estreñimiento

Lo estás ahora

18.- ¿Prefieres comer con o sin compañía? ¿Por qué?

19.- ¿Con quién comes habitualmente?

19.1 Conocen ellos tus problemas de comida

20.-¿Qué comentarios te molestan?

21.- En qué piensas, qué sientes cuando estás comiendo? (explorar culpa/disgusto aunque sea una comida normal)

22.- ¿Cómo comes? ¿Cuánto tiempo inviertes en comer?:

Deprisa/despacio

Masticas mucho/poco las porciones

Tomas bocados grandes/pequeños

Hay poco/mucho tiempo entre bocado y bocado

Cortas tu comida en trozos pequeños

Escondes alimentos con algún propósito

23.- Piensas en la comida a lo largo del día (Ptos intrusivos). Le dedicas demasiado tiempo a pensar en la comida?

24.- Picas entre comidas ¿te gustaría hacerlo?

25.- ¿Te gusta hacer la compra?

26.- Te gusta guisar para otros?

AREA SOCIAL

1.- ¿Cómo calificarías tu vida social (frecuencia de contactos sociales):nula/moderada/intensa

2.- ¿Tienes dificultades en tus relaciones sociales?

3.- ¿Evitas salir con tus amigos para no ponerte en evidencia, para que no te observen? ¿Por qué?

4.- ¿Tienes más o menos amigos que antes?

5.- ¿Sales más o menos que antes?

6.- ¿Qué actividad haces durante el fin de semana? Casa, fuera de casa.

7.- ¿En qué empleas tu tiempo libre?

AUTOESTIMA

1.- Coméntame aspectos positivos sobre ti

2.- Coméntame aspectos negativos sobre ti

3.- Coméntame aspectos que te gustaría tener (y no tienes).

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:

La siguiente entrevista tiene como objetivo determinar la naturaleza y el contexto del problema y hacer un rastreo general de psicopatologías o trastornos asociados. Inicialmente, orientaremos al paciente sobre el funcionamiento del servicio y los objetivos de esta primera entrevista haciendo hincapié en la sinceridad de sus respuestas y la confidencialidad de la información.

La entrevista sigue un guión que va desde el registro de los datos personales, delimitación de la conducta problema y rastreo de psicopatología. Hay grupos de preguntas que se refieren a un mismo problema. No hace falta hacer todas las que aparecen, éstas tienen la intención de servirnos de ayuda y en algunos casos, dependiendo de la queja principal, podremos omitir parte de las mismas.

Con el fin de facilitar el registro de la información utilizaremos el reverso de las hojas indicando el número de la pregunta a la cual corresponde la información.

Al finalizar la entrevista hay una serie de preguntas sobre el entrevistado, cuyo objetivo es describir aquellos detalles que nos han llamado la atención y que pueden ser importantes para la evaluación.

Por último, apuntaremos una primera hipótesis sobre el problema. No se trata de establecer el diagnóstico en esta primera entrevista sino de dar una indicación de cual podría ser el mismo.

ENTREVISTA DE ADMISIÓN

TERAPEUTA:

FECHA:

1. DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Edad y Fecha de Nacimiento:

Sexo: H/M

Dirección:

C.P.:

Población:

Teléfono de contacto (fijo a ser posible):

N.I.F.:

Estado civil:

Profesión:

Nivel de Estudios:

Religión:

Señale las personas que habitualmente viven en su casa:

¿Quién le ha dado referencias para acudir aquí?

2. DELIMITACIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA.

2.1 ¿Cuál es el problema o los problemas que le han llevado a buscar tratamiento?

2.2 En la siguiente escala de 1 a 10 ¿dónde situaría Ud. la gravedad de su problema?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poca		Leve		Moderada			Grave		Muy grave	

2.3 ¿En qué situaciones aparece el problema? (En qué lugares, con qué personas, a qué horas y qué días)

2.4 ¿Con qué frecuencia surge el problema en la actualidad?

2.5 ¿Qué hace Vd. cuando surge el problema? (antes, durante y después)

2.6 ¿Qué hacen los demás?

2.7 ¿Qué piensa o se dice a sí mismo cuando surge el problema?

2.8 ¿Qué sensaciones físicas tiene cuando ocurre el problema? (Antes y después)

3. INTERFERENCIA

3.1 ¿Cómo afecta el problema en su vida? (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Poco</u>				<u>Bastante</u>				<u>Mucho</u>		

3.2 ¿Cómo afecta el problema a las personas que se relacionan con Vd.?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<u>Poco</u>				<u>Bastante</u>				<u>Mucho</u>		

3.3 ¿Tiene Vd. algún problema importante económico, legal o familiar en la actualidad? (Deudas, órdenes de embargo, trámites de divorcio, custodia de niños, juicios pendientes...)

4. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO

4.1 ¿Cuándo esto que le sucede empezó a ser un problema para Vd.?

4.2 ¿Durante ese periodo recuerda Vd. si hubo un cambio o un acontecimiento en su vida?

4.3 ¿El problema ha permanecido igual desde entonces, ha mejorado, ha empeorado? (Si hay cambios, cuándo ocurrieron, en qué circunstancias y qué acontecimientos lo acompañaron)

4.4 ¿Qué ha hecho Vd. hasta ahora para solucionar su problema? (Por sí mismo, tratamientos recibidos, medicación actual)

4.5 ¿Ha tenido Vd. algún problema psicológico antes de la aparición del problema actual?
No() Sí() ¿Qué problema? ¿Recibió algún tipo de tratamiento? (especificar)

5. CAUSALIDAD

¿A qué atribuye Vd. su problema?

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

6.1 ¿Padece Vd. alguna enfermedad o problema físico (aparato cardiovascular, respiratorio...)? ¿Qué medicación toma?

6.2 ¿Toma bebidas alcohólicas en las comidas? ¿Y fuera de las comidas? ¿Y durante el fin de semana? (Frecuencia y cantidad)

6.3 ¿Consume otras sustancias como tabaco, estimulantes, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, heroína, éxtasis, “pastillas” etc.? (Frecuencia y cantidad)

6.4 ¿Cómo se siente Vd. últimamente? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo últimamente?

6.5 ¿Le cuesta más trabajo de lo habitual hacer las tareas cotidianas? ¿Le cuesta levantarse de la cama para empezar un nuevo día?

6.6 ¿Ha perdido el interés por las cosas que antes le agradaban?

6.7 ¿Piensa que las cosas mejorarán? ¿Cómo ve Vd. el futuro?

6.8 ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Piensa mucho en la muerte? ¿ Se ha planteado acabar con su vida?

6.9 ¿Está preocupado o molesto por algo más de lo habitual en Vd.?

6.10 ¿Siente ansiedad o miedo intenso ante determinadas situaciones o lugares concretos? (Describir los síntomas) ¿Hay situaciones que evita o que le ponen nervioso?

6.11 ¿Tiene problema para dormirse?

6.12 ¿Tiene problemas con su apetito?

6.13 ¿Tiene pensamientos, impulsos o imágenes que le parezcan absurdos o desagradables y que le vuelven una y otra vez a pesar de que intenta detenerlos? (Por ejemplo, hacer daño a alguien, estar contaminado por gérmenes o suciedad, etc.)

6.14 ¿Hay alguna cosa que tenga que hacer una y otra vez sin poder resistirse a hacerlo? (Por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones, revisar algo varias veces, etc.)

6.15 ¿Hay alguna conducta que haga de manera impulsiva, siendo muy difícil para Vd. controlarla? (Por ejemplo, arrancarse el pelo, jugar a las máquinas tragaperras, comer, agresiones físicas o verbales, etc.)

6.16 ¿Ha tenido alguna vez una experiencia realmente traumática (algo que no le suele ocurrir al resto de la gente)?(Poner ejemplos) ¿Hasta qué punto le sigue afectando?

6.17 ¿Le preocupa o tiene miedo de ganar peso?

6.18 ¿En qué medida está satisfecho con su cuerpo o con partes de él?

6.19 ¿Hay algún otro problema que no hayamos tratado aquí y del que quisiera hablar?

7. EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA

7.1 ¿Qué resultados espera Vd. de la terapia?

8. OBSERVACIONES

8.1 Apariencia física, tono de voz, fluidez en el habla, postura, tics, estado de ánimo (al inicio, durante y al final de la entrevista), grado de colaboración con el terapeuta y algún otro dato que resulte relevante.

9. PRIMERA IMPRESIÓN (HIPÓTESIS)

SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLOGICO.
UNIVERSIDAD JAIME I
CRITERIOS DE CAMBIO EVALUADOR INDEPENDIENTE

Evaluador:

Nombre:

Fecha:

imc:

:

1. ¿En qué medida haces régimen para perder peso?. (*Restricción*)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Ningún régimen Régimen estricto

2.-¿Qué comidas haces regularmente?

Desayuno	Media Mañana	Comida/ Almuerzo	Merienda	Cena	Después de cenar
Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

3.-Me gustaría preguntarte sobre episodios de comer en exceso que hayas tenido durante los últimos 3 meses. La gente quiere decir diferentes cosas por “comer en exceso”. Me gustaría que describieras cualquier situación en la que tú hayas sentido que has comido demasiado de una vez.

(+gran cantidad de comida en un breve periodo de tiempo y sensación de pérdida de control durante los 3 últimos meses, 2 veces a la semana)

*Cantidad-

(Normalmente qué es lo que comes en esas ocasiones?)

(Había otras personas presentes en esos momentos?)

(Ha habido ocasiones en las que tú has sentido que has comido demasiado, muchísimo, y otras personas no hayan estado de acuerdo?)

*Control-

(Has tenido la sensación de perder el control en esas ocasiones?)

*Gravedad-

(Has podido parar de comer una vez que has empezado?)

(Has podido evitar que ocurrieran los episodios?)

Codificar

Objetivo/Subjetivo

Frecuencia

4- --Pregunta enlace-- ¿Cómo te has sentido después de esos episodios?

(Culpable; haber hecho algo malo, horrible?)

(por qué)

5. - ¿Has utilizado algún método después de esos episodios, o en otros momentos, para controlar tu peso y tu figura?

(+conductas compensatorias inapropiadas durante los 3 últimos meses, 2 veces a la semana)
 (vómito/laxantes/diuréticos-infusiones/enemas/fármacos/ayuno-dieta/ejercicio excesivo)

Codificar

Tipo purgativo/No purgativo
 Frecuencia

6. ¿En qué medida aumentar de peso te da miedo? (*Miedo al peso*)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

ningún temor

mucho temor

7. Desde que empezamos a evaluar, ¿en qué medida aceptas tu cuerpo?. (*Aceptación del cuerpo*)

“Yo me acepto..... que antes de empezar a evaluar..”

Mucho menos	Bastante menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Bastante más	Mucho más
1	2	3	4	5	6	7

8.-¿Los **pensamientos sobre tu figura o tu peso** interfieren con tu capacidad de concentrarte? ¿Qué tal concentrarte en cosas por las que tú tengas interés por ej. leer, ver la tele o seguir una conversación? (*Interferencia con IC*)

0	1	2	3	4	5	6
Ninguna interferencia		Interferencia en menos de la mitad de los días.		Interferencia en más de la mitad de los días.		Interferencia todos los días.

9.-¿Has pasado mucho **tiempo pensando en comida o calorías**? ¿Esto ha interferido en poder concentrarte en otras cosas como estudiar, leer, ver la tele, seguir una conversación...? (*Interferencia con la comida*)

0	1	2	3	4	5	6
Ningún problema de concentración		Problemas de concentración menos de la mitad de los días.		Problemas de concentración más de la mitad de los días.		Problemas de concentración cada día

10. –Indica en qué medida has **evitado** esta semana hacer determinadas cosas a causa de tu y qué grado de malestar te provocan esas situaciones, siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

0-----1-----2-----3-----4-----5
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Conducta	Evitación (0-5)	Malestar (0-5)
1.		
2.		
3.		

11. –Indica en qué medida has **evitado** esta semana hacer determinadas cosas o estar en situaciones que estén relacionadas con **la comida**, y qué grado de temor te provocan esas situaciones, siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

0-----1-----2-----3-----4-----5
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Conducta	Evitación (0-5)	Temor (0-5)
1.		
2.		
3.		

12. –Indica el grado de evitación-temor que tienes ante determinados alimentos, como por ejemplo: dulces, bollos, fritos..., siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

0-----1-----2-----3-----4-----5
 Nada Casi nada Poco Bastante Mucha Total

13. (*Esquematismo del cuerpo*)

13.1. ¿Influye de manera importante **tu peso** en cómo tú te sientes (piensas, juzgas...) como persona?

0	1	2	3	4	5	6
Ninguna influencia		Leve influencia		Moderada influencia		Extrema influencia

13.2. ¿Qué importancia tiene **tu figura** en cómo tu te sientes (piensas, juzgar) como persona?.

0	1	2	3	4	5	6
Ninguna importancia		Leve importancia		Moderada importancia		Suprema importancia

2.- TRATAMIENTOS.

INDICE

2.1.-TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA LA BULIMIA NERVIOSA
(WILSON, FAIRBURN, AGRAS; 1997).

2.2.-TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA LA ANOREXIA NERVIOSA
(GARNER, VITOUSEK, PIKE; 1997).

2.3.-TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA LAS ALTERACIONES DE LA
IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS APOYADO CON
TÉCNICAS DE REALIDAD VIRTUAL (PERPIÑÁ, BOTELLA, BAÑOS, 2000).

2.1.-TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA LA BULIMIA NERVIOSA (WILSON, G., FAIRBURN, C. AGRAS, W., 1997).

FASE I. Eliminación de los atracones y estableciendo los principios básicos del tratamiento.

Sesión 1.

1.-Presentación.

-Presentación del terapeuta y coterapeuta.

-Refuerzo y felicitación del terapeuta a los miembros del grupo por:

a)Buscar ayuda para resolver su problema;

b)Participar en una terapia grupal por las ventajas que conlleva

-Presentar la agenda de la sesión.

-Presentación de los miembros del grupo mediante el ejercicio de presentarse.

-Nombre, edad, estudios, aficiones...

3.-Exposición de los problemas (cada caso en particular) y de los objetivos terapéuticos.

-¿Qué les ocurre?, ¿Cómo interfiere en su vida?.

- Plantear como pros/contras: ventajas y desventajas de la Bulimia

4.-Explicación del modelo de Fairburn y de las bases generales del tratamiento: El terapeuta conociendo las historias de las pacientes va explicando el modelo, es muy importante que las pacientes interioricen este modelo, que ellas pongan los ejemplos y que se vean reflejadas en él, es decir, que se separen de su enfermedad. Como tarea para casa se les puede pedir que anoten las situaciones o los hechos en los que este modelo sirve para su caso.

5.- Explicación de la importancia del registro y cómo cumplimentarlo.

6.-Tareas para casa.

-Registro de comidas. y registro-resumen

Sesión 2.

1. **Revisión de registros.** El terapeuta recoge los autorregistros y se comentan uno por uno haciendo hincapié en la relación entre atracones, vómitos y en qué medida van ligados a la dieta y a la utilización de purgas (o conductas compensatorias). A partir de ahí para cada paciente se hace un análisis de lo que le lleva al atracón/purga o ejercicio. Se va haciendo un listado común.

2. **Explicación del círculo dieta-atracón-purga .**

Se explica que ese círculo hay que romperlo. Para romperlo hay que conocer cómo funciona.

Comentar (a partir de sus registros) que los estados de hambre producidos por la restricción (dietas, saltarse comidas...) disparan el atracón.

3. **Listado en común de las situaciones antecedentes de los atracones.**

❖ Ejemplos: Tener hambre; Estar sola; Pasar por una pastelería; Tener comida a la vista en casa; Haber discutido con alguien.....

❖ Pasar la Escala de Comer Emocional.

❖ Comentar cuáles son las principales emociones que desembocan en un atracón en cada paciente.

Conclusión: Vemos que hay dos disparadores principales de los atracones:

a) Hambre fisiológica

b) Los estados emocionales.

En la primera fase vamos a centrarnos en eliminar el primer disparador y en la segunda fase del tratamiento abordaremos los estados emocionales.

4. **Pisicoeducación QUE ES EL PESO I :**

- El peso I
- Qué es el peso

Actividad 1: El interior de nuestro cuerpo ¿pesa? “ANTONIO”

Báscula de papel. Antonio, 75 kilos: 75 kilos de qué?

- Oscilaciones del peso

¿Alguna de vosotras ha estado pesándose continuamente?. Qué pasó? Qué ha aprendido?

Foro de Discusión 1: Vamos a poner el ejemplo de Carla (oscilación)

- Rango de peso

Actividad 2: Cálculos de IMC: el suyo en sesión y para casa que calculen el de alguien que les guste o con la que se comparen.

5. **Tareas para casa:**

- Registro de comidas. y registro-resumen
 - Elaborar el listado de antecedentes.
- Se les entrega tríptico QUÉ ES EL PESO.

Sesión 3.

1. Revisar contenidos de sesión anterior y tareas para casa.

Revisar si se han hecho el ejercicio de IMC. Recoger el autorregistro y comentar cada uno. Relacionarlo con el Modelo. Hacer conscientes a las pacientes de la aparición de atracones, vómitos y en qué medida van ligados a la dieta. Círculo vicioso. Están identificando pautas habituales en sus problemas de alimentación. Revisar listado de antecedentes de atracones que hayan elaborado a lo largo de la semana.

2. Psicoeducación: Normalización Ingesta I: CUÁNDO

Ahora mismo, las pacientes están muy confusas con respecto a las señales que les manda su cuerpo. A fuerza de tanto intentar doblegar el cuerpo, las sensaciones que éste nos envía y que nos permite comunicarnos con él, no son bien interpretadas, se vuelven “sordas” a sus señales y se sienten confusas; no se saben interpretar: ¿cuándo tengo hambre? ¿cuándo estoy nerviosa?, ¿qué es mucho?, ¿qué es poco?, ¿si no he comido tanto, por qué me siento hinchada?.

Hasta volver a identificar correctamente las señales que nos manda nuestro cuerpo es mejor llevar un patrón de alimentación estructurado.

Se les entrega y comenta: *Normalización de ingesta I: cuándo.*

Control de Estímulos a la hora de comer y al cocinar.

Hay varias formas de restringir la ingesta, de hacer dieta: comer menos, no comer determinadas cosas, no comer saltándose comidas. En este momento nos vamos a centrar no en el QUÉ sino en el CUÁNDO comes.

Objetivo:

Normalización horaria. No saltarse comidas.

Planificación de qué, con quién, dónde, cuándo se come. Se hace en sesión (al menos los patrones horarios)

Indicarles que aquellas estrategias que les sean útiles (Control de Estímulos) que se las apunten en una tarjeta y las lleven con ellas.

3. Psicoeducación consecuencias de las conductas purgativas :

a) Purgas. Consecuencias fisiológicas y psicológicas (listado de consecuencias físicas; consecuencias psicológicas: además de debilidad; incrementa el círculo vicioso "tengo que comer para poder vomitar".

4. Tareas para casa:

- Recordarles que traigan el tríptico QUÉ ES EL PESO la próxima semana.

-Seguir con el registro

- Seguir elaborando el listado de antecedentes.
- Que traigan fotos de sus padres cuando tenían su edad.

Sesión 4.

1. **Revisión del autoregistro.** Relacionarlo con el Modelo. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas. Es importante trabajar el CUÁNDO.

Control del atracón II: Puesta en común del listado de antecedentes.

2. **Entrenamiento en conductas alternativas al atracón: distracción, demora, actividades incompatibles.**

Hacer un listado de cada cosa en común. Entrega del manual.

Que cada paciente piense en qué estrategias va a utilizar y cuándo. Cuanto más concretas mejor. Que las anoten en el registro. Que las traigan en una tarjeta y la lleve consigo.

3. **Psicoeducación: El peso II.**

¿Puedo tener el peso que yo quiera?

¿Qué es el peso natural?

¿Cómo se mantiene el peso natural?

¿Por qué es útil el peso natural?.

Actividad : Revisando fotos familiares

Foro de Discusión 1-gente que adelgazan y engordan

Ejercicio de ubicarse en la tasa metabólica.

4. Tareas para casa:

-Seguir con el registro y registro-resumen

-Practicar estrategias alternativas

Sesión 5.

1. **Revisión del autoregistro** Relacionarlo con el Modelo. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas. Es importante trabajar el CUÁNDO. Control del atracón: Puesta en común del listado de antecedentes. Conductas alternativas al atracón.

2. **Psicoeducación: Métodos ineficaces de control de peso.**

Purgas

Síntomas de la Inanición. El objetivo es atribuir mucha de la sintomatología de la A.N. al estado actual de inanición. Se utiliza el estudio de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen y Taylor (1950). Es importante introducir la idea de que el estado actual de desnutrición impide la evaluación y el tratamiento de los problemas emocionales que preocupan al paciente.

3. **Psicoeducación: Nutrición I.**

Importancia de los nutrientes.

4 grupos de alimentos

4. **Tareas para casa:**

-Seguir con los registros

-Que traigan dudas sobre las dietas de revistas que tengan por casa.

-

Sesión 6.

1. **Revisión del autoregistro** Relacionarlo con el Modelo. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas. Es importante trabajar el CUÁNDO. Control del atracón: Puesta en común del listado de antecedentes. Conductas alternativas al atracón.

2. Repaso del proceso:

-5 ingestas planificadas

-Técnicas de controlar acceso comida.

-Cómo comer.

-Qué situaciones nos ponen en riesgo.

-Qué cosas podemos hacer: demora, distracción, conductas incompatibles

-Qué no habéis probado todavía.

-Dudas/preocupaciones.

3. Psicoeducación sobre nutrición II.

Cambios en los requerimientos de energía. Balance energético. Preguntas y mitos de la alimentación

Metabolismo:

-Funcionamiento

-Consecuencias de un defectuoso funcionamiento en general

-Necesidades metabólicas mínimas en general.

-Ejercicio en el que las pacientes se calculan el gasto metabólico basal mínimo necesario para poder vivir, a través de un ordenador.

4. Psicoeducación: El peso III.

- ¿cuál es el peso saludable?

- ¿peso saludable sí, pero... para quien?

5. Tareas para casa:

-Seguir con el registro

Sesión 7.

1. **Revisión de los registros.** Relacionarlo con el Modelo. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas. Utilización conductas alternativas. Revisión de los antecedentes que producen los atracones. Revisión del registro resumen, ver como ha evolucionado el peso, los días buenos y los atracones. Revisar: COMER REGULAR .

2. **Comentar si desean introducir a los familiares y cercanos.**

Se les explica a los pacientes la conveniencia de que sus familiares conozcan el problema, ya que esta es la forma de que puedan ayudarles. Estos familiares podrían servirles de ayuda en distintos momentos de la terapia:

- a) Si los padres saben a cerca de su problema, para los pacientes será más difícil llevar a cabo conductas purgativas “secretas” por lo que pueden servir de apoyo para control de la paciente.
- b) Que los padres, conociendo el problema y el tratamiento que estamos llevando a cabo con sus hijos, proporcionen el medio familiar adecuado para ayudar a las pacientes a resolver su problema.
- c) Preguntarles a las pacientes que les gustaría a ellas que les dijéramos a sus padres, que ideas les gustaría que les trasmitiéramos.

3. **Tareas para casa:**

Seguir registro

Sesión 8.

1. **Revisión de los registros.** Relacionarlo con el Modelo. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas. Utilización conductas alternativas. Revisión de los antecedentes que producen los atracones. Revisión del registro resumen, ver como ha evolucionado el peso, los días buenos y los atracones. Revisar: COMER REGULAR .
2. **Ver el nivel de implicación familiar posible:** ¿Han comentado en casa la reunión de los padres?, cual ha sido su respuesta, como han reaccionado los padres.
3. **Explicar a las pacientes que vamos a pasar a otra fase del tratamiento.** En esta fase vamos a centrarnos en otros aspectos de la BN (relacionarlo con el modelo).
4. **Introducción de los alimentos prohibidos (AP) .**
Evaluar los 40 alimentos prohibidos. Jerarquía de alimentos prohibidos. Iremos a un supermercado, junto al hospital de día, de manera que las pacientes evalúan sus 40 alimentos prohibidos.
5. **Tarea para casa:**
Registro de comidas.

FASE II. Cambio cognitivo y ampliando los objetivos de la terapia.

Sesión 9.

1. Pesar

2. Agenda

3. **Recoger el autorregistro y comentar cada uno.** Revisión

4. **Recordar los efectos y consecuencias de hacer dieta**

5. **Explicar la necesidad de la eliminación de los otros dos tipos de dieta:**

No comer ciertos alimentos prohibidos

Ingerir poca cantidad de comida (un número determinado, fijo e inflexible de calorías diarias)

Ventajas y desventajas de evitar Alimentos Prohibidos (AP)

Que las pacientes vayan comentando los pros y los contras de tener AP (luego dar handout: *Consecuencias de la evitación de alimentos prohibidos*).

6. Introducir y explicar la técnica de exposición

En este caso se aplica a los alimentos prohibidos AP

Cómo enfrentarnos a este problema: exposición, introducción de los AP

Explicación de la técnica de la exposición.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.

Empezar por aquellos calificados con 3 ó 4 USA

Planificar la introducción de dos AP semanales

Utilización del registro USA de comidas:

Advertir que surgirán pensamientos negativos

Dar el tríptico, *¿Qué es la exposición?*

7. Tarea para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos

Cinco ingestas

Registro Comidas

Registro de exposición comidas

Entregar : *Consecuencias de la evitación de alimentos prohibidos y tríptico exposición*

Sesión 10.

1. Pesar

2. Recoger el autorregistro y comentar cada uno.

Cinco ingestas, normalización horaria, no saltarse comidas.

Revisión del registro resumen, ver cómo ha evolucionado el peso, los días buenos y los atracones.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.

Revisar las situaciones en las que han introducido los 2 alimentos prohibidos y cómo han reaccionado: Cuántas veces lo han introducido; Cuánto poder tiene aún sobre ellas.

Planificar los 2 próximos alimentos para la siguiente semana

3. La importancia del pensamiento. A-B-C .

Ejercicio: valor de lo que pensamos: ejemplo del agua. Cerrando los ojos Situación: estoy bebiendo un baso de agua. Pensamiento a) qué hinchada me voy a sentir después; voy a explotar. Pensamiento b) qué fresquita está, qué sed tenía; qué buena.

Ejercicio: mismo experimento focalizándose en la parte de su cuerpo que menos les gusta y el que más les gusta.

Explicar cómo utilizar el registro. Usar un ejemplo de un pensamiento negativo de esa semana

4. Tareas para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos.

Seguir con las cinco comidas.

Registro de comidas y de pensamientos.

Lectura de los trípticos:

-¿Qué es el A-B-C?

5. Evaluación semanal.

Sesión 11.

1. **Recoger el autorregistro y comentar cada uno.**

2. **Revisar:**

Realización de las 5 comidas. Incidir en la normalización horaria, no saltarse comidas (registro en la mano).

Revisión del registro resumen, ver cómo ha evolucionado el peso, los días buenos y los atracones.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.

Revisar las situaciones donde se ha introducido la comida y cómo ha reaccionado.

3. **Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC) .**

Práctica de la reestructuración cognitiva.

4. **Tareas para casa:**

Introducir dos alimentos prohibidos.

Seguir con las cinco comidas.

Registro de comidas y de pensamientos alternativos.

Práctica de la REC

Lectura del tríptico que es la Reestructuración cognitiva.

Sesión 12.

1.-Recoger el autorregistro y comentar cada uno.

2.-Revisar:

Práctica de la REC, dudas y problemas que han surgido.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición a los alimentos prohibidos.

Revisar las situaciones donde se ha introducido la comida prohibida y como han reaccionado.

Revisión del registro resumen, ver como ha evolucionado el peso, los días buenos y los atracones.

3.-Práctica de la REC con pensamientos relacionados con el cuerpo.

4.- Entrenamiento en la Solución de Problemas (SP) .

Explicación de la SP centrada en los problemas que desencadenan los atracones.

5.-Tareas para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos.

Seguir con las cinco comidas.

Registro de comidas y de pensamientos alternativos.

Práctica de la REC

Práctica de la SP.

Sesión 13.

1.-Revisión de las tareas para casa.

Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Introducción de los alimentos prohibidos.

Conductas alternativas.

5 comidas.

Revisión del registro resumen.

2.-Práctica de la REC.

3.-Utilización de Solución de Problemas en general.

4.- Eliminación de la evitación.

Ejercicio: Escribir en la pizarra las situaciones, las zonas corporales que evita cada paciente y las razones para ello.

Consecuencias negativas de la evitación.

Explicar en el modelo el papel de la exposición.

Principios de la exposición.

Curva de la ansiedad.

Confeccionar las jerarquías de exposición.

Jerarquías de exposición a zonas corporales.

Jerarquías de exposición del cuerpo desnudo.

Jerarquías de exposición a las situaciones de IC.

Les damos instrucciones de cómo realizar la exposición y les animamos a que lo realicen.

5-Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

Sesión 14.

1.-Revisión de las tareas para casa.

Introducción de los alimentos prohibidos.
Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

2.-Práctica en la sesión de la reestructuración cognitiva aplicada al cuerpo.

3.-Práctica en la sesión de la Solución de problemas antes de un antecedente de un atracón.

4.-Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

Sesión 15.

1.-Revisión de las tareas para casa.

Introducción de los alimentos prohibidos.

Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

2.-Práctica en la sesión de la reestructuración cognitiva aplicada al cuerpo.

3.-Práctica en la sesión de la Solución de Problemas orientada a problemas interpersonales.

4.-Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

Sesión 16.

1.-Revisión de las tareas para casa.

Introducción de los alimentos prohibidos.
Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

2.-Práctica en la sesión de la reestructuración cognitiva autoconcepto.

3.-Práctica en la sesión de la Solución de Problemas orientada a problemas interpersonales.

4.-Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

Sesión 17.

1. Pesar.

2. Revisión de las tareas para casa.

Introducción de los alimentos prohibidos.
Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

3. Preparación para el alta.

Revisión de los progresos realizados y lo que les queda por alcanzar.

Qué han aprendido con la terapia.

Qué técnicas les están siendo más útiles.

Atribución interna del cambio

Seguir avanzando por nuestros propios medios y nuestros recursos.

4. Prevención de recaídas.

Expectativas realista respecto a las recaídas.

Diferenciar entre desliz y recaída. Importancia de la conceptualización de las recaídas.

Qué hacer ante un desliz o recaída.

5. Preparación de las situaciones de riesgo.

Qué es una situación de riesgo.

Qué situaciones de riesgo puedo encontrarme.

Preparación de un plan para estas situaciones de riesgo.

6. Tareas para casa.

Listado de situaciones de riesgo.

Plan de actuación ante estas situaciones de riesgo.

Sesión 18-19.

1. Pesar.

2. 1.-Revisión de las tareas para casa.

Introducción de los alimentos prohibidos.

Reestructuración cognitiva aplicado al cuerpo.

Solución de problemas.

Conductas alternativas.

5 comidas.

3. Revisión de las situaciones de riesgo.

Qué situaciones de riesgo puedo encontrarme.

Preparación de un plan para estas situaciones de riesgo.

Qué situaciones de riesgo han identificado

Qué plan de actuación han propuesto para enfrentarse a ellas.

4. Refuerzo y Despedida.

2.2.-TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANOREXIA NERVIOSA (GARNER, VITOUSEK y PIKE ,1997).

FASE I. Construcción de un marco de confianza para la terapia y establecimiento de las directrices del tratamiento.

Sesión 1.

0. Pesar a la paciente

1.-Presentación.

-Presentación del terapeuta.

-Refuerzo y felicitación del terapeuta a los miembros del grupo por:

- a)Buscar ayuda para resolver su problema;
- b)Participar en una terapia grupal por las ventajas que conlleva

2.-Exposición de los problemas.

-¿Qué les ocurre?¿Cómo interfiere en su vida?.

- Explicación que son los TA (centrándonos más específicamente en la Anorexia).
- Consecuencias físicas de los TA.

3.-Explicación de las 2 vías de tratamiento.

El contenido de la terapia puede ser dividido en dos trayectorias.

El primer camino se refiere a cuestiones relacionadas con el peso, atracones, vómitos, dieta extrema y otras conductas dirigidas al control del peso.

La segunda vía, del tratamiento se refiere a temas psicológicos, como es la autoestima, autoconcepto, autocontrol, perfeccionismo, expresión afectiva, conflictos familiares y funcionamiento interpersonal.

Al principio en la terapia se le debe dar el máximo énfasis al primer aspecto, enfatizando la interdependencia entre la función mental y física. El tratamiento va desplazándose progresivamente hacia la segunda trayectoria.

4.- Explicación de la importancia del registro y cómo cumplimentarlo.

El registro es muy importante para poder ver porque se producen los atracones y los vómitos. Para ver cual es el patrón de alimentación y su relación con los atracones y purgas y con el peso.

5.-Tareas para casa.

-Registro de comidas.

Sesión 2.

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón.

3. **Motivación para el cambio I.**

Ejercicio “Querida Anorexia:”

Vamos a hacerle ver que el TA, ha tenido una serie de funciones en su vida y que es normal que el paciente se aferre a este trastorno. Queremos desactivar todo el oposicionismo y la resistencia que genera el creer que le vamos a “*extirpar*” el TA, vamos a empatizar con su visión del TA como algo funcional para el paciente.

Explicación de la carta a la anorexia: Querida anorexia. “*Vamos a escribirle una carta a esta compañera que durante muchos años ha estado contigo y vamos a darle las gracias por todo lo que nos ha proporcionado*”.

4. **Psicoeducación sobre los síntomas y consecuencias de la inanición.**

- *Síntomas de la Inanición.* El objetivo es atribuir mucha de la sintomatología de la A.N. al estado actual de inanición. Se utiliza el estudio de Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen y Taylor (1950). Es importante introducir la idea de que el estado actual de desnutrición impide la evaluación y el tratamiento de los problemas emocionales que preocupan al paciente.

Ejercicio: ¿con que síntomas del estudio de Keys. te identificas actualmente, y en el pasado?

5. **Tareas para casa:**

Carta: Querida anorexia.

Registro de comida.

Sesión 3:

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, etc. Confrontar a los pacientes con sus meta y objetivos.

3. **Revisión de las TC:**

Querida Anorexia: Analizamos pormenorizadamente la funcionalidad que ha tenido en trastorno en su historia vital, aceptando que es una forma “*que le ha sido funcional de enfrentarse a miedos, situaciones amenazantes, etc.*”.

4. **Motivación para el cambio II. Analizamos los aspectos positivos y negativos de tener un trastorno alimentario.**

Se analizan los pros y contras del TA. Se le pide al paciente que defienda las ventajas de sus comportamientos y sus creencias. Con el objetivo de minimizar la defensividad, el análisis de las ventajas y desventajas debe enfatizar la naturaleza adaptativa de los síntomas.

Ejercicio: Escribir la carta “*odiada Anorexia*”.

Se le pide a la paciente que le reproche a esta enemiga (el TA) que le ha robado muchas cosas en su vida, también le ha impedido alcanzar muchas cosas importantes para ella.

El objetivo es poner encima de la mesa la otra visión que los pacientes tienen del trastorno, de los sufrimientos, las interferencias, el daño, y las consecuencias negativas que el TA ha tenido en su vida para ellos y para sus familias.

5. **Psicoeducación: Consecuencias del TA:**

Consecuencias físicas (listado de consecuencias físicas (anexo).

Consecuencias psicológicas (listado de consecuencias psicológicas).

a) Visualización de un reportaje televisivo en el que una paciente con un grave deterioro físico y con muchos años de evolución cuenta su día a día.

b) Búsqueda de página Web donde habla de las consecuencias de la AN.

El objetivo es hacer conscientes del tiempo probable y del curso del tratamiento, de la alta tasa de mortalidad, de la pobre mejoría asociada con un mínimo tratamiento, la común existencia de síntomas residuales psicosociales, síntomas de desnutrición y complicaciones médicas así como de las más optimistas perspectivas asociadas con adecuado tratamiento.

6. **Establecimiento de un peso mínimo necesario para el tratamiento ambulatorio.**

Si el estado y la actitud de la paciente lo permiten y si no se ha tenido que realizar con anterioridad, en este momento estableceremos un peso mínimo que la paciente ha de alcanzar para que el tratamiento sea ambulatorio, si la paciente no se ve capaz de alcanzar o de mantener este peso, el tratamiento ha de orientarse a convencerla de utilizar dispositivo más estructurado (hospital de día o ingreso hospitalario completo).

7. Tareas para casa:

Registro de comida.

Carta: Odiada Anorexia.

Sesión 4:

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracon, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, etc. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos.

3. **Revisar la tarea de “Odiada anorexia:”** ver los aspectos disfuncionales del TA.

4. **Motivación para el cambio III. Proyectándonos en el futuro.**

Se puede aumentar la motivación animando a los pacientes para que piensen en la funcionalidad de sus comportamientos actuales para controlar el peso si estos persistieran en el futuro. A menudo, hay una falsa creencia que el trastorno simplemente “desaparecerá” en algún momento en el futuro. El terapeuta debe transmitir la idea de que este trastorno en ocasiones es crónico, y que las personas que han llegado a la cronicidad es por que han mantenido esta postura y no han luchado contra él.

Ejercicio: ¿Qué metas u objetivos te gustaría conseguir a medio, largo plazo, en las diferentes áreas de tu vida?

Plantear la cuestión ¿crees que si dentro de 2 años sigues teniendo este trastorno de verdad vas a conseguir estas metas?. Hacerle ver que ella las puede conseguir, sin embargo el TA produce un deterioro físico y psicológico que en la mayoría de pacientes les impide llevar una vida normal.

5. **Pisicoeducación “Que es el peso I” :**

- El peso I
- Qué es el peso

Actividad 1: El interior de nuestro cuerpo ¿pesa? “ANTONIO”

Báscula de papel. Antonio, 75 kilos: 75 kilos de qué?

- Oscilaciones del peso

¿Alguna de vosotras ha estado pesándose continuamente?. Qué pasó? Qué ha aprendido?

Foro de Discusión **1:** Vamos a poner el ejemplo de Carla (oscilación)

- Rango de peso

Actividad 2: Cálculos de IMC: el suyo en sesión y para casa que calculen el de alguien que les guste o con la que se comparen.

6. **Establecimiento del rango de peso meta con la paciente** . Si la paciente está preparada y en caso de que anteriormente no se haya concretado este punto, seguiríamos las directrices marcadas para establecerlo.
 7. **Dar instrucciones de pesarse sólo una vez por semana y en el centro**. El peso corporal fluctúa pero siempre se encuentra en torno al mismo rango. Los efectos sólo se ven a corto plazo (no de manera inmediata).
- 6. Tareas para casa:**
- Registro de comidas.
- Se les entrega tríptico QUÉ ES EL PESO.
- Metas a corto y a medio plazo.

Sesión 5.

1.-Pesar

2.- Revisión del registro. Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta, atracón y peso, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, realizar las cinco comidas, etc. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos.

3.-Revisar contenidos de sesión anterior.

Revisar si se han hecho el ejercicio de IMC. ¿Qué esperaban?, ¿Las ven saludables? ¿Cómo ven a aquellas personas con las que se comparan? ¿Qué piensan ahora que conocen su IMC? ¿Dónde se ubican? La mayor parte de la gente se encuentra en el centro de la curva normal, pero ellas se van a fijar en los casos extremos. Metas personales a corto y medio plazo.

4.-Normalización Ingesta I: CUÁNDO.

Ahora mismo, las pacientes están muy confusas con respecto a las señales que les manda su cuerpo. A fuerza de tanto intentar doblegar el cuerpo, las sensaciones que éste nos envía y que nos permite comunicarnos con él, no son bien interpretadas, se vuelven “sordas” a sus señales y se sienten confusas; no se saben interpretar: cuándo tengo hambre? cuándo estoy nerviosa?, qué es mucho?, qué es poco?, si no he comido tanto, por qué me siento hinchada?.

Hasta volver a identificar correctamente las señales que nos manda nuestro cuerpo es mejor llevar un patrón de alimentación estructurado.

Un objetivo del tratamiento es evitar que desarrollen atracones, explicar que el 45% de las pacientes con AN pasan a una fase de bulimia. La comida va a ser como un medicamento que nos inocula contra el ansia de comer y los atracones.

Se les entrega y comenta: *Normalización de ingesta I: cuándo.*

Control de Estímulos a la hora de comer y al cocinar.

5.-Psicoeducación: El Peso II.

¿Puedo tener el peso que yo quiera?.

¿Qué es el peso natural?

¿Cómo se mantiene el peso natural?

¿Por qué es útil el peso natural?.

Actividad : Revisando fotos familiares

Foro de Discusión 1-gente que adelgazan y engordan

Ejercicio de ubicarse en la tasa metabólica.

6.-Tareas para casa:

- Seguir elaborando el listado de antecedentes.
- Que traigan fotos de sus padres cuando tenían su edad.

Sesión 6.

1. Pesar

2. Revisión del registro. Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracon, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, realizar las cinco comidas, etc. Confrontar a los pacientes con sus meta y objetivos, teniendo en cuenta la evolución del peso.

3. Psicoeducación: Métodos ineficaces de control de peso (ver anexo).

Dietas.

Vómitos.

Laxantes.

Diuréticos

4. Psicoeducación: Nutrición I (ver anexo)

Importancia de los nutrientes.

4 grupos de alimentos

5. Tareas para casa:

-Seguir con los registros

-Que traigan dudas sobre las dietas de revistas que tengan por casa.

Sesión 7.

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta, atracon y evolución del peso, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, realizar las cinco comidas, etc. Confrontar a los pacientes con sus meta y objetivos.

3. **Psicoeducación sobre nutrición II (ver anexo).**

Cambios en los requerimientos de energía. Balance energético. Preguntas y mitos de la alimentación

Metabolismo:

-Funcionamiento

-Consecuencias de un defectuoso funcionamiento en general

-Necesidades metabólicas mínimas en general.

-Ejercicio en el que las pacientes se calculan el gasto metabólico basal mínimo necesario para poder vivir, a través de un ordenador.

4. **El peso III Psicoeducación: El peso III**

¿Cuál es el peso saludable?

¿Peso saludable si, pero.... para quien?

5. **Explicación de las múltiples funciones de la sintomatología de la anorexia .**

Cuando el paciente pueda aceptarlo es muy útil presentarle un marco conceptual que explique las múltiples funciones adaptativas que tiene la A.N. Esto debe comenzar con un análisis funcional de los refuerzos positivos y negativos que probablemente tengan un papel en el mantenimiento del TA.

6. **Establecimiento de la implicación familiar necesaria.** En función de la edad y el tipo de familia, teniendo en cuenta su funcionamiento, si es un entorno adecuado, establecer la implicación necesaria para el buen funcionamiento de la terapia.

7. **Tareas para cada**

-Seguir con el registro

Sesión 8.

1. **Pesar**

2. **Revisión del registro** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, realizar las cinco comidas, etc. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionar el peso con otros aspectos como control, seguridad, etc.

3. **Detección de factores mantenedores en la enfermedad, miedos, temores, ideas, etc.**

Explicar a las pacientes que vamos a pasar a otra fase del tratamiento. En esta fase vamos a centrarnos en otros aspectos de la AN, como es la autoestima, autoconcepto, autocontrol, perfeccionismo, expresión afectiva, conflictos familiares y funcionamiento interpersonal.

4. **Introducción de alimentos prohibidos. Evaluar los 40 alimentos prohibidos** . Si la paciente se encuentra cerca de su peso meta empezaremos con la Jerarquía de alimentos prohibidos. Iremos a un supermercado, junto al hospital de día, de manera que las pacientes evalúan sus 40 alimentos prohibidos.

5. **Tarea para Casa:**

Factores mantenedores del problema.

Sesión 9.

1. Pesar.
2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos últimos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. **Explicar la necesidad de la eliminación de los otros dos tipos de dieta:**

Ingerir poca cantidad de comida.

No comer ciertos alimentos prohibidos.

Ingerir un número determinado, fijo e inflexible de calorías diarias.

5.-Introducir la Exposición. En este caso a los alimentos prohibidos (AP).

- a) Consecuencias positivas y negativas de la evitación de los AP.
- b) Como enfrentarnos a este problema: exposición, introducción de los AP
- c) Explicación de la técnica de la exposición.
- d) Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.
- e) Planificar la introducción de dos AP semanales.

Dar el tríptico, ¿Cómo introducir los alimentos prohibidos?.

6.-Tareas para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos.

Registro de comidas.

FASE II: cambio de creencias y actitudes relacionadas con el peso y la comida, ampliando los objetivos de la terapia.

Sesión 10.

1. Pesar.

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. Revisión de tareas para casa.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.

Revisar las situaciones donde se ha introducido la comida y como han reaccionado.

4. La importancia del pensamiento. A-B-C.

Explicar como se utiliza el registro de pensamientos.

Actividad: “lenguaje corporal negativo”.

5. Tareas para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos.

Registro de comidas y de pensamientos.

Lectura de los trípticos:

¿Qué es el A-B-C?

5. Pesar.

6. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

7. Revisión de tareas para casa.

Revisar y corregir la jerarquía de exposición de los alimentos prohibidos.

Revisión del registro de pensamientos.

Han detectado los trucos publicitarios y la presión de los “mass media”.

8. Introducción de la Reestructuración Cognitiva (REC).

Práctica de la reestructuración cognitiva.

9. Tareas para casa:

Introducir dos alimentos prohibidos.

Registro de comidas y de pensamientos alternativos.

Práctica de la REC.

Lectura del tríptico que es la Reestructuración cognitiva.

Sesión 12.

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control. Recoger el autorregistro y comentar cada uno.

3. **Revisar tareas para casa.**

Práctica de la REC, dudas y problemas que han surgido.

4. **Práctica de la REC.**

5. **Entrenamiento en la Solución de Problemas (SP).**

Explicación de la SP centrada en problemas interpersonales.

6. **Tareas para casa.**

Introducir dos alimentos prohibidos.

Registro de comidas y de pensamientos alternativos.

Práctica de la REC.

Práctica de la SP.

Sesión 13.

1. Pesar.

- 2. Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. Revisión de las tareas para casa.

Reestructuración cognitiva aplicado a problemas interpersonales.

Solución de problemas.

Introducción de los alimentos prohibidos.

4. Utilización de Solución de Problemas en general.

5. Tareas para casa.

Lectura del tríptico.

Solución de problemas.

Registro de comidas y pensamientos.

Sesión 14.

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. **Revisión de las tareas para casa.**

Introducción de los alimentos prohibidos.

Práctica de la reestructuración cognitiva .

Solución de problemas.

4. **Práctica en la sesión de la reestructuración cognitiva aplicada a problemas interpersonales.**

5. **Revisión del autoconcepto.** Utilizando las técnicas cognitivas aprendidas, se revisan las metas vitales de las pacientes. El objetivo es hacerles conscientes que el mantener unas metas rígidas, inflexibles y perfeccionistas les llevan al continuo fracaso, en el área social, laboral o emocional. También se les hace conscientes que esta meta única, rígida e inflexible es en la que basan todo su autoconcepto y autoestima.

Ejercicio: En el pasado que metas ha dirigido su vida. Que ha ocurrido cuando han aplicado el perfeccionismo y el control máximo.

6. **Práctica en la sesión de la Solución de problemas.**

7. **Tareas para casa.**

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Registro de comidas y de pensamientos.

1. Pesar.

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. Revisión de las tareas para casa.

Reestructuración cognitiva

Han detectado los errores cognitivos que cometen, han intentado combatirlos.

Solución de problemas.

Introducción de los alimentos prohibidos.

4. Aprendizaje de la técnica de exposición.

Ejercicio: Escribir en la pizarra las situaciones, las zonas corporales que evita cada paciente y las razones para ello.

Consecuencias negativas de la evitación.

Explicar en el modelo el papel de la exposición.

Principios de la exposición.

Curva de la ansiedad.

Confeccionar las jerarquías de exposición.

Jerarquías de exposición a zonas corporales.

Jerarquías de exposición del cuerpo desnudo.

Jerarquías de exposición a las situaciones de IC.

Les damos instrucciones de cómo realizar la exposición y les animamos a que lo realicen.

5. **Revisión del autoconcepto.** Utilizando las técnicas cognitivas aprendidas, se revisan las metas vitales de las pacientes. el objetivo es hacerles conscientes que el mantener unas metas rígidas, inflexibles y perfeccionistas les llevan al continuo fracaso, en el área social, laboral o emocional. También se les hace conscientes que esta meta única, rígida e inflexible es en la que basan todo su autoconcepto y autoestima.

Ejercicio: ¿Que ocurre cuando aplicado el perfeccionismo y el control máximo? ¿A qué áreas de tu vida lo aplicas actualmente?

6. Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.
Solución de problemas.

1. Pesar

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.
3. **Revisión del autoconcepto.** Utilizando las técnicas cognitivas aprendidas, se revisan las metas vitales de las pacientes. El objetivo es hacerles conscientes que el mantener unas metas rígidas, inflexibles y perfeccionistas les llevan al continuo fracaso en el área social, laboral o emocional. También se les hace conscientes que esta meta única, rígida e inflexible es en la que basan todo su autoconcepto y autoestima.

Ejercicio: cambiando la forma de afrontar mis metas objetivos.

4. Revisión de las tareas para casa.

Utilización de la Solución de problemas.

Introducción de los alimentos prohibidos.

5. Tareas para casa.

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Sesión 18.

1. **Pesar.**

2. **Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. **Revisar las tareas para casa.**

Reestructuración cognitiva.

Solución de problemas.

4. **Revisión del autoconcepto.** Utilizando las técnicas cognitivas aprendidas, se revisan las metas vitales de las pacientes. el objetivo es hacerles conscientes que el mantener unas metas rígidas, inflexibles y perfeccionistas les llevan al continuo fracaso, en el área social, blaboral o emocional. También se les hace conscientes que esta meta, rígida, inalcanzables e inflexibles son en la que basan todo su autoconcepto y autoestima.

Ejercicio: cambiando la forma de afrontar mis metas objetivos.

5. **Tareas para casa.**

Reestructuración cognitiva indicando el error que han cometido.

Solución de problemas.

Sesión 19.

1. Pesar.

- 2. Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. Preparación para el alta.

Revisión de los progresos realizados y lo que les queda por alcanzar.

Qué han aprendido con la terapia.

Qué técnicas les están siendo más útiles.

Atribución interna del cambio

Seguir avanzando por nuestros propios medios y nuestros recursos.

4. Prevención de recaídas.

Expectativa realista respecto a las recaídas.

Diferenciar entre desliz y recaída. Importancia de la conceptualización de las recaídas.

Qué hacer ante un desliz o recaída.

5. Preparación de las situaciones de riesgo.

Qué es una situación de riesgo.

Qué situaciones de riesgo puedo encontrarme.

Preparación de un plan para estas situaciones de riesgo.

6. Tareas para casa.

Listado de situaciones de riesgo.

Plan de actuación ante estas situaciones de riesgo.

Sesión 20.

1. Pesar.

- 2. Revisión del registro.** Recoger el autorregistro y comentar haciendo hincapié en la aparición de la conducta restrictiva, vómitos, situaciones desencadenantes, en que medida están ligados dieta y atracón, identificando los pensamientos que interfieren con las actividades prescritas, dando pautas en cada caso de por que es necesario una alimentación normal, y alcanzar un rango de peso que asegure el normal funcionamiento del organismo. Confrontar a los pacientes con sus metas y objetivos. Relacionarlo todo con la evolución del peso y su necesidad de control.

3. Revisión de las situaciones de riesgo.

Qué situaciones de riesgo han identificado

Qué plan de actuación han propuesto para enfrentarse a ellas.

4. Refuerzo y Despedida.

2.3.-TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS APOYADO CON TÉCNICAS DE REALIDAD VIRTUAL (PERPIÑÁ, BOTELLA, BAÑOS, 2000).

2.3.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL.

Sesión 1:

- 1. Presentación del terapeuta y coterapeuta.**
- 2. Presentación del grupo.**
- 3. Exposición de los problemas y de los objetivos terapéuticos. ¿Cómo les interfiere el problema de IC en su vida?**
- 4. ¿Qué es la Imagen Corporal?.**

Qué es la imagen corporal

Ejercicio de autodescripción:

Características físicas

Características afectivas-cognitivas

La insatisfacción en población normal.

Características de la imagen corporal en los TA.

Distorsión perceptiva

Valoración-sentimientos hacia el cuerpo

Cómo nos afecta el tener una imagen corporal negativa.

¿Podemos cambiar la imagen corporal cambiando es aspecto físico?

Ejercicio de visualización de nuestra IC.

- 5. Tareas para casa:** Lectura del manual “ Que es la imagen corporal”

Sesión 2:

1. **Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.**
2. **Explicación del modelo de la Imagen Corporal:¿Cómo se forma la Imagen Corporal?**
 - Factores predisponentes.
 - Factores mantenedores.
 - Presentación del modelo de la Imagen Corporal.
 - Ejercicio repasando los sucesos que han contribuido a que tengas una imagen corporal negativa.
 - Ejercicio para introducir el diálogo corporal negativo.
3. **Tareas para casa:** Lectura del manual “como se forma la imagen corporal “

Sesión 3:

1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.

2. Explicación del manual ¿Qué es el peso? .

Qué es el peso

Actividad: el interior de nuestro cuerpo ¿pesa?

No tenemos un peso, sino un rango de peso.

Puedo tener el peso que yo quiera.

Que es el peso natural.

Como se mantiene el peso natural.

Por qué es útil el peso natural.

El Índice de Masa Corporal.

Peso ideal, sí; pero... ¿para quién?

3. Tareas para casa: Lectura del manual “¿Qué es el peso? “

Sesión 4:

1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.

2. Explicación del manual ¿Qué es la belleza I? .

El valor de la apariencia

¿Qué es la belleza?

¿La belleza es universal?

La búsqueda de la belleza a un doloroso precio.

Ejercicio: Visualización del vídeo “El reto de la libertad”(Acción Familiar, 1997). En este vídeo se muestran muchos de los trucos publicitarios que se emplean en la confección de anuncios. Discusión sobre la presión de los medios audiovisuales.

3. Explicación del manual ¿Qué es el A-B-C?

Teoría del A-B-C.

La importancia del pensamiento en la IC.

Entrenamiento en el registro de A-B-C.

4. Tarea para casa:

Lectura del manual ¿Qué es la belleza?

Lectura del manual ¿Qué es el A-B-C?

Sesión 5.

1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.

2. Explicación del manual ¿Qué es la Reestructuración cognitiva?.

Enseñar a detectar los pensamientos negativos.

Entrenamiento en reestructuración negativa con pensamientos referidos al cuerpo.

3. Tareas para casa: Lectura del manual: ¿Qué es la Reestructuración cognitiva?

Utilización del registro.

Practicar la discusión del pensamiento.

Sesión 6:

1. **Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.**
2. **Práctica de la Reestructuración cognitiva.** Tomando como ejemplo pensamientos de los pacientes se analizan en la sesión centrándonos en los referentes al cuerpo.
3. **Explicación del manual ¿Qué son los errores cognitivos de la Imagen corporal? Que son los errores cognitivos y su relación con los pensamientos negativos.**

Explicación de los 12 errores cognitivos principales que ocurren en los problemas de Imagen Corporal negativa y como modificarlos.

Ejercicio de frecuencia de errores cognitivos.
4. **Tareas para casa:** Lectura del material ¿Qué son los errores cognitivos de la Imagen corporal?.
Detectar que error se está cometiendo y apuntarlo en el registro.
Practicar la discusión del pensamiento.

Sesión 7.

1. **Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos.

2. **Entrenamiento en autoestima. Manual de autoestima.**

Qué es la autoestima.

¿Cuáles son las consecuencias de poseer una baja autoestima?.

El papel del lenguaje en la autoestima.

¿Puede mejorarse la autoestima?

Entrenamiento en autoestima.

Autodescripción y valoración de uno mismo en distintas facetas de nuestra persona.

3. **Explicación del manual “El papel del lenguaje”:**

El papel del lenguaje en como nos sentimos.

Los niveles del lenguaje.

Los niveles del pensamiento.

4. **Tareas para casa:**

Lectura del material: Manual de autoestima.

Lectura del material: “el papel del lenguaje”.

Detectar que error se está cometiendo y apuntarlo en el registro.

Practicar la discusión del pensamiento.

Sesión 8.

1. **Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima.

2. **Entrenamiento en autoestima. Manual de autoestima.**

Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional.

3. **Aprendizaje de la técnica de exposición .**

Ejercicio: Escribir en la pizarra las situaciones, las zonas corporales que evita cada paciente y las razones para ello.

Consecuencias negativas de la evitación.

Explicar en el modelo el papel de la exposición.

Principios de la exposición.

Curva de la ansiedad.

Confeccionar las jerarquías de exposición.

Jerarquías de exposición a zonas corporales.

Jerarquías de exposición del cuerpo desnudo.

Jerarquías de exposición a las situaciones de IC.

Ejercicio de exposición a un su cuerpo mediante un espejo.

4. **Tareas para casa:** Lectura del material: Manual de exposición.

Practicar la discusión del pensamiento.

Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional.

Realización de las jerarquías de exposición.

Realizar exposiciones a la zona corporal elegida.

Sesión 9.

1. **Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida.
2. **Entrenamiento en autoestima. Manual de autoestima .**
Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional.
3. **Práctica de la exposición:**
Ejercicio de exposición a un su cuerpo mediante un espejo.
Extendemos la exposición a las situaciones sociales relacionadas con la imagen corporal.
4. **Tareas para casa:**
Practicar la discusión del pensamiento.
Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional. Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.
Realizar exposiciones a la zona corporal elegida.
Realizar exposiciones a las situaciones sociales elegidas.

Sesión 10.

- 1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal.
- 2. Entrenamiento en autoestima. Manual de autoestima .**
Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional.
Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.
- 3. Eliminación de las conductas de seguridad .**
Explicación: ¿Qué son las conductas de seguridad?
Tipos: de acicalamiento y de comprobación.
Consecuencias de las conductas de seguridad.
Identificación de las conductas contraproducentes de cada paciente
Jerarquía de las conductas de seguridad
Exposición con prevención de respuesta.
- 4. Tareas para casa:**
Practicar la discusión del pensamiento.
Realización de una nueva descripción de uno mismo, más objetiva y racional. Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.
Realizar exposiciones a la zona corporal elegida y situaciones sociales.
Eliminación de las conductas de seguridad.

Sesión 11.

- 1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal. Eliminación de las conductas de seguridad. Revisión de la integración de la autodescripción.
- 2. Entrenamiento en autoestima. Manual de autoestima .**
Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.
- 3. Ejercicio de comprobación de la realidad.**
Seleccionar una situación que les produzca mucho temor relacionada con la IC.
Explorar que pensamientos van a surgir cuando nos encontremos en la situación.
Realizar una discusión cognitiva de estos pensamientos en el grupo.
Llevar a cabo el ejercicio de comprobación de la realidad.
Revisión de la experiencia de las creencias previas.
- 4. Tareas para casa:**
Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.
Realizar exposiciones a la zona corporal elegida y situaciones sociales.
Eliminación de las conductas de seguridad.
Incremento de actividades reforzantes relacionadas con el cuerpo.

Sesión 12.

1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior. Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal. Eliminación de las conductas de seguridad. Revisión de la integración de la autodescripción.

2. Mejora de la imagen corporal mediante el incremento de actividades relacionadas con el cuerpo (ver anexo).

Evaluación de actividades que realizan con el cuerpo.

Tipos de actividades corporales:

Actividad de aspecto físico.

Actividad de forma física.

Actividad sensorial.

Ejercicio ¿Qué cosas hacéis por vuestro cuerpo diariamente? :

Ejercicio. Incremento de actividades relacionadas con el cuerpo.

Los sujetos completan el inventario de actividades relacionadas con el cuerpo.

Los pacientes deben realizar dos actividades placenteras, como mínimo; en las tres dimensiones corporales: apariencia física, aspecto físico y salud y experiencias sensoriales.

3. Ejercicio de comprobación de la realidad .

Seleccionar una situación que les produzca mucho temor relacionada con la IC.

Explorar que pensamientos van a surgir cuando nos encontremos en la situación.

Realizar una discusión cognitiva de estos pensamientos en el grupo.

Llevar a cabo el ejercicio de comprobación de la realidad.

Revisión de la experiencia de las creencias previas.

4. Tareas para casa:

Integración personal de la nueva descripción por medio de actividades.

Realizar exposiciones a la zona corporal elegida y situaciones sociales.

Eliminación de las conductas de seguridad.

Incremento de actividades reforzantes relacionadas con el cuerpo.

Sesión 13.

- 1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal. Eliminación de las conductas de seguridad. Revisión de la integración de la autodescripción y de la realización de las actividades placenteras relacionadas con el cuerpo.
- 2. Ejercicio de reconciliación con el cuerpo.**
El cuerpo se presenta como un amigo, al cual han maltratado e insultado durante mucho tiempo. Ahora les pedimos a los pacientes que escriban una carta en la que le piden perdón y en la que intentan reconciliar con su cuerpo.
- 3. Tareas para casa:**
Carta de reconciliación con el cuerpo.

Sesión 14.

- 1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior.** Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal. Eliminación de las conductas de seguridad. Revisión de la integración de la autodescripción y de la realización de las actividades placenteras relacionadas con el cuerpo.
- 2. Lectura de la carta de reconciliación con el cuerpo.**
- 3. Prevención de recaídas.**

Revisión de los objetivos alcanzados y refuerzo

Plantear los objetivos que nos faltan por alcanzar.

Diferenciar entre desliz y recaída.

Situaciones de riesgo.

Cómo actuar ante una recaída.
- 4. Tareas para casa:**

Elaboración de un plan pormenorizado de cómo actuar ante las situaciones de riesgo planteadas.

Sesión 15.

1. Revisión de las tareas para casa comentando las dudas de la sesión anterior. Revisión de los registros de pensamientos. Ejercicio de autoestima. Exposición a zonas corporales vestida y a situaciones sociales de imagen corporal. Eliminación de las conductas de seguridad. Revisión de la integración de la auto descripción y de la realización de las actividades placenteras relacionadas con el cuerpo. Prevención de las situaciones de riesgo y preparación de las mismas.

2. Prevención de recaídas.

Puesta en común de las posibles situaciones de riesgo y las formas de enfrentarnos a ellas.

3. Despedida.

Refuerzo por el trabajo y por lo conseguido.

Necesidad de continuar evolucionando.

Despedida.

2.3.2.- DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS DEL COMPONENTE DE TRATAMIENTO MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL.

El componente de tratamiento mediante técnicas de Realidad Virtual consistía en 8 sesiones, que se realizaban de manera individual, de una hora de duración y con frecuencia semanal. A continuación paso a describir los escenarios y posteriormente las agendas de las sesiones de terapia:

Zona I. Zona aprendizaje del sistema.

Esta zona se compone de una habitación cuadrada en la que hay los siguientes objetos: una mesa, encima de la mesa hay unos poliedros en forma de pirámide, una caja y dentro de ella un cubo.

Objetivo :

El principal objetivo es que la paciente se familiarice con lo que es un escenario de RV, sepa utilizar el ratón, se habitúe al casco y aprenda a moverse e interactuar con los objetos presentes en el escenario.

Actividad . Se le pide que toque los objetos que hay sobre la mesa, se suba en el cajón y toque el timbre, así como moverse por toda la habitación.

Zona II. Balanza y cocina virtual.

En este escenario se encuentran los siguientes elementos:

- a) **Báscula digital.** Es una pantalla digital , colocada a la altura de los ojos de la paciente que ofrece información sobre valores del peso de la paciente: como es el peso real y el peso saludable. La paciente puede también introducir los valores del peso subjetivo y deseado. Ante estos datos, la báscula emite dos sonidos: sonido: ¡No!. Para indicar que el dato que el paciente pone es incorrecto y un sonido “agradable”, para indicar que el dato que el paciente pone es correcto.
- b) **Un banco de cocina.** Lugar donde se muestran alimentos y platos preparados que van desde los que se consideran muy “prohibidos” por las personas que padecen un TA, hasta los considerados como muy “seguros”. Estos alimentos son: Ensalada con hojas de lechuga, tomate, zanahorias, pepino. Una manzana. Una piza. Una hamburguesa. Agua. Refresco de cola.

Objetivos :

1.-Contrastar y aprender a distinguir el peso real, el peso subjetivo, el peso deseado y el saludable. Que la paciente sea consciente de que el tener un peso subjetivo muy diferente al real le provoca una gran insatisfacción con su cuerpo.

2.-Que la paciente se de cuenta de las reglas erróneas que utiliza a la hora de obtener su peso subjetivo. Hacerla consciente de que sobreestima su peso y que esto ocurre, sobre todo después de comer. Darse cuenta de cómo esta sobreestimación de su peso subjetivo le provoca pensamientos negativos que mantiene la insatisfacción con el cuerpo y le lleva a hacer ciertas conductas relacionadas con la insatisfacción con el cuerpo. Comprobar la estabilidad del peso, después de las ingestas.

3.-Que el paciente se de cuenta de las reglas erróneas que utiliza a la hora de obtener su peso subjetivo y como estas difieren si un alimento es “prohibido” o “seguro”.

4.-Obtener una evaluación de sus preferencias alimentarias y de sus gustos y temores tras la ingesta.

Actividades:

1.-La paciente se pesa en la báscula, aparece su peso real. A continuación, la paciente introduce su peso subjetivo. Después nos indica su peso deseado y el ordenador le muestra su peso saludable. De esta manera se obtienen índices de discrepancia entre su peso real y su peso subjetivo.

2.-El paciente se acerca al banco de cocina observa todos los alimentos y debe elegir uno para “comérselo”, es decir se sitúa el cursor encima del alimento y entonces este alimento va desapareciendo gradualmente en función de los “bocados” que pega el paciente, esto va acompañado del sonido original de la ingesta de ese tipo de alimento, el terapeuta también guía su ingesta sugiriéndole el sabor, las sensaciones, el tacto, que tendría este alimento si en realidad se lo comiera. Una vez ingerido el alimento, la paciente sube otra vez en la báscula debiendo indicar cuanto cree pesar en ese momento, si el peso subjetivo es erróneo el ordenador se lo indicará. Esta actividad se realiza con alimentos “prohibidos” y con alimentos “seguros”.

Zona III. Zona de las fotografías.

Este escenario se encuentran los siguientes elementos:

- a) 8 fotografías, de hombre y mujeres, de distintas constituciones corporales organizadas en los siguientes grupos:
 - Personas con un aspecto físico que se podrían considerar modelos profesionales.
 - Personas con un aspecto físico que se podrían considerar personas normales.
 - Personas que padecen Obesidad mórbida.
 - Personas que padecen Anorexia Nerviosa.

- b) En cada una de las fotografías, a la derecha de la imagen está indicada la altura de la persona.
- c) En el margen superior derecho, hay unos botones mediante los que se puede indicar el peso de la persona que está en la fotografía.
- d) Una vez indicado el peso de la persona de la fotografía, el sistema ofrece el peso de la persona en Kg y el Índice de Masa Corporal de la persona de la fotografía. Esto está acompañado por un sonido de acierto o error.

Objetivos:

1.-Hacer conscientes a las pacientes de los errores que cometen a la hora de calcular el peso de otras personas y sobre todo la tendencia que tienen a calcular por debajo el peso de las personas que tienen alrededor, sobre todo de aquellas que les gustan.

2.-Contrastar la subestimación del peso de los demás con la sobreestimación de su propio peso y como esto repercute en la insatisfacción con el cuerpo y el peso.

3.-Desmitificar el número mágico del peso, mostrarles que la mejor forma de calcular su aspecto real, no es utilizando el peso, sino que es más exacto utilizar el IMC.

4.-Que la paciente se cuestione cosas a cerca de la IC y de la apariencia física, se ponga en la piel de distintas personas con distintos cuerpos de manera que se cuestione como se pueden sentir esas personas, intente pensar como los demás pueden valorarlos, si son o no felices con su cuerpo y cual va a ser su futuro, en cada uno de esos distintos tipos de personas. Se pretende que empiecen a entender el aspecto físico como algo no tan central para las personas y se cuestione como se encontrarán dentro de 30 años.

5.-Hacerlas conscientes de que el aspecto físico es una característica que con el tiempo va a empeorar, que es una cosa superficial y momentánea.

Actividades.

1.-La paciente tenía que adivinar, teniendo en cuenta la información que ahí se exponía, el peso de la persona de la fotografía. Una vez indicado el ordenador muestra el sonido de correcto o incorrecto, indicando a continuación el IMC de la persona de la fotografía.

2.-La paciente puede recorrer este escenario observando cada una de las fotografías.

Zona IV. Zona de los dos espejos.

En esta zona se pueden encontrar los siguientes elementos:

- a) Un primer espejo en el que hay una figura humana en tres dimensiones (3D), a la que se puede moldear como uno desee. La figura la podemos ver de frente y de perfil.

- b) Un panel compuesto por 7 botones que corresponden a cada una de las áreas que se pueden modificar. Estas áreas son: pecho, antebrazos, torax, abdomen, caderas, muslos y piernas. Tocando el botón se aumenta o disminuye el tamaño del área que representa en la figura humana en 3D.
- c) Un segundo espejo en el que aparece la figura real de la paciente, en 3 dimensiones (3D).

Objetivos :

1.-Observar y evaluar la IC de la paciente, obteniendo índices de discrepancia entre su imagen corporal y su aspecto real, haciéndola consciente de la sobredimensión de su imagen corporal, tanto de perfil como de frente.

2.-Hacer ver la relación existente entre las zonas corporales sobredimensionadas y aquellas en las que hay mayor insatisfacción.

3.-Mejorar la exactitud de la estimación de las dimensiones de su cuerpo.

4.-Hacer evidente las fluctuaciones de la imagen corporal en función del alimento ingerido. El papel de los pensamientos en la aparición de la insatisfacción con el cuerpo y las consecuencias que esta alteración de la IC tiene.

5.-Hacer ver la relación existente entre las zonas corporales sobredimensionadas y aquellas en las que hay mayor insatisfacción y como estas zonas también están relacionadas con el alimento ingerido.

6.-Hacer ver la relación existente entre las zonas corporales sobredimensionadas y aquellas en las que hay mayor insatisfacción y como estas zonas también están relacionadas con las situaciones sociales temidas y con los pensamientos negativos sobre el cuerpo.

Actividades :

1.-La paciente tiene que mostrarnos cual es su imagen corporal, mostrarnos como se siente, como se “ve”, etc. para ello va moldeando las distintas zonas corporales de la figura en 3D. Una vez la paciente nos muestra como ella se siente o cree que es, al tocar el 2º espejo aparece la figura que representa su aspecto real, que previamente ha sido introducido por el terapeuta en la base de datos. Cuando la paciente aprieta el botón “comparación”, esta figura se superpone a su imagen corporal, mostrándole la discrepancia.

2.-Corrección por parte de la propia paciente de la estimación de la anchura de las distintas zonas corporales, de manera que ajusta su imagen corporal a su aspecto real. Esto tiene que hacerlo tanto de frente como de perfil.

3.-En esta actividad se parte de la zona de la cocina, en ella se ingiere un alimento de los que allí existen, una vez ingerido, se vuelve a la zona de los dos espejos. La paciente tiene que moldear la figura en función de cómo ella se siente después de haber ingerido dicho alimento. Esta figura se contrastará con su aspecto real. Posteriormente se realiza la corrección de la sobredimensión corporal.

4.- Otra variante de la actividad anterior es que la paciente se imagine una situación social relevante (ir a la playa) y en este contexto se vuelve a la zona de los dos espejos. La paciente tiene que moldear la figura en función de cómo ella se siente en esta situación. Esta figura se contrastará con su aspecto real. Posteriormente se realiza la corrección de la sobredimensión corporal.

Zona V. Zona de la puerta.

Elementos:

Una puerta en la que su espacio está ocupado por multitud de tablas rectangulares de 5 centímetros cada una y de distinto color. Detrás de la puerta se encuentra la figura 3D, que la paciente ha moldeado en la zona anterior en función de como ella se ve.

Objetivos :

- 1.-Hacer consciente a la paciente de la sobredimensión de su imagen corporal pero en esta ocasión vista de perfil.
- 2.-Mejorar la exactitud de la estimación de las dimensiones del perfil de su cuerpo.

Actividades :

- 1.-La paciente tiene que quitar el menor número de tablas necesario para que pueda pasar su figura de perfil. Una vez quitadas las tablas, la figura pasa y el ordenador corrige el número de tablas en función de la anchura real de la paciente.
- 2.-Corrección por parte de la propia paciente de la estimación de la anchura de su perfil, de manera que ajusta su imagen corporal a su aspecto real.

Zona VI. Zona de las distintas versiones del propio cuerpo.

En esta zona están los siguientes elementos:

- a) La figura humana 3D “*Así me gustaría ser*”.
- b) La figura humana 3D “*Así me ve...*”.
- c) La figura humana 3D, “*Así me veo yo*” que es la figura que la paciente moldeó en la zona de los dos espejos y representa como ella se ve.

- d) Dos paneles para modificar las zonas corporales de las figuras “*Así me gustaría ser*” y “*Así me ve..*”.
- e) La figura humana 3D “*Así soy yo..*”.
- f) La figura humana 3D “*mi cuerpo saludable...*”. Es el aspecto que tendría la paciente cuando alcanzara su peso saludable.

Objetivos.

1.-Hacerla consciente de la discrepancia de su aspecto ideal, su figura real y su figura saludable.

2.-Mostrarle la discrepancia que hay entre la visión que ella piensa que otras personas tienen de ella y su aspecto real, y hacerla consciente de las consecuencias que esta sobredimensión tiene en su comportamiento.

3.-Observando la diferencia entre su aspecto real y su aspecto ideal, hacemos que la paciente se cuestione si es una buena decisión el implicarse en ciertos comportamientos para alcanzar ese cuerpo que no difiere tanto del que ya posee.

4.-Que la paciente pueda comparar su aspecto real con el aspecto que podría tener con su peso saludable, de manera que se elimine el miedo a que cuando alcance su peso saludable fuera una persona gorda.

5.-Que la paciente se cuestione las distintas versiones de su cuerpo y se de cuenta de cómo la insatisfacción corporal está manteniendo su TA.

Actividades.

1.-La paciente tiene que moldear la figura “*Así me ve...*”, según la visión que ella cree que otra persona (novio, hermana, amiga, padres, etc.) tienen de ella. Después esta figura se contrasta con su imagen real y con su imagen saludable.

2.-La paciente tiene que moldear la figura “*Así me gustaría ser...*”. Después esta figura se contrasta con su imagen real y con su imagen saludable.

3.-Hacer comparaciones entre las figuras, “*Así me veo*”, su figura real y su figura saludable.

4.-Teniendo enfrente las cinco versiones de su cuerpo, se realiza el siguiente juego de Roles: se le pide que aconseje a una persona muy querida por la paciente (hermana , hija) que en la actualidad está sufriendo un TA qué decisión podría tomar respecto a su problema.

La aplicación del componente de RV se llevó a cabo, como se ha comentado anteriormente a lo largo de 8 sesiones tal y como se indica en la tabla 1. Sólo en la primera sesión,

dado que estábamos trabajando con un instrumento probablemente desconocido para la paciente, en la primera parte se hacía una breve introducción de cual era el funcionamiento del ordenador y lo que de él se podría esperar:

“¿Conoces los ordenadores?, ¿Has jugado alguna vez a algún juego en el ordenador?, ¿Has oído hablar de la RV..?”

Lo que vamos a hacer aquí es muy parecido. Te vas a poner delante del ordenador. Te pondrás este casco y cogerás ese ratón. Con la RV no sólo vas a ver una pantalla de un ordenador, sino que tu vas a estar “ahí dentro”. Lo que vas a ver es una serie de habitaciones en las que encontraremos diversos tipos de objetos: fotos de personas, figuras humanas, alimentos, etc. . No solo vas a poder caminar por esos espacios sino que vas a “tocar” cosas, interaccionar con los objetos. La ventaja que nos ofrece la RV es que vamos a hacer cosas que no nos gustan hacer en la realidad y también vamos a hacer cosas que no se puede hacer en la realidad, lo que te va a permitir ensayar y entrenarte en aquellas cosas que temes o que tienes dificultad para hacer en la vida normal y sería importante que lo hicieras. Se podría decir que es una forma de entrenarte para después trasladarlo a la vida real, con la ventaja de que no está sucediendo nada.

El ordenador en algunos momentos te pedirá información y tendrás la posibilidad de dársela, el ordenador te hará saber si lo que has puesto es correcto o incorrecto, mediante la utilización de sonidos. Lo más importante es que no vas a estar sola ahí dentro, por que en todo momento yo voy a estar contigo, voy a ver lo mismo que tú en esa pantalla.

Es una gran oportunidad para acercarte y hacer todo lo que normalmente evitas hacer. Es una forma de entrenamiento.

¿Dime quieres hacerme alguna pregunta sobre lo que vamos a hacer? “.

Soporte técnico.

La aplicación que hemos utilizado de RV, se ha desarrollado sobre un sistema de Software WorldUp con Sense8. El hardware consiste en un PC pentium III de base y una tarjeta gráfica AccelEclipse Grafical Card de AccelGraphics y un Head Mounted Display (V6 de Virtual Research) con un ratón 2D.

El software que hemos comentado, se acompaña de una base de datos en la que el terapeuta introduce los valores reales de cada paciente. Esto datos se van actualizando en cada sesión. Los valores que se introducen son: código de la paciente con el número de la sesión, el peso real, peso saludable, altura, anchura del perfil de la paciente, tipo de figura que corresponde a su aspecto real y tipo de figura que corresponde con su peso saludable. De esta manera aunque los

escenarios son los mismos para todas las pacientes, cada paciente es tratada desde sus datos reales y actualizados. Por otra parte las respuestas y otros datos, que las pacientes introducían en el ordenador durante su interacción con él, también quedaban guardados en la base de datos. Algunos de estos datos son: el peso subjetivo, el peso deseado, el peso real después de haber ingerido algún alimento, el peso de la modelo, etc...

2.3.3.- DESCRIPCION DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO DEL PROGRAMA DE REALIDAD VIRTUAL.

Sesión 1 y 2.

1. **Antes de pesarse** (escalas de 0 a 10)

1.1.	Temor:	Evitación:
1.2.	Qué piensa:	Qué siente:

1. Si está en recuperación o en su peso.
2. Si está en infrapeso

2. **Peso**

2.1.	Peso real:	En qué medida te sientes capaz de tolerar tu peso?: En qué medida aceptas aumentar de peso?:
2.2.	Qué piensa	Qué siente:
2.3.	P.Subjetivo: ¿cuánto sientes que pesas?.	En qué medida crees que se ajusta a la realidad?: Eres consciente de que sobrestimas tu peso?. Que consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el sobrestimar tu peso?. ¿Cuánto difiere del peso real?.
2.4.	Qué piensa	Qué siente:
2.5.	P.Deseado:	En qué medida crees que se ajusta a la realidad? Qué consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el proponerte un peso deseado que tanto difiere de tu peso real?. En algún momento de tu vida has estado en ese peso, ¿qué ocurrió?. Teniendo en cuenta tu historia de enfermedad crees que es un peso realista para ti? ¿Por qué razón?.
2.6.	Qué piensa	Qué siente:
2.7.	P.Saludable:	En qué medida temes tu rango de peso saludable?.
2.8.	Qué piensa	Qué siente:

3. **Alimentos**

3.1.	<i>Jerarquía prohibición alimentos (0-10)</i>		
	Ensalada: Manzana:	Pizza:	

3.2.	Alimento Libre:	Temor:	Evitación:
<i>Se lo come</i>			
3.3.	Qué piensa	Bien:	Hinchada:
		Saciada:	Nerviosa:
		Molesta:	Culpable:
<i>Va a la báscula</i>			
3.4.	Temor:	Evitación:	
3.5	¿Cuánto sientes/crees que pesas ahora? ¿Qué consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el sobrestimar tu peso después de haber ingerido un alimento? ¿Cómo te sentirías si después de ingerir un alimento pensaras que has aumentadogr. en lugar de lo que crees habitualmente?.		
3.5.	Qué piensa	Qué siente:	

0-10

3.6.	Alimento opuesto:	Temor:	Evitación:
<i>Se lo come</i>			
3.7.	Qué piensa	Bien:	Hinchada:
		Saciada:	Nerviosa:
		Molesta:	Culpable:
<i>Va a la báscula</i>			
3.8.	Temor:	Evitación:	
3.9	¿Cuánto sientes/crees que pesas ahora? ¿Qué consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el sobrestimar tu peso después de haber ingerido un alimento? ¿Cómo te sentirías si después de ingerir un alimento pensaras que has aumentadogr. en lugar de lo que crees habitualmente?.		
3.10.	Qué piensa	Qué siente:	

0-10

4. Resumen (0-10)

4 y .5 Si no es el caso, plantearlo en pasado

4.1	¿En qué medida te crees que el peso es estable? (punto crítico; rango de peso; no se engorda ipsofacto)	
4.2	¿En qué medida temes tu peso saludable?	
4.3	¿En qué medida te sientes capaz de tolerar tu peso?	
4.4	¿En qué medida aceptas que sobrestimas tu peso?	
4.5	¿En qué medida aceptas que sobrestimas tu peso después de comer?	

1.4	4.6 ¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente?	2.4
3.4	4.7 ¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	4.4

REPASO ZONA 2 COCINA

1. Antes de pesarse (escalas de 0 a 10)

1.1.	Temor:	Evitación:
------	--------	------------

2. Peso

2.1.	Peso real:	En qué medida te sientes capaz de tolerar tu peso?: En qué medida aceptas aumentar de peso?:
------	------------	---

2.2.	Qué piensa	Qué siente:
------	------------	-------------

2.3.	P.Subjetivo: ¿cuánto sientes que pesas?.	En qué medida crees que se ajusta a la realidad?: Eres consciente de que sobrestimas tu peso?. Que consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el sobrestimar tu peso?. ¿Cuánto difiere del peso real?.
------	---	--

2.4.	Qué piensa	Qué siente:
------	------------	-------------

2.5.	P.Deseado:	En qué medida crees que se ajusta a la realidad? Qué consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el proponerte un peso deseado que tanto difiere de tu peso real?. En algún momento de tu vida has estado en ese peso, qué ocurrió?. Teniendo en cuenta tu historia de enfermedad crees que es un peso realista para ti? ¿Por qué razón?.
------	------------	--

2.6.	Qué piensa	Qué siente:
------	------------	-------------

2.7.	P.Saludable:	En qué medida temes tu rango de peso saludable?.
------	--------------	---

2.8.	Qué piensa	Qué siente:
------	------------	-------------

3. Alimentos

3.6.	Alimento:	Temor:	Evitación:
------	-----------	--------	------------

Se lo come

3.7.	Qué piensa	Bien:	Hinchada:	Imp.Comer:
		Saciada:	Nerviosa:	Expulsar:
		Molesta:	Culpable:	Otras:

Va a la báscula

3.8.	Temor:	Evitación:
------	--------	------------

0-10

3.9	¿Cuánto sientes/crees que pesas ahora? ¿Qué consecuencias tiene para tu (insatisfacción corporal, síntomas del TA, estado de ánimo) el sobrestimar tu peso después de haber ingerido un alimento? ¿Cómo te sentirías si después de ingerir un alimento pensaras que has aumentadogr. en lugar de lo que crees habitualmente?.	
3.10.	Qué piensa	Qué siente:

4.2	¿En qué medida te crees que el cuerpo se va a deteriorar por el paso del tiempo?.	
-----	---	--

SALA DE EXPOSICIONES

4. MODELOS (panel 1-2) .

	CHICO	
4.1	¿Te gusta esta figura?	
4.2	¿Cómo lo valoras tú?	
4.3	¿Cómo lo valoran los demás?	
4.4	¿Crees que es feliz?	
4.5	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?	
4.6	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?	

	CHICA	
4.7	¿Te gusta esta figura?	
4.8	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?	
4.9	¿Cómo la valoran los demás?	
4.10	¿Crees que es feliz?	
4.11	¿En qué medida te molesta compararte con ella?	
4.12	¿En qué medida te agrada comparte con ella?	
4.11	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?	
4.13	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?	

5. NORMALES (paneles 5-6).

	CHICO	
5.1	¿Te gusta esta figura?	
5.2	¿Cómo lo valoras tú?	
5.3	¿Cómo lo valoran los demás?	
5.4	¿Crees que es feliz?	
5.5	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?	
5.6	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?	

	CHICA	
5.7	¿Te gusta esta figura?	
5.8	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?	
5.9	¿Cómo la valoran los demás?	

5.10	¿Crees que es feliz?
5.11	¿En qué medida te molesta compararte con ella?
5.12	¿En qué medida te agrada compararte con ella?
5.11	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
5.13	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

6. GORDOS (paneles 7-8)

CHICO	
6.1	¿Te gusta esta figura?
6.2	¿Cómo lo valoras tú?
6.3	¿Cómo lo valoran los demás?
6.4	¿Crees que es feliz?
6.5	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
6.6	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

CHICA	
6.7	¿Te gusta esta figura?
6.8	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?
6.9	¿Cómo la valoran los demás?
6.10	¿Crees que es feliz?
6.11	¿En qué medida te molesta compararte con ella?
6.12	¿En qué medida te agrada compararte con ella?
6.13	¿En qué medida te has visto como ella en alguna ocasión?
6.14	¿En qué medida temes verte así?.....¿Crees que es posible?
6.15	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
6.16	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

7. ANORÉXICAS (paneles 3-4).

CHICA DE FRENTE	
7.1	¿Te gusta esta figura?
7.2	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?
7.3	¿Cómo la valoran los demás?
7.4	¿Crees que es feliz?
7.5	¿En qué medida te molesta compararte con ella?
7.6	¿En qué medida te agrada compararte con ella?
7.7	¿En qué medida te has visto como ella en alguna ocasión?
*7.8	Si en algún momento estuviste así, recuerdas si te veías de esa forma?
7.9	¿En qué medida temes verte así?.....¿Crees que es posible?
7.10	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
7.11	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

* si es pertinente

CHICA DE ESPALDAS	
7.12	¿Te gusta esta figura?
7.13	¿Cómo la valoras tú?
7.14	¿Cómo la valoran los demás?
7.15	¿Crees que es feliz?
7.16	¿En qué medida te molesta compararte con ella?
7.17	¿En qué medida te agrada compararte con ella?

7.18	¿En qué medida te has visto como ella en alguna ocasión?
*7.19	Si en algún momento estuviste así, recuerdas si te veías de esa forma?
7.20	¿En qué medida temes verte así?.....¿Crees que es posible?
7.21	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
7.22	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

8. RESUMEN (0-10)

4 y .5 Si no es el caso, plantearlo en pasado	8.1 ¿En qué medida te crees que el peso de una persona es estable? (punto crítico; rango de peso; no se engorda ipsofacto)	
	8.2 ¿En qué medida temes tu peso saludable?	
	8.3 ¿En qué medida te sientes capaz de tolerar tu peso?	
	8.4 ¿En qué medida aceptas que sobrestimas tu peso?	
	8.5 ¿En qué medida aceptas que sobrestimas tu peso después de comer?	
	8.6 ¿En qué medida crees que el concepto de peso es algo relativo? (edad, envergadura, momento del día)	
	8.7 ¿En qué medida te crees que el cuerpo se va a deteriorar por el paso del tiempo?	
	8.8 ¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente? (cuando te comparas...)	
	8.9 ¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	

Sesión 4

Resumen de preguntas:

¿En qué medida te crees que el peso es estable, que tienes un rango de peso crítico? (punto crítico; rango de peso; no se engorda ipsofacto)	
---	--

1. El número del peso es engañoso. El número del peso es relativo. Cuerpo relativo

1.1 ¿En qué medida crees que el concepto de peso es algo relativo? (edad, envergadura, momento del día)	
1.2 ¿En qué medida te crees que el cuerpo se va a deteriorar por el paso del tiempo?	

2. Pretest:

2.1 ¿En qué medida crees que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
--

2.2. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

2.3 ¿Cuáles son las zonas corporales de las que tú estás más insatisfecha?

2.4 ¿Cuáles son las zonas corporales de las que tú estás más satisfecha?

3. HABITACIÓN SALA DE EXPOSICIONES

	CHICA DE FRENTE
1.1	¿Te gusta esta figura?
1.2	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?
1.3	¿Cómo la valoran los demás?
1.4	¿Crees que es feliz?
1.5	¿Te agrada o te molesta compararte con ella? ¿en qué medida?
1.6	¿Has estado como ella en alguna ocasión? ¿En qué medida?
*1.7	Si en algún momento estuviste así, recuerdas si te veías de esa forma?
1.8	¿En qué medida temes verte así?.....¿Crees que es posible?
1.9	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
1.10	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

*si es pertinente

	CHICA DE ESPALDAS
2.1	¿Te gusta esta figura?
2.2	¿Cómo la valoras tú? -atractiva?+gorda+delgada?
2.3	¿Cómo la valoran los demás?
2.4	¿Crees que es feliz?
2.5	¿Te agrada o te molesta compararte con ella? ¿en qué medida?
2.6	¿Has estado como ella en alguna ocasión? ¿En qué medida?
*2.7	Si en algún momento estuviste así, recuerdas si te veías de esa forma?

2.8	¿En qué medida temes verte así?.....¿Crees que es posible?
2.9	¿Cómo crees que estará dentro de 30 años?
2.10	Teniendo en cuenta su altura, ¿cuánto crees que pesa?

* si es pertinente

IR A HABITACIÓN DE LOS 2 ESPEJOS (SIN CORREGIR)

4. Antes de mirarse (escalas de 0 a 10)

4.1.	Molestia/Temor:	Evitación:
4.1.1	(en su caso)	Necesidad:

5. Distorsión frontal

5.1. Antes de clicar: Quiero que modelos la figura según tú ves/sientes tu cuerpo ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	5.4	6.4
Caderas	+	-	Abdomen	7.4	8.4
Muslos	+	-	Piernas	9.4	10.4

¿Así es como te ves?;

5.2	Molestia:	Satisfacción:
5.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
5.4	En qué medida piensas que los demás te ven así:	

5.5 Al tocar el espejo aparece figura 2D real. Ese es tu cuerpo real

	Molestia:	Satisfacción:
--	-----------	---------------

¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

5.6 ¿En qué medida aceptas que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
--

Superpone 2D a 3D (tocando figura 2D)

5.7 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Qué es lo que pasa? ¿qué te hace pensar el hecho de que tus..... las veas mayor/distintas de lo que son en realidad?

¿Cómo te afecta eso emocionalmente, que consecuencias tiene en tu insatisfacción con el cuerpo?.

¿Cómo influye en lo que tú haces,? (evitación de situaciones, implicación en dietas...)

¿En qué situaciones distorsionas tu cuerpo (sobrestima)?

5.9 ¿En qué grado te crees que esa eres tú/te identificas con esa imagen?

5.10 ¿En qué grado crees que los demás te ven así?
--

4.8.-Corrección de la sobreestimación de frente y de perfil.

La paciente corrige su figura subjetiva hasta ser similar a la real.

Hacer consciente a la paciente de los clics que tiene que hacer y de las zonas que está corrigiendo.

5. Distorsión perfil

Pasar tu cuerpo por las barras de perfil. Cada barra 5 cm. Al tocar barra desaparece. Empezar por el centro, la de la derecha, y quitar una de cada lado.

5.1. ¿cuántas vas a quitar?

Comprobar. Tocar cabeza de tu cuerpo

-¿qué ha pasado?

Comprobar si es correcto. Tocar verde, el sistema indica **cuántas**:

5.2 Cuántas quita el sistema:

-¿Qué ha pasado?

-¿Por qué?

5.3 ¿En qué zonas has sobrestimado de perfil? Pecho

Tripa

Resumen

11.1 ¿En qué medida crees que sobrestimas tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
--

11.2. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

11.3 ¿crees que es casualidad que sean las zonas que menos te gustan las que precisamente sobrestimas?

-¿Podríamos decir que las zonas de tu cuerpo que menos coinciden con la realidad son las que más te desagradan?

-A parte de lo que hoy hemos visto, que otras pruebas tienes de que sobreestimamos tu cuerpo (comentarios de amigas, novios, familiares, ropa,etc...)

11.4 ¿Qué has aprendido hoy?

11.5 ¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente? (cuando te miras al espejeo, comparas...)	
---	--

11.6 ¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	
---	--

Sesión 5

El objetivo de esta sesión es hacer consciente a la paciente de la sobreestimación corporal como consecuencia de haber ingerido un alimento

Peligroso/prohibido para ella.

IR A HABITACIÓN DE LOS 2 ESPEJOS

1. Antes de mirarse (escalas de 0 a 10)

1.1.	Molestia/Temor:	Evitación:
1.1	(en su caso)	Necesidad:

2. Distorsión frontal

2.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura según tú ves/sientes tu cuerpo ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es como te ves?;

2.2	Molestia:	Satisfacción:
2.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
2.4	En qué medida piensas que los demás te ven así:	

2.5 Al tocar el espejo aparece figura 2D real. Ese es tu cuerpo real

	Molestia:	Satisfacción:
--	-----------	---------------

¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

2.6 ¿En qué medida aceptas que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?

Superpone 2D a 3D (tocando figura 2D)

2.7 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Qué es lo que pasa? ¿qué te hace pensar el hecho de que tus..... las veas mayor/distintas de lo que son en realidad?

¿Cómo te afecta eso emocionalmente, que consecuencias tiene en tu insatisfacción con el cuerpo?.

¿Cómo influye en lo que tú haces,? (evitación de situaciones, implicación en dietas...)

¿En qué situaciones distorsionas tu cuerpo (sobrestima)?

2.9 ¿En qué grado te crees que esa eres tú/te identificas con esa imagen?
2.10 ¿En qué grado crees que los demás te ven así?

3.-Corrección de la sobreestimación de frente y de perfil.

La paciente corrige su figura subjetiva hasta ser similar a la real.

Hacer consciente a la paciente de los clics que tiene que hacer y de las zonas que está corrigiendo.

4. Distorsión perfil

Pasar tu cuerpo por las barras de perfil. Cada barra 5 cm. Al tocar barra desaparece. Empezar por el centro, la de la derecha, y quitar una de cada lado.

4.1. ¿cuántas vas a quitar?

Comprobar. Tocar cabeza de tu cuerpo

-¿qué ha pasado?

Comprobar si es correcto. Tocar verde, el sistema indica **cuántas**:

4.2 Cuántas quita el sistema:

-¿Qué ha pasado?

-¿Por qué?

4.3 ¿En qué zonas has sobrestimado de perfil? Pecho

Tripa

5.- Vamos a la zona de la cocina a tomar un alimento.

Alimento.

5.2.	Alimento : pizza	Temor:	Evitación:
<i>Se lo come</i>			
5.3.	Qué piensa	Bien:	Hinchada:
		Saciada:	Nerviosa:
		Molesta:	Culpable:
			Otras:

0-10

Una vez ingerido el alimento, la paciente nos tiene que indicar como se ve/siente, para ello vamos a la zona de la distorsión y repetimos el procedimiento.

. Antes de mirarse (escalas de 0 a 10)

	Molestia/Temor:	Evitación:
--	-----------------	------------

	(en su caso)	Necesidad:
--	--------------	------------

6. Distorsión frontal

6.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura según tú ves/sientes tu cuerpo después de haber ingerido una pizza. ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es como te ves?;

6.2	Molestia:	Satisfacción:
6.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
6.4	En qué medida piensas que los demás te ven así:	

6.5 Al tocar el espejo aparece figura 2D real. Ese es tu cuerpo real

	Molestia:	Satisfacción:
--	-----------	---------------

¿Son iguales?;

¿Qué diferencia ves en ellas:

4.6 ¿En qué medida aceptas que distorsionas (sobrestimas) tu Icdespues de haber ingerido una pizza, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?

Superpone 2D a 3D (tocando figura 2D)

6.7 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Qué es lo que pasa? ¿qué te hace pensar el hecho de que tus..... las veas mayor/distintas de lo que son en realidad?

¿Cómo te afecta eso emocionalmente, que consecuencias tiene en tu insatisfacción con el cuerpo?.

¿Cómo influye en lo que tú haces,? (evitación de situaciones, implicación en dietas, vómitos, desencadente de atracones...)

Que sucedería si en vez de una pizza hubieras ingerido una manzana, ¿la distorsión hubiera sido tan grande?.

¿Distorsionas más cuando acabas de comer? ¿Qué conclusión puedes sacar de ello?

¿En qué otras situaciones distorsionas tu cuerpo (sobrestima)?

7.-Corrección de la sobreestimación.

La paciente corrige su figura subjetiva hasta ser similar a la real.

Hacer consciente a la paciente de los clics que tiene que hacer y de las zonas que está corrigiendo.

8. Distorsión perfil.

Una vez ingerido el alimento, la paciente nos tiene que indicar como se ve/siente, para ello vamos a la zona de la distorsión y repetimos el procedimiento.

Pasar tu cuerpo por las barras de perfil. Cada barra 5 cm. Al tocar barra desaparece. Empezar por el centro, la de la derecha, y quitar una de cada lado.

8.1. ¿cuántas vas a quitar?

Comprobar. Tocar cabeza de tu cuerpo

-¿qué ha pasado?

Comprobar si es correcto. Tocar verde, el sistema indica **cuántas**:

8.2 Cuántas quita el sistema:

-¿Qué ha pasado?

-¿Por qué?

8.3 ¿En qué zonas has sobrestimado de perfil? Pecho

Tripa

9. Resumen

11.1 ¿En qué medida crees que sobrestimas tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?

11.1 ¿En qué medida crees que sobrestimas tu IC después de ingerir alimentos prohibidos?

9.2. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

-¿Podríamos decir que las zonas de tu cuerpo que menos coinciden con la realidad son las que más te desagradan?..... ¿Son las que más pensamientos negativos tienes sobre ellas?.....
.....¿El hecho de combatir esos pensamientos negativos, puede ayudar a que te veas mejor?.....

-¿Las zonas en las que has sobrestimado, son las zonas en las que más te comparas con otras chicas o con tu figura ideal?.....¿Con quien/que sueles compararte?..... ¿Crees que el hecho de comparar constantemente estas zonas hace que sobrestimes? (Conductas de autoderrota).

-¿Las zonas en las que has sobrestimado, son las zonas que más te compruebas?.....
¿Cómo las compruebas?.....¿Crees que el hecho de comprobarte constantemente estas zonas hace que sobrestimes? (Conductas de comprobación).

-A parte de lo que hoy hemos visto, que otras pruebas tienes de que sobreestimas tu cuerpo (comentarios de amigas, novios, familiares, ropa, etc...).

9.4 ¿Qué has aprendido hoy?

9.5 ¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente? (cuando te miras al espejo, comparas...)	
9.6 ¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	

Sesión 6.

El objetivo de esta sesión es hacer consciente a la paciente de la sobreestimación corporal que sucede cuando tiene que ir a una situación social importante en la que tiene que mostrar su cuerpo.

HABITACIÓN DE LOS 2 ESPEJOS

*“Quiero que pienses que estás apunto de ir a la playa** , la playa es una situación que te suele provocar muchas emociones como ansiedad/malesta, insatisfacción con el cuerpo, etc. Has quedado con tus amigas y con tus amigos. Tus amigos son gente joven, por lo que están pendientes por su aspecto físico. El ir a la playa es una situación que es muy importante para ti. Tu estás en casa y te acabas de poner el bikini (o bañador), te miras al espejo y dime como te ves/sientes”.*

¿Qué piensa?, ¿qué pensamientos negativos pasan por tu mente?.

1. Antes de mirarse (escalas de 0 a 10)

1.1.	Molestia/Temor:	Evitación:
1.1	(en su caso)	Necesidad:

2. Distorsión frontal

2.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura según tú ves/sientes tu cuerpo ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es como te ves?;

2.2	Molestia:	Satisfacción:
2.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
2.4	En qué medida piensas que los demás te ven así:	

2.5 Al tocar el espejo aparece figura 2D real. Ese es tu cuerpo real

	Molestia:	Satisfacción:
--	-----------	---------------

¿Son iguales?:

** Si la situación de la playa no le produjese ansiedad poner otra situación social importante para la paciente.

¿Qué diferencia ves en ellas:

2.6 ¿En qué medida aceptas que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
--

Superpone 2D a 3D (tocando figura 2D)

2.7 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Qué es lo que pasa? ¿Qué te hace pensar el hecho de que tus..... las veas mayor/distintas de lo que son en realidad?

¿Cómo te afecta eso emocionalmente, que consecuencias tiene en tu insatisfacción con el cuerpo?.

¿Cómo influye en lo que tú haces,? (evitación de situaciones, implicación en dietas...)

¿Qué te hace pensar el hecho de que distorsionas más cuando es una situación en la que tienes que mostrar tu cuerpo casi desnudo?.

¿En qué otras situaciones distorsionas tu cuerpo (sobrestima)?

2.9 ¿En qué grado te crees que esa eres tú/te identificas con esa imagen?

2.10 ¿En qué grado crees que los demás te ven así?
--

3.-Corrección de la sobreestimación.

La paciente corrige su figura subjetiva hasta ser similar a la real.

Hacer consciente a la paciente de los clics que tiene que hacer y de las zonas que está corrigiendo.

4. Distorsión perfil

Pasar tu cuerpo por las barras de perfil. Cada barra 5 cm. Al tocar barra desaparece. Empezar por el centro, la de la derecha, y quitar una de cada lado.

4.1. ¿cuántas vas a quitar?

Comprobar. Tocar cabeza de tu cuerpo

-¿qué ha pasado?

Comprobar si es correcto. Tocar verde, el sistema indica **cuántas**:

4.2 Cuántas quita el sistema:

-¿Qué ha pasado?

-¿Por qué?

4.3 ¿En qué zonas has sobrestimado de perfil? Pecho

Tripa

4.3 Contabilizar número de ensayos necesarios (corrección en espejos).

5. Resumen

¿En qué medida crees que sobrestimas tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
¿En qué medida crees que sobrestimas tu IC después de ingerir alimentos prohibidos?

5.2. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

5.3 ¿crees que es casualidad que sean las zonas que menos te gustan las que precisamente sobrestimas?.

-¿Podríamos decir que las zonas de tu cuerpo que menos coinciden con la realidad son las que más te desagradan?..... ¿Son las que más pensamientos negativos tienes sobre ellas?.....¿El hecho de combatir esos pensamientos negativos, puede ayudar a que te veas mejor?.....

-¿Las zonas en las que has sobrestimado, son las zonas en las que más te comparas con otras chicas o con tu figura ideal?.....¿Con quien/que sueles compararte?..... ¿Crees que el hecho de comparar constantemente estas zonas hace que sobrestimes? (Conductas de autoderrota).

-¿Las zonas en las que has sobrestimado, son las zonas que más te compruebas?..... ¿Cómo las compruebas?.....¿Crees que el hecho de comprobarte constantemente estas zonas hace que sobrestimes? (Conductas de comprobación).

-A parte de lo que hoy hemos visto, que otras pruebas tienes de que sobreestimas tu cuerpo (comentarios de amigas, novios, familiares, ropa, etc...).

-

6.4 ¿Qué has aprendido hoy?

¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente? (cuando te miras al espejo, comparas...)	
¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	

Sesión 7-8.

PRETEST SIN ORDENADOR

El número del peso es engañoso. El número del peso es relativo. Cuerpo relativo

0.1 ¿En qué medida crees que el concepto de peso es algo relativo? (edad, envergadura, momento del día)	
--	--

Peso crítico

0.2 ¿En qué medida te crees que el peso es estable, que tienes un rango de peso crítico? (punto crítico; rango de peso; no se engorda ipsofacto)	
---	--

DISTORSIÓN

0.3 ¿En qué medida crees que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?
--

0.4. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

0.5 ¿Cuáles son las zonas corporales de las que tú estás más insatisfecha?

0.6 ¿Cuáles son las zonas corporales de las que tú estás más satisfecha?

IR A HABITACIÓN DE LOS 2 ESPEJOS (SIN CORREGIR)

1. Antes de mirarse (escalas de 0 a 10)

1.	Molestia/Temor:	Evitación:
1.1	(en su caso)	Necesidad:

2. Distorsión frontal (no se corrige).

2.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura según tú ves/sientes tu cuerpo ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es como te ves?;

2.2	Molestia:	Satisfacción:
2.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
2.4	En qué medida piensas que los demás te ven así:	

2.5 Al tocar el espejo aparece figura 2D real. Ese es tu cuerpo real

	Molestia:	Satisfacción:
--	-----------	---------------

¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

¿En qué medida aceptas que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?

Superpone 2D a 3D (tocando figura 2D)

2.7 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Qué es lo que pasa? ¿qué te hace pensar el hecho de que tus..... las veas mayor/distintas de lo que son en realidad?

¿Cómo te afecta eso emocionalmente, que consecuencias tiene en tu insatisfacción con el cuerpo?.

¿Cómo influye en lo que tú haces,? (evitación de situaciones, implicación en dietas...)

¿En qué situaciones distorsionas tu cuerpo (sobrestima)?

2.8 ¿En qué grado te crees que esa eres tú/te identificas con esa imagen?

2.9 ¿En qué grado crees que los demás te ven así?

SIN CORREGIR, IR A HABITACIÓN DEL FONDO 5 ESPEJOS

PASEO POR TODAS (explicación de lo que se va a hacer)

3.Imagen Otro significativo (alguna persona cercana a la paciente importante para ella).

¿Quién?

3.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura según te ve..... ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es cómo te ve.....? Ahora esa eres tú

3.2	Molestia:	Satisfacción:
3.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
3.4	¿Qué evidencias tienes de que te ve así?:	
3.5	¿En qué situaciones crees que te ve así?:	
3.6	Cómo te hace sentir; qué es lo que haces:	
3.7	- <i>Guión</i> - piensas que los demás te ven así:	
3.8	- <i>Guión</i> - crees esa visión de ti se ajusta a la realidad:	

4. Comparación otro significativo/real

¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

4.1 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

El hecho de que sobrestimes como los demás te ven, no puede ser que estés “leyendo la mente” (comentar el error cognitivo de leer la mente). ¿Que consecuencias tiene para ti el hecho de leer la mente?

¿Qué conclusiones podemos sacar de esto?

¿Cuál elegirías para una persona a la que quisieras mucho?

5.Imagen deseada

5.1. Antes de clicar: Quiero que modeles la figura, que teniendo en cuenta tu cuerpo y tu historia previa de enfermedad, como te gustaría ser ¿Qué zonas vas a modificar?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

¿Así es como te gustaría estar? Ahora esa eres tú

5.2	Molestia:	Satisfacción:
5.3	En qué medida te crees que tu cuerpo es así:	
5.4	En qué grado crees que es realista querer ser así	
5.5	En qué medida piensas que los demás te ven así:	
5.6	En qué situaciones deseas más ser así?:	
5.7	Crees que tu familia, tu trabajo, tus amistades cambiarían siendo así?	
5.8	Crees que estando así podrías conseguir alcanzar tus metas a nivel laboral, familiar y social.	
5.8	Crees que así serás más feliz:	
	Cómo crees que estará esta imagen dentro de 20 años:	

6 Comparación deseada/real

¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

6.1 ¿En qué zonas has distorsionado /sobrestimado?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

- ¿Existe tanta diferencia entre la figura real y la deseada?.

- Que consecuencia tiene para tu insatisfacción corporal y para tu enfermedad, el ponerte esa **figura deseada** como meta a conseguir. (Comentar el error cognitivo de “el ideal irreal”).
- ¿Que consecuencias tiene para ti el hecho de compararte constantemente con esa figura que te gustaría ser?, ¿cómo te sientes cuando te comparas? (Comentar el error cognitivo de “la comparación injusta”). ¿Por qué has de compararte con un ideal irreal?

¿Qué conclusiones podemos sacar de esto?

7. Imagen saludable (0-10)

7.1	Molestia:	Satisfacción:
7.2	Cuáles son las zonas que más te desagradan	
7.3	Hay zonas que te agraden, que no veas mal?	
7.5	En qué grado crees que es una visión realista de ti:	
7.6	Cómo te valoras así: Cómo te encontrarás estando así: Aspectos de salud Aspectos de belleza Aspectos de capacidad, funcionalidad y aprovechar tu cuerpo	
7.7	¿En alguna ocasión anterior has estado así? ¿Había algo positivo en aquella época? ¿Cómo era tu estado de ánimo, tus relaciones con la familia, amigos etc..?	

- ¿Qué conclusiones podemos sacar de esto?

8. Comparación saludable/deseada ¿Son iguales?:

¿Qué diferencia ves en ellas:

¿qué zonas son diferentes?

Pecho	+	-	Brazos	+	-
Caderas	+	-	Abdomen	+	-
Muslos	+	-	Piernas	+	-

-Qué implicaciones tendría tener esta imagen saludable en tu vida?

-Tus.....(aquello que distorsione, o sea su área problemática) ¿para qué te sirven?, qué pasaría si no los tuvieras....?

8.2 ¿Qué sentirías al estar así? ¿qué es lo que te resultaría más difícil de estar así? ¿qué disminuiría de ti como persona al estar así, qué es lo que perderías como persona?
8.4 En qué medida aceptas que así es como tienes que estar:
8.5 ¿En qué grado crees que los demás aceptarían tu imagen saludable? ¿Qué te hace pensar eso?.

9. Comparación de todas las figuras

-Todas son diferentes visiones de ti ¿Hay diferencias entre ellas?

-Si fueran las imágenes de otra persona a la que tú quisieras mucho y esta persona ha pasado por una enfermedad similar a la tuya, ¿qué le aconsejarías?

10. Resumen

10.1 ¿En qué medida crees que el concepto de peso es algo relativo? (edad, envergadura, momento del día)	
10.2 ¿En qué medida te crees que el peso es estable, que tienes un rango de peso crítico? (punto crítico; rango de peso; no se engorda ipsofacto)	
10.4 ¿En qué medida crees que distorsionas (sobrestimas) tu IC, que tu IC es distinta a tu cuerpo real?	

10.5. De 0 (insatisfacción) a 10 (Satisfacción), ¿En qué medida estás satisfecha con tu cuerpo?

10.5 ¿En qué medida crees que es realista tu imagen deseada?	
10.6 ¿En qué medida aceptas tu imagen saludable?	

10.7 ¿Qué has aprendido hoy?

10.8 ¿En qué medida dirías que esta situación es igual a las que tu experimentas habitualmente? (cuando te miras al espejo, comparas...)	
10.9 ¿En qué medida te ha parecido real la experiencia?	