

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y CONTROLES: TÉCNICA DE DISTORSIÓN DE LA IMAGEN DE VIDEO

Fernando Fernández Aranda* y Michel Probst**

**Unidad de Modificación de Conducta.*

Hospital Psiquiátrico Universitario de Hamburgo (Alemania)

***Hospital Psiquiátrico Universitario St. Jozef de Kortenberg (Bélgica)*

RESUMEN

En el presente estudio, fueron comparados 34 pacientes con trastornos de la alimentación (17 pacientes con Anorexia -AN- y 17 con Bulimia nerviosa -BN-) con un grupo control de 54 estudiantes -CONT-, respecto a su imagen corporal. A través de la técnica de distorsión de la imagen de video (Video Distortion Technique, VDT), fueron evaluadas, tanto estimaciones de la propia silueta, como de un objeto externo de control. No fueron encontradas diferencias significativas, entre grupos, ni respecto a las estimaciones de su imagen corporal actual, ni respecto a las de un objeto de control; sin embargo, sí respecto a las estimaciones de su imagen ideal ($F[2,85]=22.5$; $p<.0001$).

En conclusión, nuestros resultados muestran que la distorsión de la imagen corporal, en pacientes con trastornos de la alimentación, debería ser contemplada como una autoevaluación negativa, de sí mismos y de su propio cuerpo, y no como una distorsión perceptiva.

Palabras clave: Imagen corporal, trastornos de la alimentación, Anorexia nerviosa, Bulimia.

ABSTRACT

In this study, comparing 34 eating disorder patients (17 Anorexic -AN- and 17 Bulimics -BN-) with 54 controls, the Video Distortion Technique was used to test the accuracy of body size estimation and to assess the ideal body image of the whole subjects. No differences were found in the estimation of actual body sizes between the groups. However, with regard to the ideal body image, significant differences between them were found ($F[2,85] = 22.54$; $p < .0001$).

In conclusion, our findings point out that body image distortion may be better reflected in a negative self-evaluation of the body than in a perceptual disturbance.

Key words: Body image, eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación, **Anorexia nerviosa y Bulimia**, son dos patologías complejas en etiología y patogenia, donde problemas conductuales, cognitivos y emocionales se entrelazan. Ambos grupos de pacientes presentan como denominador común, entre otros aspectos, el poseer una preocupación desmesurada por su imagen y peso corporal, con un miedo excesivo por engordar (Vandereycken y Meermann, 1984; APA, 1987; 1993), y en el caso de los pacientes con anorexia, aún estando muy por debajo de un peso corporal normal. Esta insatisfacción con su silueta y dimensiones corporales está influyendo de forma rotunda en sus emociones y conductas (Martínez, Toro, Salamero, Bleuca y Zaragoza, 1993; Raich, 1994).

La importancia que posee el concepto distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación se ve confirmada por dos hechos: por un lado, por ser contemplado como una de las características diagnósticas en estas patologías, donde criterios diagnósticos DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1993) son una muestra de ello; por otro lado, por el número elevado de investigaciones que versan sobre este tema.

Y en este sentido, desde que Bruch (1962, 1973) definiera el trastorno de la imagen corporal como factor patognomónico en la anorexia nerviosa, el número de trabajos e investigaciones sobre estas patologías en general (Fernández, 1993b; Fichter, 1989), y en particular sobre el tema imagen corporal, se ha visto aumentado enormemente (Fernández, Probst, Meermann, Bents, y Vandereycken, 1993; Rojo y Turón, 1990; Mora y

Raich, 1993). En muchos de estos estudios, en la evaluación de la imagen corporal se suele distinguir entre: componente perceptual, o distorsión perceptiva, que se refiere al grado de exactitud, o en este caso de no exactitud, con la que la paciente estima sus dimensiones corporales; y componente afectivo, o actitudes y cogniciones respecto al propio cuerpo.

En la literatura, el componente afectivo ha sido usualmente estimado a través de pruebas psicométricas (Thompson, 1990); en cambio, el componente perceptivo, ha sido estimado a través de diversos procedimientos que van desde "técnicas parciales", o de estimación de las dimensiones de determinadas partes corporales, como la técnica de marcado de la imagen (Askevold, 1979) o técnica de haces luminosos (Thompson, 1990; Slade y Russell, 1973); a "técnicas totales", o de evaluación de la imagen corporal global, más sofisticadas, como la distorsión de una imagen fotográfica (Garner y Moncrief, 1988), o distorsión de una imagen de video (Freeman, Thomas, Solyom y Myles, 1983; Meermann, 1983). Los procedimientos "globales" se observan mucho más frecuentemente aplicados en la literatura que los procedimientos "parciales" (Fernández, 1993a).

Como indicara Slade (1985), las diferencias entre procedimientos "totales" y "parciales" no radican tan solo en su objeto de estudio (figura global o partes), sino especialmente en que en las primeras técnicas ha de ser distorsionada y estimada la imagen corporal real de las pacientes, por lo cual se trata de una tarea de estimación-confrontación; mientras que en la segunda técnica han de ser estimadas las distancias subjetivas entre dos puntos del cuerpo que no se están visualizando, por lo cual se trata de una tarea de estimación-abstracción. Asimismo, este autor remarca el hecho de que con este tipo de procedimientos parciales las pacientes con trastornos de la alimentación suelen mostrar mayor grado de sobreestimación que a través de procedimientos globales.

Como comentaran algunos autores (Hsu y Sobkiewicz, 1991; Mora y Raich, 1993), estos resultados contradictorios se deben principalmente a tres razones:

1. No aplicación de grupos control con los que sean comparados los resultados obtenidos en pacientes con trastornos de la alimentación.
2. Utilización de instrucciones o tareas de estimación no equivalentes; incluso, en algunos estudios han sido considerados tan solo estimaciones perceptivas, que no afectivas, ni la relación entre ambas.
3. Comparación de procedimientos no homogéneos.

Las técnicas "globales" presentan ventajas, de ahí que hayan sido empleadas en el presente estudio, con respecto a los procedimientos de estimación "parciales" (Freeman, Thomas, Solyom y Koopman, 1985; Garner y Moncrief, 1988; Thompson, 1990): 1) posibilitan el observar y evaluar la propia silueta y/o imagen de forma completa o global; 2) posibilitan el distorsionar o deformar gradualmente la anchura de la silueta corporal observada; 3) suponen una mayor identificación emocional, o capacidad de implicación, del sujeto con la tarea de estimación encomendada, al ser confrontados con su propia imagen.

Objeto de estudio, en la mayor parte de la literatura sobre este tema, ha desempeñado la presumible distorsión perceptiva presente en estas pacientes (Freemann y cols., 1983; Freeman y cols., 1985; Meermann, 1983). En la mayoría de éstos, se parte de la hipótesis de que existe una distorsión de la imagen, entendida como una no adecuada estimación de las dimensiones corporales, y más concretamente como una sobreestimación, tanto en pacientes anoréxicas (Meermann, 1983; Touyz, Beumont, Collins y Cowie, 1985) como bulímicas (Freeman y cols., 1985; Touyz y cols., 1985), que explicaría así las dificultades existentes en estas pacientes para aceptar su propio cuerpo y figura.

A pesar de ello, resultados recientes sugieren que la distorsión perceptiva de la imagen no es un factor característico de este tipo de trastornos si son comparados los resultados con grupos control (Bowden, Touyz, Rodriguez, Hensley y Beumont, 1989; Cooper y Taylor, 1987; Fernández, Probst, Meermann y Vandereycken, 1994; Probst, van Coppenolle, Vandereycken y Goris, 1992; Whitehouse, Freeman, y Annadale, 1988).

Los objetivos del presente estudio fueron los siguientes:

1. Determinar si existe una sobreestimación de la propia imagen en las pacientes con trastornos de la alimentación, utilizando un procedimiento de distorsión de la imagen de video, al ser comparados los resultados con los de un grupo de control.
2. Cuantificar la existencia de interrelaciones entre las variables estimación de la imagen actual e imagen ideal.
3. Determinar si la imagen inicial observada en la pantalla, o imagen de referencia (extrema delgadez o extrema amplitud), influye en la estimación posterior de las pacientes.
4. Descartar la existencia de un trastorno general de tipo perceptivo en este tipo de pacientes, a través de la estimación de un objeto control.

MÉTODO

Muestra

En el presente estudio fué utilizada una muestra total de 88 sujetos. De éstos, 34 eran pacientes con trastornos de la alimentación, distribuidos en dos grupos experimentales, que cumplían criterios DSM-III-R para Anorexia Nerviosa (N=17) y Bulimia (N=17), y que se encontraban en su primera semana de ingreso en el Hospital Psicosomático Bad Pyrmont en Alemania. El tratamiento cognitivo- conductual, empleado con este tipo de pacientes se halla descrito en otros trabajos (Vandereycken y Meermann, 1984). Los 54 sujetos restantes, que constituían el grupo de control, eran estudiantes universitarias que se habían comprometido voluntariamente a participar en el presente estudio.

Todos los sujetos eran mujeres. Ninguno de las pacientes bulímicas presentaba historia previa de Anorexia nerviosa o se encontraba en sobre peso. Todas las pacientes con Anorexia nerviosa eran del tipo restrictivo. Ninguno de los sujetos control padecía o había padecido trastorno de la alimentación alguno. Las características demográficas y clínicas de los grupos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.- Características demográficas y clínicas de los grupos experimentales y control.

	Anoréxicas (N=17)	Bulímicas (N=17)	Controles (N=54)	p*
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS	
Edad *	22.6 ± 4.6	22.5 ± 2.7	20.7 ± 1.9	n.s.
Altura (cm)	165.8 ± 6.3	166.9 ± 6.8	167.8 ± 5.2	n.s.
Peso (Kg)	44.7 ± 6.7	57.4 ± 7.7	58.3 ± 4.4	.0001ab
BMI	16.2 ± 1.9	20.6 ± 1.8	20.7 ± 1.1	.0001ab

BMI (Índice de masa corporal): $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 (\text{m}^2)$; * Test de comparaciones múltiples (test de Scheffé); a: Anoréxicas vs. Bulímicas; b: Bulímicas vs. Anoréxicas.

Instrumentos

Como procedimiento de evaluación de la imagen corporal, fué utilizada la técnica de Distorsión de la Imagen de Video (Video Image Distortion, VDT) (Fernández, 1993a; Freeman y cols., 1983; Meermann, 1983).

Esta técnica es un procedimiento frecuentemente empleado para evaluar la exactitud en las estimaciones de las dimensiones corporales en los trastornos de la alimentación. A través de esta técnica, la paciente se observa por medio de una cámara de video en una pantalla de televisión en color que se encuentra a una distancia de 2,5 metros. Por medio de un potenciómetro, que se halla conectado al monitor, la paciente adapta sus dimensiones corporales a tal como cree que son en realidad. Esta imagen corporal puede ser distorsionada por la propia paciente en amplitud, ensanchándola o adelgazándola, hasta un 33% de la imagen real. El grado de distorsión corporal, es decir la exactitud o inexactitud en las estimaciones corporales, podrá ser leído por el experimentador a través de una escala voltimétrica. Posteriormente, estos valores serán transformados a través de la siguiente fórmula: $Y = 66.66 + [\text{estimación corporal} \times 33.33] / \text{imagen real}$, en un índice de percepción corporal (Body perception Index, BPI) o porcentaje de distorsión corporal. Y así, una puntuación de BPI 100, significaría una estimación de 100%, es decir, nos indicaría una estimación exacta; y valores que se desviasen por encima o por debajo de 100, nos indicarían sobreestimación y bajoestimación respectivamente.

Este procedimiento, aceptado y aplicado internacionalmente, presenta una fiabilidad test-retest que oscila entre .75 y .90 (Freeman, Thomas, Solyom y Hunter, 1984; Probst et al., 1992).

Procedimiento

La realización del estudio supuso un total de 20 minutos de duración por sujeto y fué aplicado individualmente. Las participantes, vestidas con bañador o bikini, además de contestar varias preguntas de relevancia clínica, recibieron cuatro tareas de estimación a través del VDT: a) su dimensión corporal actual vista de frente; b) su dimensión corporal actual vista de perfil; c) su dimensión corporal ideal; d) estimación de la amplitud real de una maniquí de escaparate (objeto control). Cada tarea de estimación constaba de 6 mangas o intentos, que alternaban entre una realización ascendente y descendente (factor dirección), es decir, entre una posición de inicio de máxima delgadez, y una de máxima amplitud, para evitar así efectos de orden.

Durante toda la realización de los ejercicios de estimación se encontraban presentes el experimentador (FF) y una enfermera. Este aparato se encontraba colocado en una habitación de 30 m, donde la pared de fondo era completamente neutra y monocolor, para evitar que la paciente utilizase otros puntos de referencia que no fuesen su propio cuerpo.

RESULTADOS

Respecto a las variables demográficas y clínicas de las muestras, ANOVA nos reveló la no existencia de diferencias significativas, entre grupos, respecto a la variable estatura ($F[2,85] = .84$; $p > .05$). Sin embargo, como era de esperar, ANOVA reflejó diferencias significativas en las variables peso, $F[2,85] = 38.9$; $p < .0001$, e índice de masa corporal (BMI), $F[2,85] = 67.4$; $p < .0001$. Un análisis posthoc nos indicó que estas diferencias se daban entre el grupo de pacientes anoréxicas y el resto de los grupos (test Scheffé, $p < .05$).

Respecto a la variable edad, si bien la variabilidad se mostró diferente significativamente entre los grupos, $F[2,85] = 4.4$; $p < .01$, no así las medias tras un análisis posthoc (test Scheffé, rango 3.52, $p > .05$).

En el presente estudio fué aplicado un análisis múltiple de la varianza (MANOVA), 3×2 (grupo sujetos $\times$ dirección). A partir de los resultados de este ANOVA, se pudo concluir que el efecto principal de la variable grupo (AN/ BN/ CON), o factor intersujeto, tanto en estimaciones de frontal, $F[2,85] = 1.25$; $p > .05$, como de perfil, $F[2,85] = 2.30$; $p > .05$, y control, $F[2,85] = 2.33$; $p > .05$, no presentaba diferencias significativas; sin embargo, éstas lo eran respecto a la estimación ideal, $F[2,85] = 22.52$; $p < .0001$. Por otro lado, el efecto principal de la variable dirección (ascendente /descendente), o factor intrasujeto, apareció como significativo en todas las estimaciones; es decir, frontal, $F[1,85] = 62.28$; $p < .0001$; perfil, $F[1,85] = 26.57$; $p < .0001$; ideal, $F[1,85] = 32.73$; $p < .0001$; y control, $F[1,85] = 70.37$; $p < .0001$. Las interacciones entre grupo y dirección, fueron encontradas no significativas respecto a las estimaciones de frontal, $F[2,85] = .90$; $p > .05$; y perfil, $F[2,85] = 1.46$; $p > .05$; aunque significativas respecto a las estimaciones ideales, $F[2,85] = 6.40$; $p < .003$; y control, $F[2,85] = 7.73$; $p < .001$. Adicionalmente, fué realizado un análisis unidireccional de la varianza entre la variable grupo diagnóstico y los valores medios de cada una de las tareas de estimación por separado (ver tabla 2).

Tabla 2.- Porcentajes medios de estimación (BPI) de las dimensiones corporales en Anoréxicas, Bulímicas y Controles, a través de la técnica de distorsión de la imagen de video (VDT).

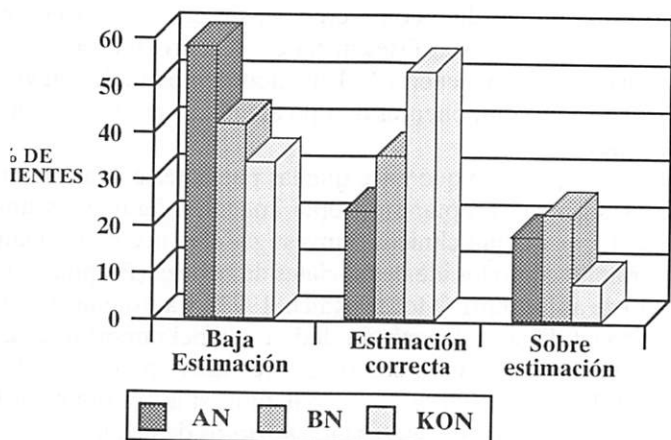
		Anoréxicas (N=17)	Bulímicas (N=17)	Controles (N=54)	F*	p
		Media $\pm$ DS	Media $\pm$ DS	Media $\pm$ DS		
Frontal	Global	94.9 $\pm$ 12.5	91.6 $\pm$ 11.2	96.6 $\pm$ 15.0	1.25	n.s.
	Ascendente	95.3 $\pm$ 8.4	92.7 $\pm$ 8.5	98.1 $\pm$ 8.5		
	Descendente	97.6 $\pm$ 7.0	94.2 $\pm$ 7.1	101.1 $\pm$ 8.0		
Perfil	Global	92.7 $\pm$ 14.3	90.4 $\pm$ 15.3	92.7 $\pm$ 14.7	2.15	n.s.
	Ascendente	97.8 $\pm$ 9.8	95.5 $\pm$ 10.2	100.4 $\pm$ 9.8		
	Descendente	94.8 $\pm$ 5.6	92.1 $\pm$ 6.1	97.6 $\pm$ 6.9		
Obj. Control	Global	97.9 $\pm$ 10.3	94.4 $\pm$ 10.7	101.3 $\pm$ 10.5	2.33	n.s.
	Ascendente	91.8 $\pm$ 15.3	89.5 $\pm$ 15.2	91.9 $\pm$ 16.4		
	Descendente	94.1 $\pm$ 6.7	89.7 $\pm$ 7.1	98.6 $\pm$ 7.4		
Ideal	Global	96.9 $\pm$ 15.7	95.1 $\pm$ 15.4	98.9 $\pm$ 16.4	22.54	.0001
	Ascendente	73.6 $\pm$ 8.5	73.2 $\pm$ 8.3	74.0 $\pm$ 9.1		
	Descendente	85.1 $\pm$ 8.5	82.3 $\pm$ 7.9	87.9 $\pm$ 9.4		

* Avar unidireccional

En el grupo BN ($t=7.04$, gl. 16, $p<.0001$) y CON ($t=10.33$, gl. 53, $p<.0001$), fueron encontradas diferencias significativas entre los valores medios de las estimaciones frontales e ideales; sin embargo, no en el grupo de pacientes anoréxicas ($t=-.52$, gl.16, $p>.05$).

A su vez, para analizar la relación existente entre grado de estimación de las dimensiones corporales y diagnóstico, la muestra total fué distribuida posthoc en 3 subgrupos en función del grado de exactitud en las estimaciones de sus dimensiones corporales, siguiendo el criterio empleado por otros autores (Freeman y cols., 1985; Probst y cols., 1992): un primer subgrupo (BPI menor de 95) que bajoestimaban sus dimensiones; un segundo subgrupo (BPI entre 95 y 105) que estimaban adecuadamente; y un tercer subgrupo que sobreestimaban (BPI mayor de 105). No fueron observadas diferencias significativas entre el grupo de sujetos (AN, BN, CON) y el grado o porcentaje de estimación corporal ($X^2=7.34$, $p>.05$) (ver figura 1).

Figura 1.- Grado de estimación de las dimensiones corporales, en porcentajes, en pacientes Anoréxicas (AN), Bulímicas (BN) y controles (CON), a través del procedimiento VDT.



Correlaciones (r Pearson) positivas fueron observadas entre las estimaciones de frontal y perfil tanto en los grupos experimentales como control (AN: $r=.84$, $p<.01$; BN: $r=.70$, $p<.01$; CON: $r=.54$, $p<.01$).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La distorsión de la imagen corporal en trastornos de la alimentación, y en especial la sobrestimación, ha sido un concepto muy utilizado a lo largo de las últimas décadas; pero que, sin embargo, a nuestro modo de ver carece de suficiente sustento experimental (Fernández y cols., 1994; Fernández, Probst, Meermann, Bents y Vandereycken, 1993). Y así, la conclusión principal que se deduce de nuestro estudio es que pacientes con trastornos de la alimentación y sujetos control, no muestran diferencias significativas en la exactitud de las estimaciones de su imagen corporal. Este resultado es consistente con los de algunos estudios (Bowden y cols., 1989; Lindholm y Wilson, 1988); si bien, contrario a otros (Freeman y cols., 1984; Fichter, Mesiter y Koch, 1986). Los problemas metodológicos citados en nuestra introducción, justificarían parcialmente esta diferencia de resultados.

Nuestra experiencia clínica, a su vez, nos confirma este hecho; pues, tras

pocas semanas del ingreso, y tras un trabajo inicial intenso en lo que concierne a su imagen corporal (video confrontación y reestructuración cognitiva principalmente), los pacientes con trastornos de la alimentación llegan a ser conscientes de lo irreal de sus cogniciones iniciales, verbalizando: "es verdad, no estoy tan gorda/o como creo..."; sin embargo, a pesar de ello, persisten en aseverar en estas fases iniciales: "...pero, me siento gorda/o, y detesto el aspecto de mi cuerpo". Ello nos demostraría nuevamente la mayor relevancia de componentes de tipo afectivo y emocional en este tipo de valoraciones.

Sin embargo, ¿qué es lo que hace que las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia, sigan sin aceptar su propia imagen y figura?, es una importante pregunta, que como clínicos e investigadores nos continuamos planteando. Variables como los ideales sociales de belleza (Perpiña, 1989; Toro, 1988), grado de autoestima (Mora y Raich, 1993), y autoimagen, entre otros factores psicopatológicos, juegan sin duda un papel importante; si bien, no queda claro si están actuando como factores mantenedores o desencadenantes del problem, es decir, en otras palabras, si la actitud negativa hacia el propio cuerpo y figura, presentes en trastornos de la alimentación, posee características primarias o secundarias respecto a la psicopatología y trastorno alimentario (Fernández-Aranda, Turón-Gil, Siegfried, Meermann, y Vallejo-Ruiloba, en prensa).

En nuestro estudio, otro resultado que nos demuestra la poca relevancia que posee un trastorno de estimación en este tipo de pacientes, es que éstas tanto bajoestiman como sobreestiman su imagen corporal (ver figura 1). Y así, en las pacientes anoréxicas de nuestro estudio, el 58.8% la bajoestiman, mientras que el 17.6% de los casos la sobreestiman. De forma similar, en pacientes bulímicas, el 41.2% la bajoestiman mientras el 23,5% la sobreestiman. Estos resultados, no se diferencian cuantitativamente de los obtenidos en el grupo control. Y ello, coincide con los resultados obtenidos por otros autores (Collins, Beumont, Touyz, Krass, Thompson, y Philips, 1987; Huon y Brown, 1986; Whitehouse, Freeman, y Annadal, 1986).

Las estimaciones ideales presentan, sin embargo, diferencias significativas entre los grupos. En este sentido, obtuvimos que las pacientes bulímicas desean una imagen ideal mucho más delgada cuantitativamente que el resto de la población normal, tanto respecto al número de pacientes (el 100% de las pacientes BN), como al grado de estimación (un 26% más delgadas de lo que es su figura real). Otros estudios corroboran este hecho (Bowden y cols., 1989; Fernández y cols., 1994; Touyz y cols., 1985; Garner, Garfinkel y Shaughnessy, 1988; Freeman y cols., 1985; Probst y cols., 1992).

Es decir, si bien la insatisfacción con la propia imagen y el deseo por adelgazar, se halla extendido tanto en pacientes bulímicas como en población no patológica (Perpiñá, 1989; Fernández, y cols., 1994), en las primeras este deseo se halla más marcado.

Por otro lado, el que las pacientes anoréxicas presenten una imagen ideal que coincide prácticamente con su imagen real, no nos ha de sorprender, si tenemos en cuenta que estas pacientes se encuentran en un marcado bajo-peso (-19% del peso normal).

Como primera conclusión, nuestros resultados nos demostrarían la mayor importancia de un componente afectivo, o actitudinal, en la imagen corporal de pacientes con trastornos de la alimentación; así como, la carencia de importancia de una distorsión de tipo perceptivo o de estimación de las propias dimensiones corporales. Y ello es consistente con los resultados obtenidos por otros autores (Bowden y cols., 1989; Lindholm y Wilson, 1988), y por nosotros mismos en un estudio previo, en el que demostramos que las estimaciones corporales ideales se hallaban correlacionadas con una actitud negativa hacia el propio cuerpo (Fernández y cols., 1994).

Una segunda conclusión importante en el presente estudio, es la influencia que la imagen proyectada inicialmente en el monitor (de máxima delgadez o máxima amplitud) posee sobre cualquier tipo de estimación posterior de los sujetos, al emplear una técnica de VDT. Por lo cual, próximos estudios que apliquen ésta u otra técnica donde se contemple la imagen global del sujeto, deberían tener en consideración este factor.

El que aparezcan correlaciones altamente positivas entre estimaciones de las dimensiones corporales de frontal y perfil, nos sugireren la posibilidad de prescindir de una de ellas en próximos estudios, como indicaran otros autores (Probst y cols. 1992).

Como tercera conclusión, y en acuerdo con la mayoría de trabajos sobre el tema, remarcar que aparece una estimación correcta de un objeto control externo (maniquí de escaparate) tanto en grupos de pacientes como en controles.

Finalmente, decir que, como ha sido descrito en otros trabajos (Birtchnell, Lacey y Harte, 1985; Fernández y Vandereycken, 1994; Garner y Moncrief, 1988; Thompson, 1990), en el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación, han de ser tenidos en cuenta y ser objeto de evaluación, no sólo la recuperación del peso y/o hábitos alimentarios, sino también la imagen corporal de las pacientes, contemplada ésta desde un punto de vista cognitivo y actitudinal, que no perceptivo. Pues, se ha de tener en cuenta que una disminución en las actitudes negativas hacia la pro-

pia imagen, aparece como uno de los factores necesarios para la recuperación a medio-largo plazo de pacientes con Anorexia y Bulimia nerviosa (Fernández, 1995).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and tistical manual of mental disorders* (3rd. ed. revised). Washington, D.C.: Author, 1987.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and tistical manual of mental disorders* (4rd. ed.). Washington, D.C.: Author, 1993.
- Askevold F. Measuring body image: preliminary report on a new method. *Psychoter Psychosom* 1975, 26, 71- 77.
- Birtchnell SA, Lacey JH y Harte A. Body image distortion in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1985, 147, 408-412.
- Bowden PK, Touyz SW, Rodriguez PJ, Hensley R y Beumont JV. Distorting patient or distorting instrument?. *Br J Psychiatry* 1989, 155, 196-201.
- Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962, 24, 187-194.
- Bruch H. Eating disorders, obesity. Anorexia nervosa and the person within. New York: Inc. Publishers, 1973.
- Collins JK, Beumont PJ, Touyz SW, Krass J, Thompson P y Philips T. Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese and control subjects. *Int J Eating Disord* 1987, 6, 633-638.
- Cooper P y Fairburn CG. Confusion over the Core Psychopathology of Bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1993, 13, 385-389.
- Cooper P y Taylor MJ. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eating Disord* 1987, 6, 485-494.
- Fernández F. *Imatge corporal als trastorns d'alimentació: estudis experimentals* [manuscrito no publicado]. Generalitat de Catalunya (CIRIT), 1993a. .
- Fernández F. *Entrenamiento en habilidades sociales en Anorexia nerviosa* [tesis de licenciatura]. Universidad de Barcelona, 1993b.
- Fernández F. *Körperwahrnehmung und -zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nervosa: eine longitudinal Studie* (Percepción e insatisfacción corporales en Bulimia y Anorexia nerviosa: un estudio longitudinal) [tesis doc-

toral]. Universidad de Hamburgo, 1995.

Fernández F, Probst M, Meermann R, Bents H. y Vandereycken W. *Video assessment of body image in anorectic and bulimic patients compared to women with normal eating behavior*. Comunicación presentada al 2nd. Symposiun International en Trastornos de Alimentación. Roma. Italia, 1993.

Fernández F, Probst M, Meermann R y Vandereycken W. Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eating Disord* 1994, 16, 307-310.

Fernández F y Vandereycken W. Influence of Video-confrontation on the self-evaluation of Anorexia nervosa patients. A controlled Study. *Eating Disorders: Treatment and prevention* 1994, 2, 135-140.

Fernández-Aranda F, Turón-Gil V, Siegfried J, Meermann R y Vallejo-Ruiloba J. Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa? A comparison of two different approaches. *Eating Disorders: Treatment and Prevention* [en prensa].

Fichter MM. Bulimia nervosa: Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Enke, 1989

Fichter MM, Mesiter I y Koch HJ. The measurement of body image disturbances in anorexia nervosa: Experimental comparison of different methods. *Br J Psychiatry* 1986, 148, 453- 461.

Freeman RJ, Thomas CD, Solyom L y Hunter MA. A modified video camera for measuring body image distortion: Technical description and reliability. *Psychol Med* 1984, 14, 411-416.

Freeman RJ, Thomas CD, Solyom L y Koopman RF. Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1985, 4, 439-456.

Freemann RJ, Thomas CD, Solyom L y Myles J. Body images disturbances in anorexia nervosa: A re-examination and a new technique. En: PE Garfinkel, DM Garner, P Darby y D Coscina, (editores), *Anorexia nervosa: Recent developments in Research* (pp. 117-127). New York: Alan R. Liss, 1983.

Garner DM y Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cogn Ther Res* 1982, 6, 123-150.

Garner DM y Moncrief C. Body image distortion in anorexia nervosa. *J Clin Psychol* 1988, 44, 101-107.

- Hsu LKG y Sobkiewicz TA. Body image disturbance: time to abandon the concept for Eating Disorders? *Int J Eating Disord* 1991, 10, 15-30.
- Huon GF y Brown LB. Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1986, 5, 421-439.
- Lindholm L y Wilson GT. Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eating Disord* 1988, 7, 527-539.
- Martínez E, Toro J, Salamero M, Blecua MJ y Zaragoza M. Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1993, 20(2), 51-65.
- Meermann R. Experimental investigations of disturbances of body image estimation in anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1983, 4, 91-100.
- Mora M y Raich RM. Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1993, 20(3), 113-135.
- Perpiñá C. Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1989, 16, 303-312.
- Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W y Goris M. Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: a reliability study. *J Psychosom Res* 1992, 36, 89-97.
- Raich RM. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Ed. Pirámide, 1994.
- Rojo E y Turón J. Imagen corporal y anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1990, 16, 313-321.
- Slade PD. A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985, 19, 255-266.
- Slade PD y Russell GFM. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa. Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol Med* 1973, 3, 188-199.
- Thompson JK. *Body image disturbance (assessment and treatment)*. New York: Pergmon Press, 1990.
- Toro J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología* 1988, 38, 25-47.
- Touyz SW, Beumont JV, Collins JK y Cowie I. Body Shape perception in bulimia and anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1985, 4, 259-265.

Turón V, Fernández F y Vallejo J. Anorexia Nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona* 1992, 19(1), 9-15.

Vandereycken W y Meermann R. *Anorexia Nervosa*. Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1984.

Whitehouse AM, Freeman CPL y Annadale A. Body size estimation in bulimia. *Br J Psychiatry* 1986, 149, 98-103.

Whitehouse AM, Freeman CPL y Annadale A. Body size estimation in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1988, 153(suppl.2), 23-26.

Notas:

Estudio realizado en el Hospital psicosomático de Bad Pyrmont (Alemania), gracias al soporte investigador de la Generalitat de Catalunya (CIRIT), durante el período 1992-1993.