



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Towards a functional body: A novel approach to body image disturbances in eating disorders



Juanita Gempeler*, Maritza Rodríguez, Camila Patiño, Adriana Rogelis, Carolina Erazo y Verónica Pérez

Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Recibido el 3 de septiembre de 2015; aceptado el 27 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 2 de junio de 2016

KEYWORDS

Eating disorders;
Body image
dissatisfaction;
Body image
distortion;
Cognitive behavioral
therapy

Abstract

Objective: To analyze the impact of a therapeutic intervention using the body in a functional way with a coherent response pattern (cognitive, motoric and autonomic) independently of the body image satisfaction or distortion.

Method: Mixed (quantitative and qualitative). Twenty one women with AN, BN or EDNOS (DSM-V), completed the BSQ and self evaluation of body image questionnaires before and after 14 sessions, built the photographic history of their body, organized their exposure hierarchy and perform sensory integration exercises. The narratives of these experiences were registered. Therapist evaluated the responses in a qualitative way.

Results: 90.47% were able to expose themselves to all items in their hierarchy, 95.23% behave in a coherent way, 76.19% continued responding in such a way, 95.23% had a coherent emotional response and 90.47% thought about experiencing pleasure when behaving in such a way. Significant differences were founded in BSQ pre and post (χ^2 16.4, $P = .0001$), but not in relation with ED type, age, chronicity, or BMI.

Conclusion: Exposure techniques that focus on the functional use of the body seem to help construct evidences that facilitate changes in autonomic, motoric and autonomic responses, independently of body satisfaction or distortion.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

EQUILIBRIO: Programa integral para la evaluación y el manejo de trastornos de alimentación, afectivos y ansiedad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgempeler@cable.net.co (J. Gempeler).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.003>

2007-1523/Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

PALABRAS CLAVE

Trastornos del comportamiento alimentario; Insatisfacción de la imagen corporal; Distorsión de la imagen corporal; Terapia cognitivo conductual

Hacia un cuerpo funcional: un abordaje novedoso a las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

Resumen

Objetivo: Analizar el impacto de una intervención terapéutica que facilite la utilización del cuerpo de manera funcional, con un patrón coherente de respuestas cognitivas, motoras y autónomas, independientemente de la satisfacción o distorsión de la imagen corporal.

Método: Mixto (cuantitativo y cualitativo). Veintiún mujeres con anorexia, bulimia o trastornos del comportamiento alimentario no específicos (TCANES, DSM-5) completaron el Body Shape Questionnaire (BSQ) y un Cuestionario de Auto-evaluación de la Imagen Corporal, antes y después de 14 sesiones. Construyeron una biografía corporal usando fotografías, organizaron su jerarquía de exposición y realizaron ejercicios de integración sensorial. Las narraciones de esas experiencias fueron registradas. Los terapeutas evaluaron las respuestas en una forma cualitativa.

Resultados: El 90.47% lograron exponerse a todos los ítems de su jerarquía, el 95.23% se comportaron coherentemente, el 76.19% siguieron emitiendo la respuesta, el 95.23% tuvieron una respuesta emocional acorde y el 90.47% pensaron en disfrutar al emitir la respuesta. Se encontraron diferencias significativas pre y post en el puntaje BSQ (χ^2 16.4, $p=0.0001$), pero no con relación al tipo de TCA, edad, cronicidad o IMC.

Conclusión: Las técnicas de exposición enfocadas al uso funcional del cuerpo parecen construir evidencias que facilitan el cambio en las respuestas autónomas, motoras y cognitivas, independientemente de la distorsión o insatisfacción de la imagen corporal.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Introducción

La insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal en trastornos del comportamiento alimentario (TCA) han sido estudiadas e intervenidas con múltiples técnicas y enfoques, sin lograr cambios sostenibles aun en pacientes nutricionalmente recuperadas. Eshkevari, Rieger, Longo, Haggard y Treasure (2014) han señalado que los pacientes con TCA parecen tener una sensibilidad aumentada a la información visual acerca del cuerpo, mientras que la información somatosensorial estaría disminuida, lo cual facilitaría el hecho de que las distorsiones de la imagen corporal persistan aun en pacientes nutricionalmente recuperadas. Por su parte, Marco, Perpiñá y Botella (2013), frente a la ausencia de tratamientos enfocados en corregir las alteraciones de la imagen corporal, propusieron una intervención basada en tecnologías de realidad virtual, logrando una mejora modesta que pudo mantenerse hasta el primer año, pero declaran la limitación de un tamaño de muestra muy pequeño y la necesidad de mayor tiempo de seguimiento.

Hildebrandt, Loeb, Troupe y Delinsky (2012) usaron terapia de exposición frente al espejo comparada con una terapia no directiva de imagen corporal en 33 pacientes de ambos sexos. Las diferencias en los tamaños del efecto reportados fueron moderadas en comparación con el grupo control al final del tratamiento y el seguimiento. Por su parte, Sala, Mirabel-Sarron, Pham-Scottet, Blanchet y Rouillon (2012) buscaron evaluar el impacto de la recuperación de peso en las alteraciones de la imagen corporal en 64 mujeres con anorexia. Observaron cambios en la insatisfacción y la distorsión pero no en la silueta ideal deseada, con lo cual el riesgo de recidiva seguía presente.

Bhatnagar, Wisniewski, Solomon y Heinberg (2013) usaron una intervención manualizada y grupal comparada con lista de espera. Los resultados no se sostuvieron en el tiempo.

Ante este panorama de resultados en ocasiones desalentadores, parecería más apropiado entender el cuerpo, o la corporalidad en un sentido fenomenológico, como un concepto histórico e inestable que se hace y deshace a través de las experiencias del día a día y que por lo tanto puede ser construido a través de la experiencia.

La antropóloga Janelle Taylor (2005) plantea que esta construcción y deconstrucción del concepto de cuerpo se logra a través de prácticas que pueden ser sociales, materiales y representacionales. Alienta a los investigadores a poner en duda la rigidez de los conceptos que estudian y, para conseguir esto, motiva la exploración del momento etnográfico, o sea aquel en el cual la persona está en contacto con el fenómeno. Nos invita entonces a desestabilizar el concepto estudiado, buscando nutrirlo con la experiencia misma para luego estabilizarlo. Estos planteamientos coinciden con la esencia de la exposición, seguida de reestructuración cognoscitiva, que propone la terapia cognoscitivo conductual (Delinsky y Wilson, 2006; Nye y Cash, 2006; Shafran, Farrell, Lee y Fairburn, 2009; Shafran, Lee, Payne y Fairburn, 2007).

Es decir, que tanto desde un punto de vista antropológico como cognoscitivo comportamental, la idea no es conseguir una noción definitiva del cuerpo-corporalidad, sino entender que es algo en continua creación y movimiento.

El cuerpo toma forma y tiene una forma a través de todo tipo de prácticas. Por ejemplo a través del acto de comer, el contacto diario con los objetos y las situaciones que nos rodean.

Farquhar (citado por Taylor, 2005) expresa esta idea de la siguiente manera: «el cuerpo es histórico y se construye, es vulnerable a la desorganización y necesita continuamente ser reinventado con la limpieza, la alimentación, el sueño, la práctica sexual y los sentimientos. Todos estos son momentos, son formas de unión de una actividad dialéctica a través de la cual los cuerpos se materializan» (p. 745).

Leer a Taylor (2005) y Lock y Farquhar (2007) es volver a lo cotidiano como una forma de integrar conceptos sobre las vivencias. Son planteamientos que a partir de la hipótesis más simple explican de manera satisfactoria el fenómeno.

Es decir, resaltamos el concepto cuerpo como un constructo dinámico que cambia, y se modifica a través del tiempo, se nutre de la historia del cuerpo de otros y soporta la identidad del «sí mismo» a lo largo del tiempo (Rodríguez et al., 2007).

Otro elemento clave para comprender la función que cumple la exposición es la mirada del otro, que juega un papel muy importante en la generación y el mantenimiento de la imagen corporal. Aquí el concepto de «auto-objetivación» (*self-objectification*) es muy útil, en cuanto que permite profundizar sobre la manera en que actúan los criterios externos referentes al cuerpo como objeto para ser visto (Becker, Hill, Greif, Han y Stewart, 2013). Ellos plantean que las experiencias sociales repetidas facilitan la internalización de criterios externos (usualmente idealizados) que, al ser vividos como propios, se convierten en los criterios del juicio y de la validez del cuerpo que se posee.

Partiendo de esto, podríamos plantear que la experiencia podría ser utilizada para corregir la forma en que el cuerpo es mirado. Es esto lo que todos los hombres y mujeres hacemos constantemente: armar la representación de nuestros cuerpos con base en nuestra experiencia, la relación con los otros y la mirada del otro. Como dice Pandolfi (2007), la experiencia no es un texto aislado, y la identidad se define fundamentalmente a través de las relaciones.

Desde este marco conceptual, y dada la necesidad de innovar y explorar otras formas de conceptualización y abordaje del problema de la imagen corporal distorsionada —problema nuclear de los TCA—, el objetivo del presente estudio es plantear una alternativa de intervención enfocada en la experiencia con el cuerpo que se tiene, independientemente de la insatisfacción o la distorsión de la imagen corporal. Se propone una intervención que combina métodos cognoscitivos y comportamentales con el análisis etnográfico (exploración del momento, el sujeto en contacto con el fenómeno cuerpo) de la experiencia (Gempeler, 2003, 2004; Gempeler, Rodríguez, Mayor, Patiño y Rogelis, 2014).

Método

Participantes

Se incluyeron 21 mujeres con diagnóstico de TCA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos alimentarios no específicos (TCANE), que ingresaron a tratamiento ambulatorio en el Programa Integral Equilibrio para TCA. Todas de procedencia urbana y solteras. El índice de masa corporal (IMC: peso en kilogramos / talla en centímetros²) al inicio osciló entre 15.8 y 30.5.

Instrumentos

Todas las pacientes fueron evaluadas de manera integral por Psiquiatría, Psicología Clínica y Nutriología. Para el diagnóstico de TCA, realizado por un psiquiatra y/o psicólogo, se usaron los criterios del DSM V (American Psychiatric Association, 2013). La insatisfacción con la imagen corporal fue evaluada con el *Body Shape Questionnaire* (BSQ), validado en Colombia por Castrillón, Luna, Avendaño y Pérez-Acosta (2007) y el Cuestionario de Autoevaluación de la Imagen Corporal del Hospital Sant Joan de Déu (1995) de Barcelona, de manera previa y posterior a la intervención.

Se utilizó el puntaje global de la escala BSQ con un punto de corte de 112 de acuerdo con la validación colombiana. El cuestionario de autoevaluación de la imagen corporal pide a la paciente calificar cuantitativamente cada parte del cuerpo en una escala de 0 a 10, siendo 0 total desagradado y 10 totalmente a gusto con esa parte del cuerpo. Además, la paciente debe señalar si esa área corporal representa o no un problema. Adicionalmente, todas las pacientes construyeron una biografía corporal usando fotografías de los momentos de su vida desde el nacimiento hasta la actualidad.

Procedimiento

A partir de las respuestas del BSQ, el cuestionario de autoimagen y la historia fotográfica del cuerpo, las pacientes construyeron con su terapeuta una jerarquía de exposición a situaciones temidas o evitadas. Todas recibieron una sesión individual semanal de terapia cognoscitivo conductual en la que, además de las tareas de exposición, hicieron ejercicios de integración sensorial y re-estructuración cognoscitiva. Adicionalmente, todas asistieron a sesiones grupales de terapia cognoscitivo comportamental, conductual dialéctica, terapia expresiva y terapia artística, talleres de nutrición y psicoeducación familiar. Aquellas con comorbilidades actuales afectivas o de ansiedad recibieron tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de recaptura de serotonina a dosis terapéuticas. Las pacientes con BN recibieron fluoxetina en dosis de 20-40 mg/día de acuerdo con el protocolo establecido, y las pacientes con AN recibieron suplementos vitamínicos y complementos nutricionales dentro del esquema de re-nutrición habitual.

El propósito de la intervención individual es exponer el cuerpo a situaciones cotidianas utilizando jerarquías organizadas de acuerdo con el grado de dificultad o evitación de las mismas. La exposición debe incluir el contacto con el cuerpo y con las situaciones temidas, para permitir la recolección de evidencias que faciliten la flexibilización de los esquemas cognoscitivos.

Se busca que la paciente logre coherencia entre los 3 canales de respuesta: motora, cognoscitiva y autónoma.

Además cada paciente fue entrenada en un ejercicio diario de integración sensorial desde el comienzo de las sesiones de exposición. Después de cada sesión, paciente y terapeuta analizaron la habilidad o la dificultad de la paciente para comportarse de la manera propuesta, se revisó la jerarquía y se monitorizaron las respuestas.

Tabla 1 Preguntas directrices para evaluar la intervención «vivir el cuerpo de una manera funcional»

¿Cómo ha sido esa experiencia para ti? ¿Que aspectos subrayarías?
¿Qué ha sido lo más importante para poder ver a tu cuerpo de manera funcional? ¿Qué elementos del trabajo que hemos hecho te han ayudado a hacerlo? ¿Cuáles no?
¿Qué tal si revisamos algunas de las cosas que hemos hecho y les damos un valor en tu experiencia? (0 no me aportó / 10 me aportó mucho):
BSQ, Cuestionario de autoimagen, Historia fotográfica del cuerpo, Organización de jerarquías, Planeación de la exposición, Exposición en sí misma, Evaluación de las exposiciones y reorganización de la jerarquía
¿Qué tanto has podido seguirte exponiendo más veces en tu vida diaria? ¿Gozar algunas de esas exposiciones? ¿Cuáles?

Finalmente las pacientes respondieron una entrevista en profundidad sobre su experiencia con preguntas directrices (tabla 1). Se construyó una matriz de observación para discutir las siguientes categorías de análisis: dificultades y logros en las exposiciones, mantenimiento de la respuesta en el tiempo, coherencia del comportamiento y componente hedónico. Dicha matriz se complementó con otras categorías que surgieron de las narrativas.

Posteriormente cada terapeuta hizo una evaluación de lo observado durante las sesiones, con 6 preguntas cerradas para responder dicotómicamente acerca del logro de los objetivos planteados (tabla 2).

Para calificar el desenlace (respuesta a la intervención) se consideró buena la respuesta cuando la terapeuta reportó que la paciente logró exponerse a todos los ítems de la jerarquía, comportándose coherentemente con las situaciones a las que se expuso, logró seguir emitiendo estas respuestas después de la exposición y pensar que para ella era posible hacerlo, que estaba en capacidad de tolerar el malestar y que podría considerar la posibilidad de disfrutar la experiencia. La respuesta se calificó como parcial cuando alguno de estos ítems no fue logrado y como nula si fracasó en todo. Posteriormente se exploró la asociación entre la respuesta a la intervención con el puntaje del BSQ posterior, tipo de TCA, cronicidad, edad e IMC usando la prueba estadística

Tabla 2 Preguntas guía para el análisis cualitativo

¿La paciente logró exponerse a todos los ítems de la jerarquía? (Respuesta motora)
¿La paciente logró comportarse coherentemente con las situaciones a las cuales se expuso en la jerarquía? (Coherencia)
¿La paciente logró generalizar las respuestas motoras: las puede seguir emitiendo? (Generalización)
¿La paciente logró emitir una respuesta cognoscitiva acorde: lo puedo hacer? (Cognoscitiva)
¿La paciente logró emitir una respuesta emocional acorde: lo tolero? (Emocional)
¿La paciente logró pensar en la posibilidad de disfrutar al emitir la respuesta? (Hedónico)

Tabla 3 Características basales de 21 pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

Variable	Número	%
<i>Tipo de TCA</i>		
AN tipo restrictivo	8	38.1
AN tipo combinado con atracones/purgas	3	14.3
BN	9	42.8
TCANE	1	4.8
<i>Edad</i>		
14-16 años	6	28.5
17-19 años	7	33.3
20-25 años	6	28.6
26-32 años	2	9.6
<i>Cronicidad del TCA</i>		
Menos de 1 año	8	38.1
Entre 1 y 2 años	4	29.05
Entre 2 y 4 años	4	29.05
Más de 4 años	5	23.81
<i>Puntaje global BSQ previo</i>		
Mayor de 112	16	76.2
Menor de 112	5	26.8

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; BSQ: *Body Shape Questionnaire*; TCANE: trastornos alimentarios no específicos.

χ^2 con un nivel de significancia estadística menor de 0.05.

Resultados

De 21 pacientes con TCA, el 38.10% fueron diagnosticadas con AN tipo restrictivo, el 14.29% con AN tipo combinado con atracones y/o purgas, el 42.86% con BN y el 4.76% presentaban TCANE. Sus edades estaban comprendidas entre 14 y 32 años ($X = 19.6 \pm 4.5$). La desviación de la distribución por edad es hacia la izquierda, como se espera en una enfermedad de aparición principalmente adolescente (Test Shapiro-Wilk: $z = 2.367$, $p = 0.01$). El 62% de las pacientes tenían 19 años o menos. La cronicidad de los síntomas alimentarios al momento de iniciar fue ampliamente variable, entre 1 y 13 años ($X = 3.9 \pm 4.2$). Las distribuciones por tipo de TCA, grupos de edad, tiempo de cronicidad y puntaje basal del BSQ se aprecian en la tabla 3.

El 76.2% de las pacientes tuvieron a la evaluación inicial puntajes en el BSQ mayores de 113, que mostraba insatisfacción con la imagen corporal. Igual proporción de pacientes presentaron puntajes de 112 o menos posterior a la exposición. No se encontraron diferencias significativas en la reducción del BSQ después de la intervención con relación al tipo de TCA, cronicidad o IMC. El 81% lograron buena respuesta, el 15% respuesta parcial y el 4%, ninguna. Las categorías analizadas revelaron que el 80% lograron exponerse a todos los ítems; el mantenimiento de la respuesta en el tiempo (generalización) fue posible en el 76.2%; el 95.23% pudieron comportarse coherentemente con la situación, y el 90.47% lograron considerar que podrían disfrutarlo (respuesta hedónica).

Adicional a esto, las narrativas revelaron otras categorías de análisis: percepción del cuerpo como propio, migración de la distorsión de un área a otra, cambio de foco desde la forma y el tamaño del cuerpo hacia la coherencia entre respuestas y situaciones, autocrítica frente al síntoma, identificación del movimiento como un elemento que puede facilitar la exposición y el papel que juega la mirada del otro en la validación de la existencia del cuerpo más allá de la crítica temida.

Discusión

Proponemos un cambio de paradigma: más que enfocar la intervención en la resolución de la distorsión, y considerando lo propuesto por [Eshkevari et al. \(2014\)](#), que plantean la existencia de un fenómeno de rasgo (*trait phenomenon*), la idea es dar a nuestros pacientes herramientas para que investiguen su propia experiencia con su cuerpo y se permitan desestabilizar, y volver a estabilizar la forma en que lo experimentan.

En esta propuesta de intervención planteamos que los pacientes deben ser guiados a una interpretación más flexible de sus experiencias diarias y de la forma en la cual usan su cuerpo en situaciones cotidianas, a fin de lograr una mayor funcionalidad con el cuerpo que realmente se tiene y no con el cuerpo que se quiere tener, independientemente de la insatisfacción o distorsión, utilizando un abordaje similar al propuesto por Janelle [Taylor \(2005\)](#) para el análisis del momento etnográfico ya discutido en la introducción.

El cuerpo que parece emerger de este proceso (un cuerpo que algunas pacientes sienten que «aparece» de repente) es un cuerpo funcional, independientemente de que esté correctamente imaginado ([Gempeler, 2004](#)).

... de golpe dejé de ser como una sirena, mis piernas aparecieron, empecé a sentirlas...

Durante el proceso, 19 pacientes (90.47%) lograron exponerse a situaciones temidas, como quitarse la chaqueta en una situación pública, usar jeans ceñidos o usar un vestido de baño en una piscina con amigos y amigas.

... voy a la universidad con los jeans que me costaban tanto trabajo, y todavía me cuestan un poco, pero luego se me olvida y de golpe me doy cuenta, y ya estoy ahí, y no ha pasado nada...

... el cuerpo me sirve, las personas normales, todo el mundo se pone jeans, y no tienen que ser fit ni nada, solo por comodidad...

Aunque solo algunas reportaron haber podido gozar al hacerlo, al preguntarles sobre la posibilidad de gozarlo en el futuro, esto aparecía como una opción real, asociada a una capacidad nueva de distraerse al punto de olvidar, por un momento, la percepción de su cuerpo como un problema y utilizarlo de una manera funcional.

... podría pensar en que un día ya voy a poder olvidarme del tema [...] ya me pasa a veces [...], estábamos bailando y ni me di cuenta de que estaba en vestido de baño, algo que nunca había hecho...

... Se me olvidó que estaba sin chaqueta y la atención se fue a otras cosas...

Durante el proceso se observó que la distorsión corporal puede migrar de un área del cuerpo a otra y de una situación a la otra. Por ejemplo, en la adolescencia temprana el

volumen de las piernas puede ser el tema, y al crecer es el estómago el que se vuelve un área difícil, o en otros casos la nariz o las orejas eran el tema central, pero con el paso del tiempo es el óvalo de la cara el que se vuelve protagonista de la insatisfacción/distorsión. Esto coincide con lo planteado por [Gempeler et al. \(2014\)](#).

... todas mis amigas tenían peinados especiales y yo despeinada, mi pelo era un desastre, en ese momento noté que mis orejas eran muy grandes y que mi nariz era gigante, mi cara era diferente a la de las niñas lindas del curso, ahora mis amigos me dicen orejas y me parece tierno. Hoy en día me gusta tener facciones gruesas...

Igualmente y de hecho en la mayoría de los casos, el área problema puede ser la misma desde el comienzo. Por ejemplo el estómago, las caderas, los senos o los muslos ([Gempeler et al., 2014](#)).

... las piernas, siempre mis piernas...

La utilización funcional del cuerpo parece cambiar el foco de atención de la forma y el tamaño del cuerpo a la coherencia entre respuestas y situaciones. Es decir, las preocupaciones parecen pasar de centrarse en el peso y el tamaño del cuerpo a la posibilidad de comportarse tal como lo planean.

... ahora el tema es poder hacerlo, ya sé que este es mi cuerpo.

... Es increíble como estas cosas que me quitaban mi tranquilidad ya no están y uso el tiempo de una forma productiva...

En la exposición a situaciones temidas, las pacientes empiezan a cuestionar sus temores.

... es increíble pensar que antes podía hacerlo y de golpe ya no lo hice más, no voy a dejar que el miedo sea el que mande en esto...

... Ya sé que este es mi cuerpo, pero a veces no sé cómo debería actuar, es como si ya no me acordara de cómo hacerlo...

... Fue muy natural, como si nunca hubiera estado angustiada por eso...

... Mi cerebro me dijo quitatelo (el saco), es normal, me lo quité y me quité ese peso de encima...

Para algunas pacientes, cada sesión de exposición fue sentida como si fuera la primera. Sin embargo, todas ellas estuvieron de acuerdo en continuar tratando y más adelante fueron capaces de ver que es posible y algunas veces es gozable.

... Es revelador y agradable descubrir mi cuerpo...

... Quiero mi vida de vuelta...

La mirada del otro a su cuerpo fue muy importante, como una manera de permitir al cuerpo aparecer y tener un rol. Este hallazgo coincide con lo postulado por [Becker et al., 2013](#) con su concepto de auto-objetivación, discutido previamente en este artículo.

... me mira a mí, no solo a mi cuerpo... / ... me miran, no sé por qué, pero me miran... / ... Me llevé como 7 halagos... / ... La gente no se fijó en lo que yo pensaba...

Estas experiencias ponen de manifiesto que la autocrítica destructiva y de observación del defecto de sí mismas es un pensamiento sesgado y negativo que no coincide con la experiencia. La crítica es de la paciente consigo misma, y donde los demás ven algo atractivo, ella ve defectos.

La inclusión del movimiento y la acción en los ítems de la exposición parecen ayudar a cambiar el foco de la forma

y peso del cuerpo hacia la experiencia del momento. Bailar, hacer ejercicio, yoga, teatro y tener relaciones sexuales son algunos ejemplos de esto.

... cuando bailo, se me olvida qué ropa tengo puesta...

El perfeccionismo, presente en la mayoría de las pacientes (Tchanturia, 2015), las hizo cuestionar inicialmente la idea de un cuerpo funcional comparada con la de un cuerpo ideal.

... que me guste y pueda gozar todo el tiempo.

... Hay cosas que estás pensando que no son posibles, o no son posibles dentro de la realidad sana.

Esto cambió rápidamente a una manera más realista de mirarlo funcionalmente.

... vivir con este que tengo...

... a veces no me gusta mi cuerpo, pero ¡es así! / ... a pesar de lo que pienso de mis piernas, puedo dejar la foto (en instagram), no borrarla...

... el cuerpo sirve para expresar cosas, sobre todo cuando es congelado por una imagen fotográfica. Las luces y las sombras que dan vida a las fotos también cuentan otras historias del cuerpo, logran ver el cuerpo como un medio para expresar, ver un cuerpo rodeado de otras cosas, un actor, que no tiene que ser perfecto.

Una buena imagen corporal, como una buena autoestima, no consiste en que nos guste nuestro cuerpo; consiste en que lo identifiquemos como propio, con sus cualidades y defectos, para poder utilizarlo de la mejor manera posible en nuestra vida diaria.

... puedo ponerme cualquier cosa y estar tranquila, no como antes correr a ponerme un saco o buscar algo para cubrirme, fue como un liberarme...

... antes estaba muy acomplejada, ahora digo que no hay ninguna persona que sea perfecta, al tener sexo con alguien no es importante si tienes un gordito...

... Fui más libre [...]. Compré el pantalón, disminuyó bastante el miedo, fue una experiencia funcional y lo logré, hasta subí fotos a instagram...

Podemos plantear, entonces, que el énfasis en la utilización funcional del cuerpo parece ayudar a las pacientes a trabajar en la construcción de evidencia basada en la experiencia, para cambiar las respuestas autónomas y motoras, y facilitar una respuesta cognoscitiva coherente sin hacer referencia al concepto de insatisfacción y distorsión corporal.

... Este es mi cuerpo [...] con este vivo, siento, exploro, actúo, sufro, gozo [...]. Aunque no me guste del todo...

... Es bonito y único y debo cuidarlo, me gustan mis senos, mi cola, hago ejercicio para tonificarlo, salgo con amigas y tengo novio. Ya no me da pena que me vean, puedo tener relaciones, que me acaricien porque me siento bien conmigo misma y mi cuerpo, el que me quiere y desee que sea por lo que soy y como soy, y si no, pues bueno, otro será, no me interesa ser flaca, ni gorda, tal vez, tonificada...

Las jerarquías de exposición deben ser absolutamente personalizadas, así como el número de exposiciones requeridas a cada ítem de la jerarquía con base en el criterio del terapeuta.

Estos resultados deben ser analizados con precaución, debido a que falta constatar que estos logros después de la intervención se mantengan en el tiempo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becker, C. B., Hill, K., Greif, R., Han, H. y Stewart, T. (2013). Reducing self-objectification: Are dissonance-based methods a possible approach? *Journal of Eating Disorders*, 1(10), 1–11.
- Bhatnagar, K. A., Wisniewski, L., Solomon, M. y Heinberg, L. (2013). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1–13.
- Castrillón, D., Luna, I., Avendaño, G. y Pérez-Acosta, A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15–23.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2006). Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorder*, 39(2), 108–116.
- Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P. y Treasure, J. (2014). Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 47(4), 400–409.
- Gempeler J. (2003). A cognitive behavioural intervention using the body photographic history in order to break the body image distortion: A case series. Poster presentado en la conferencia anual de la Academia de Trastornos de Alimentación (AED), Denver, Colorado, Estados Unidos.
- Gempeler J., Rodríguez M., Mayor N., Patiño C., Rogelis A. (2014). Usefulness of the emphasis on the 'functional body' in body image intervention in eating disorders. Poster presentado en el Congreso de la Sociedad de Investigación en Trastornos de la Alimentación (EDRS), San Diego, California, Estados Unidos.
- Gempeler, J. (2004). Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(1), 9–20.
- Hildebrandt, T., Loeb, K., Troupe, S. y Delinsky, S. (2012). Adjunctive mirror exposure for eating disorders: A randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 797–804.
- Hospital Universitario de la Universidad de Barcelona (1995). Cuestionario de evaluación de la Auto-imagen del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

- Lock, M. y Farquhar, J. (2007). *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*. Duke University Press.
- Marco, J. H., Perpiñá, C. y Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Research*, 209(3), 619–625.
- Nye, S. y Cash, T. F. (2006). Outcomes of manualized cognitive-behavioral body image therapy with eating disordered women treated in a private clinical practice. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14(1), 31–40.
- Pandolfi, M. (2007). Memory within the body: Women' narrative and identity in southern Italian village, Apart 3 (p. 451) en Parte VII: 'Bodies at the margin, or attending to distress and difference'. En M. Lock y J. Farquar (Eds.), *Beyond the Body Proper*. Duke University Press.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A. y Lie-mann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: Análisis de narrativas en mujeres con trauma, automutilaciones y TCA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(243), 237–254.
- Sala, L., Mirabel-Sarron, C., Pham-Scottez, A., Blanchet, A., Rouillon, F. y Gorwood, P. (2012). Body dissatisfaction is improved but the ideal silhouette is unchanged during weight recovery in anorexia nervosa female inpatients. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(2), 109–115.
- Shafran, R., Farrell, C., Lee, M. y Fairburn, C. G. (2009). Brief cognitive behavioural therapy for extreme shape concern: An evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 79–92.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E. y Fairburn, C. G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 113–121.
- Taylor, J. S. (2005). Surfacing the body interior. *Annual Review of Anthropology*, 34(1), 741–756.
- Tchanturia, K. (Ed.). (2015). *Brief Group Psychotherapy for Eating Disorders: Inpatient protocols [paperback]*. Nueva York: Routledge Mental Health.