

LA CORPORALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN BODY IMAGE IN EATING DISORDERS

Maritza Rodríguez Guarín Juanita Gempeler Rueda***

En un estudio descriptivo no comparativo, se explora la vivencia del cuerpo, o corporalidad, como entidad fenómeno/ológica central en un grupo de 38 mujeres con trastornos de la alimentación, atendidas en Santa Fe de Bogotá por las autoras, dentro de una modalidad de tratamiento ambulatorio que incluye intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas. Se conceptualiza el papel que juega la corporalidad desde perspectivas cognoscitivo-afectivas, biológicas, socioculturales y psicosexuales. Se exploran de manera sistemática la insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal y se comparan los hallazgos con los de la literatura existente.

En la población estudiada, se encontró que el grado de insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal es el problema psicopatológico principal y constituye un factor pronóstico importante, influenciado por la existencia de comorbilidad y la presencia de experiencias traumáticas tempranas, relacionadas con sobrepeso real o percibido, abuso y vivencias de abandono. Finalmente, se discute la necesidad de un abordaje integral dentro de un esquema de tratamiento prolongado.

Palabras clave: Trastornos de la Alimentación, Imagen Corporal.

Body image perception and its experience was explored as a phenomenological central entity in a group of 38 women with eating disorders who were treated by the authors in Santa Fe de Bogotá (Colombia). This outpatient treatment incorporates psychotherapy and pharmacotherapy.

The role of body image was conceptualized from a cognitive-affective, biological, psychosocial and psychosexual perspective. Body image dissatisfaction and/or distortion were systematically explored. A comparison with the current literature was realized. It was found that the degree of body image dissatisfaction and/or distortion is the central psychopathological problem and an important factor in the prognosis. The latter is also influenced by the existence of comorbidity and the presence of fear/traumatic experiences. Finally, the need for an integral approach for a prolonged is discussed.

Key Words: Eating Disorders, Body image.

* Rodríguez, M. Médica Psiquiatra. U. Javeriana.

** Gempeler, J. Psicóloga Clínica, U. Javeriana. Diploma Terapia Comportamental. U. Londres. Profesoras asistentes Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá.

INTRODUCCIÓN

El cuerpo no constituye únicamente un conjunto de estructuras, órganos o sistemas que funcionan de manera interactuante y compleja. El ser humano posee además una vivencia de ese cuerpo, una experiencia de la corporalidad, que representa un aspecto fundamental de la consciencia como función psíquica. Pero a la vez, el cuerpo (o la corporalidad) es un instrumento de conexión o contacto con la realidad, una "herramienta" a través de la cual se establece la imagen del mundo circundante y la relación con el otro. En este sentido, el cuerpo es muy importante para la estructuración de las relaciones interpersonales y por supuesto, para la vida afectiva. La vivencia del cuerpo es esencial en todas las personas y la exploración de su percepción en todo paciente afectado de alguna enfermedad orgánica o psíquica es indispensable, por lo que esta experiencia encierra con sus significados simbólicos o reales.

En los trastornos psiquiátricos, la experiencia de la corporalidad puede afectarse seriamente como sucede en la hipocondriasis, los delirios para-noides de subtipo somático, la esquizofrenia, las depresiones psicóticas, el trastorno dismórfico del cuerpo, el trastorno de despersonalización y en los trastornos de la alimentación (ano-rexia y bulimia nerviosa).

Estas y otras condiciones clínicas muestran la complejidad con la que se entrecruzan elementos biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales encadenados con la biografía del individuo pueden determinar de una manera específica la vivencia del cuerpo o corporalidad. Se propone, entonces, en este trabajo, analizar la corporalidad como elemento feno-menológico en una población de

pacientes con trastornos de la alimentación.

MARCO TEÓRICO

Corporalidad - Conciencia del cuerpo

La constitución física de un individuo es un factor que incide desde muy temprano en la consciencia del sí mismo y en la conducta. La imagen corporal no es estática y su construcción y estructuración se va modificando con el tiempo y va incorporando los cambios de tamaño y forma que el crecimiento y el desarrollo promueven. Pero, también está determinada por lo espacial, por el medio externo, por el mundo circundante. Por lo tanto, este es un proceso fundamental en la consolidación de la prueba de realidad.

Para Jaspers ⁽¹⁾, la totalidad unitaria del hombre-sujeto frente a los objetos, se fundamenta en el modo de vivenciar el espacio y el tiempo, la consciencia del cuerpo y la consciencia de la realidad. Jaspers entiende la consciencia del cuerpo como la actualización de la vivencia total de él.

La imagen corporal propia se expande, se desarrolla y se separa finalmente de la imagen de la madre. El bebé va incorporando lentamente, parte por parte, su cuerpo, y al mismo tiempo integra los olores de las secreciones corporales de su madre y las va separando de las propias; posteriormente integra el vestido y otros añadidos corporales ⁽²⁾. La integración progresiva de elementos en la consciencia va constituyendo una identidad del Yo corporal que permite al sujeto reconocerse a sí mismo, a través del tiempo, como la misma persona a pesar de los cambios en su apariencia física.

Para Cash ⁽³⁾, la imagen corporal es como una huella digital, es un estado

mental, que se desarrolla desde el nacimiento y que recibe influencias de factores históricos (aquellos que han ido dando forma a la manera en la cual miramos nuestra apariencia) y de factores actuales (aquellos relacionados con la vida diaria), que determinan cómo nos sentimos, pensamos y actuamos respecto a nuestra apariencia. Así, la estructuración de la identidad del Yo, se consolida alrededor de la experiencia de tener un cuerpo, el cual se constituye en la frontera entre el Yo y el No-Yo.

Según Stormer y Thompson ⁽⁴⁾, existen cuatro factores que inciden de forma determinante en la generación de problemas alrededor de la imagen corporal:

-El estatus maduracional: tanto el desarrollo físico temprano, como los procesos de crecimiento rápido, tienden a relacionarse con dificultades en la estructuración de la imagen corporal.

-Los comentarios verbales negativos: historia de burlas o críticas acerca de la apariencia física.

-La comparación social respecto a la forma de comportarse: el someter su propio comportamiento a una comparación con el comportamiento de los otros, o el ser vulnerable a las comparaciones de este tipo que hacen otras personas.

-La internalización de las presiones culturales: hacer propias las creencias y valores respecto al "cuerpo ideal". Estos autores, coinciden con otros, en considerar el sobrepeso como un factor de riesgo al evaluar estas variables ⁽⁵⁾.

La corporalidad puede entenderse de una manera estrictamente espacial, tal como lo han planteado las nociones neuropsicológicas del es-

quema o la imagen corporal y su representación en la corteza cerebral. Puede verse así mismo de una manera más integral u holística que incluye percepciones, actitudes, emociones, reacciones de la personalidad frente al cuerpo y aspectos psi-cosociales y culturales de la imagen corporal.

Este enfoque pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre el cuerpo y la vida afectiva, y muestra la importancia de la relación entre el propio cuerpo y el de los demás. Schilder ⁽⁶⁾, llega a plantear que una imagen corporal es en cierto modo la sumatoria de las imágenes corporales de la comunidad entera, propuesta que resalta los procesos de proyección, identificación y personalización de los esquemas corporales que el individuo construye sobre la base de parámetros "ideales" para la cultura y el medio social.

Corporalidad y Cognición

Para Thompson ⁽⁷⁾, la imagen corporal es la representación mental de los diferentes aspectos de la apariencia física y en lo esencial, es la evaluación que el sujeto hace del tamaño, peso o cualquier otro aspecto del cuerpo que determine su apariencia física, y propone la siguiente definición: "es la visión internalizada de nuestra apariencia, que lleva a la acción e influencia el procesamiento de la información". Regresamos aquí a la escuela de la Gestalt, desde la cual, al estudiar el fenómeno del "miembro fantasma", se empieza a plantear la existencia de una representación mental del cuerpo. Así se acuñó el término "Imagen Corporal" ⁽⁸⁾.

De esta manera, según Thompson ⁽⁹⁾, se integran en la imagen corporal tres componentes: uno perceptivo (la estimación del tamaño y forma corpo-

ral); unocognitivo-afectivo (subjetivo y que se refiere a la satisfacción, preocupación, ansiedad y evaluación que el sujeto hace de su propio cuerpo); y uno comportamental (que hace alusión a la evitación de aquellas situaciones que generan malestar asociado con la imagen física, como mirarse al espejo, usar cierto tipo de ropa para evitar ser mirada, etc.).

Vivencia de la corporalidad en los trastornos de la alimentación

Distorsión de la imagen corporal: existe cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que está siendo representado. Según el DSM IV ⁽¹⁰⁾, en los trastornos de la alimentación las distorsiones se refieren a "la manera en la cual el propio cuerpo o su forma es experimentada, independientemente del peso o la forma misma, o se evidencia en la negación que el sujeto hace de la seriedad del problema de estar bajo de peso". Esta definición plantea dos fenómenos distintos: la distorsión de la imagen y la insatisfacción con el cuerpo.

Las mujeres con trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia), presentan una mayor insatisfacción con su cuerpo y una distorsión perceptual mayor que las mujeres que no las padecen ⁽¹¹⁾. En las pacientes con anorexia o bulimia nerviosa es común hallar algún grado de distorsión de la imagen corporal, especialmente en áreas que tienen una representación mental sexualmente importante: caderas, nalgas, senos, muslos, abdomen. De manera más general, las quejas acerca de la apariencia corporal, están relacionadas con talla y peso.

En las personas con trastorno dismórfico del cuerpo las distorsiones son más selectivas. Los sujetos las

centran en una parte de su cuerpo: nariz, orejas, cabello, dedos de los pies, cutis etc. No se obsesionan tanto con el peso corporal, la dieta o la comida sino más bien por un defecto real o sobrevalorado en la apariencia física, que alcanza a veces proporciones delirantes (delirios subtipo somático) y los conducen a buscar soluciones quirúrgicas una y otra vez. Se observan de forma compulsiva en el espejo, o tratan de disimular al máximo el defecto percibido ⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Existen pacientes anorécticas o bulímicas que tienen tanto distorsiones en la percepción de su forma corporal, como insatisfacción acerca del mismo. En los casos de mejor pronóstico, se encuentra más alterada la insatisfacción que la percepción. La insatisfacción siempre está presente, mientras las distorsiones no. Entre más intensamente se experimenten estas últimas, más se complica el pronóstico. Es importante establecer el límite difuso entre la idea sobrevalorada (contaminación afectiva del pensamiento) y la idea delirante (que se convierte en irreductible e incorregible, alrededor de la cual gira la vida). En estos últimos casos, el pronóstico empeora sustancialmente.

Varios modelos teóricos se han propuesto para explicar el descontento con el cuerpo. Aunque los abordajes socioculturales son los que más aportan a la comprensión de las alteraciones en la imagen corporal, existen otros factores que deben ser tenidos en cuenta, particularmente en aquellos individuos en riesgo. Estos factores se refieren a déficits corticales (alteraciones perceptuales), fallas adaptativas (cambios de tamaño que se dan a una velocidad diferente que la velocidad de cambio de la imagen), y artefactos perceptuales (sobrestimación del tamaño del cuer-

po según el tamaño real): a menor tamaño del cuerpo, mayor tendencia a sobrestimarlos.

Factores del desarrollo como: maduración temprana (sobre todo si coincide con eventos tensionantes), comentarios verbales negativos y sexualización prematura, incrementan la presión social para la belleza y el atractivo. Es decir, que el clima sociocultural actual se puede conceptualizar como un sustrato de base, un coadyuvante para el desarrollo de una distorsión de la imagen corporal⁽⁹⁾.

Las pacientes con trastornos de la alimentación suelen basarse en la forma como son percibidas por los demás, como si desconfiaran de la percepción propia (las cuales casi nunca coinciden). Preguntan constantemente por su apariencia física, como si ninguna respuesta fuera lo suficientemente aceptable (duda obsesiva, compulsión de verificación). Es una verificación, que en vez de ser realizada a través del espejo, se hace a través de la mirada del otro. En contraste, suelen interpretar de manera correcta la percepción del cuerpo de los demás, lo cual indica que la elaboración cognoscitivo-afectiva que hace de su corporalidad es un elemento esencial.

Existe la discusión acerca de cuál es el trastorno primario de la corporalidad, si a nivel perceptual (distorsión) o en el ámbito afectivo (insatisfacción). Algunos autores consideran que la distorsión perceptual es secundaria al sentimiento de insatisfacción con el propio cuerpo. La distorsión perceptual sería el resultado de la focalización de la insatisfacción en áreas específicas⁽⁶⁾.

Estos planteamientos refuerzan la idea de que la percepción corporal depende más de procesos cognitivos e

indirectos que de la información sensorial que proviene directamente de los estímulos corporales. Por "indirecto" se entiende el sistema de valores, creencias y actitudes reforzadas por la cultura, alrededor del cuerpo como instrumento de relación con el otro. Resalta de manera importante los procesos cognitivo-afectivos, perfilando en la persona una meta ideal para alcanzar su aceptación social. Sin embargo, estos procesos cognitivo-afectivos están tan imbricados con los procesos sensoriales de la percepción corporal, que es prácticamente imposible separarlos.

Parece que estas pacientes, basadas en la verificación de su capacidad de mantener su peso a través de un manejo de horarios, menús mínimos y máximos, y otras "técnicas" de control, generan expectativas de autoeficacia y expectativas de logro positivas con referencia a la ingesta ("soy capaz de controlar mi peso"... "puedo comer aún así mantengo mi peso"...), pero la insatisfacción con su cuerpo tiende a mantenerse.

Serotonina y Distorsión de la Imagen Corporal.

El papel que juega la serotonina en el sistema nervioso central incluye la regulación de procesos tan diversos como: actividad cardiovascular y respiratoria, sueño, agresión, conducta sexual, ingesta alimenticia, ansiedad, afecto, conducta motora (referencias), secreción neuroendocrina, nocicepción y analgesia⁽¹⁴⁾.

Aunque ampliamente estudiados, en lo que se refiere al control que ejerce sobre los centros hipotalámicos del hambre y la saciedad, los estados cognitivos alterados en la anorexia y en la bulimia nerviosa, también están influenciados por ella⁽¹⁵⁾. Los receptores 5HT2 están involucrados en la

función alucinógena; este es uno de los blancos de acción de los antipsicóticos atípicos. Los estudios de Ag-hajanian⁽¹⁶⁾, muestran que el LSD y otros alucinógenos indolamínicos, son poderosos agonistas del auto-receptor 5HT₂. Así lo demuestran un número de estudios realizados usando técnicas conductuales, ligandos y técnicas electrofisiológicas, señalando que las indolaminas (LSD, psilocibina y las feniletilaminas como la mescalina y el DOI), sustancias cuyos efectos de distorsión en la imagen corporal han sido ampliamente descritos, tienen la propiedad de interactuar con los receptores 5HT₂.

Jacobs y Fornal⁽¹⁴⁾, anotan que así como la función primaria de las neuronas 5HT, es facilitar las eferencias motoras gruesas tanto en sus formas tónicas como repetitivas, el sistema también actúa simultáneamente inhibiendo la información sensorial que llega al cerebro. Bajo condiciones anómalas del sistema serotoninérgico (inactividad serotoninérgica), estas relaciones se invierten dando lugar a una desinhibición en el procesamiento de la información sensorial. Esta condición plantea que el papel de la serotonina en los trastornos de la alimentación no se limita al ejercicio sobre el apetito, el estado de ánimo y los componentes obsesivo-compulsivos-impulsivos, sino que muy probablemente también está comprometida en la distorsión de la información sensorial proveniente del propio cuerpo.

Los estudios realizados por K. Phillips⁽¹⁷⁾ en pacientes con trastorno dismórfico del cuerpo, han sugerido que la información sensorial distorsionada es básicamente visual, alcanzando incluso proporciones alucinatorias. En modelos animales se ha encontrado

que la serotonina es uno de los neurotransmisores que regula las áreas de la función visual, en tanto que las neuronas liberadoras de serotonina conforman el área primaria visual. Dicha área ejerce el papel de estación de relevo a lo largo de las vías visuales entre el ojo y la corteza occipital. Se ha planteado la hipótesis de que la serotonina "protegería" a los animales de la sobreacción frente a aferencias sensoriales poco importantes.

Cabe la pregunta de si en los humanos la serotonina puede ejercer el mismo control sobre estas aferencias sensoriales visuales poco importantes. Esto explicaría que un defecto en la apariencia física que la mayoría de las personas no notan o consideran mínimo, adquiera un significado exagerado, obsesivo o casi delirante en estos pacientes. De todas formas, es aventurado atribuir las distorsiones de la imagen corporal a un solo factor neuroquímico. Seguramente no es el único y podría ser otro componente que se agrega a la alteración de los procesos cognitivo-afectivos y socio-culturales. Sin embargo, la insatisfacción con la apariencia física y la distorsión perceptual franca parecen ser procesos diferentes. En la primera, habría mayor participación de los componentes cognitivo-afectivos y socio-culturales, mientras que en la segunda se sumarían alteraciones neuroquímicas más precisas.

Igualmente, el grado de introspección y el compromiso del juicio también varían. Puede hablarse entonces de trastornos en la imagen corporal con cogniciones más o menos delirantes, como si se tratara de diferentes grados de severidad dentro de un espectro que condiciona el pronóstico.

Aspectos psicosexuales

Otro enfoque interesante relacionado con la vivencia de la corporalidad en las pacientes con trastornos de la alimentación es el de la sexualidad. Sería ingenuo considerar casual el que las áreas de mayor insatisfacción o distorsión sean los senos, glúteos, caderas, abdomen y muslos, zonas que desde la pubertad se convierten en testimonio físico de la maduración psicosexual. La ausencia de menstruaciones es vivida con indiferencia y hasta con alivio y el adelgazamiento progresivo que sufren las anorécticas "acaba" con las características sexuales secundarias, infantilizando el cuerpo y retardando el ejercicio de roles sexuales adultos. Surgen entonces múltiples conflictos que se relacionan entre sí: Dependencia versus Independencia, desarrollo de mecanismos defensivos contra la falta de control de los impulsos libidinales versus posturas ascéticas francas.

Al ser incapaces de asumir su papel sexual genital y de integrar las transformaciones corporales de la pubertad, rechazan inconscientemente su feminidad. El papel que juega la oralidad es importante en tanto que se constituye en un sustituto del placer erótico genital. El rechazo del alimento representa una defensa contra las pulsiones orales contrapuestas al placer erótico de comer. Es frecuente observar, especialmente en pacientes bulímicas, formas de comer muy "sensuales": con las manos, embadurnándose, atragantándose. En suma, el rechazo de la comida y de satisfacer el hambre, puede ser interpretado como la negación del deseo sexual⁽¹⁸⁾.

Puede decirse que las pacientes con anorexia y/o bulimia nerviosa, conforman un "Ideal del Yo" que se persigue

y se busca constantemente como objetivo último para alcanzar la aprobación, el afecto y el reconocimiento que se espera de su medio social. Se establece así una equivalencia entre el cuerpo idealizado y el logro afectivo. La perfección es entonces, una obsesión que conduce constantemente a la verificación de defectos, imperfecciones, toma de medidas de control por medio de dietas, ejercicio y otras técnicas para aliviar la ansiedad que genera la inconformidad.

El control sobre el cuerpo en su forma, tamaño y dimensiones constituye una meta que generalmente trasciende a las relaciones interpersonales. Finaliza muchas veces en aislamiento social progresivo, altamente racionalizado, a través del cual la paciente se pone a salvo de la intolerancia con su propio cuerpo, detrás del aburrimiento, futilidad y poco interés en el mundo "tonto y superficial" de los demás. Surge así una postura de ascetismo frente al fracaso en el control sobre el cuerpo-sexualidad que la paciente intenta racionalizar y convertir reactivamente en una realidad de la que pretende excluir el placer.

A partir de estas consideraciones, se desarrolló en el presente trabajo el papel que juega el componente de la imagen corporal en mujeres con trastornos de la alimentación, incluidas en un protocolo de manejo integral

METODOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO, NO COMPARATIVO.

Objetivos:

1. Explorar el papel de la vivencia de la corporalidad como elemento fe-nomenológico principal en un grupo de pacientes con trastornos de la

alimentación a través del material clínico y psicoterapéutico obtenido.

2. Plantear y discutir las diferentes formas de conceptualizar el problema de la corporalidad en los trastornos alimenticios.

3. Comparar los hallazgos con la literatura sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población:

A 38 pacientes de sexo femenino se aplicó el protocolo de manejo de trastornos de la alimentación propuesto por las autoras⁽¹⁹⁾, con diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, tipos I y II, y trastorno por comilonas, con o sin comorbilidad, de enero de 1997 a junio de 1999.

Instrumentos:

Para establecer diagnósticos en el eje I y en el eje II, se utilizaron la entrevista clínica y los criterios de clasificación del DSM IV, por consenso entre las investigadoras. Para evaluar la imagen corporal se utilizaron el cuestionario MAC: Inventario de Creencias y Actitudes acerca del Comer y del Peso⁽²⁰⁾, la batería de pruebas del Hospital San Joao Deu de Barcelona: Cuestionario para pacientes y padres, la Escala de Autoimagen⁽²¹⁾, y la Escala de Imagen Corporal de Thompson⁽²²⁾.

MAC (Mizes Anorectic Cognitions Scale): evalúa las cogniciones referentes a anorexia y bulimia nerviosa en tres áreas: regulación rígida del peso, peso y aprobación de otros y excesivo autocontrol como un componente de la autoestima a través de tres subescalas.

Escala de Imagen Corporal de Thompson: mide el grado de satisfacción-insatisfacción con el cuerpo

haciendo una comparación de las diferentes partes del cuerpo como "rasgo" ("siempre me siento así", "soy así") y la evaluación como "estado" ("en este momento me siento así").

Cuestionario de evaluación de la Auto-imagen del Hospital Sant Joao Déu (Barcelona): se ocupa de identificar cuáles de las diferentes partes del cuerpo representan un problema, asignándoles una calificación cuantitativa.

Las respuestas obtenidas se utilizaron para caracterizar los casos estudiados. Las autoras evaluaron y manejaron terapéuticamente a la totalidad de las pacientes. Los cuestionarios que venían originalmente en idioma Inglés, fueron traducidos previa autorización de sus autores. Estos instrumentos no han sido validados para la población colombiana. Como apoyo al criterio clínico se utilizó el cuestionario de depresión de Beck⁽²³⁾ y la escala de Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo⁽²⁴⁾.

Medición:

En todas las pacientes se tomaron los puntajes obtenidos en las subescalas de autocontrol y autoestima, regulación rígida de peso y temor a subir de peso, y peso y aprobación de otros del cuestionario MAC; los puntajes correspondientes a rasgo y estado de la escala de autoimagen de Thompson; la descripción de las áreas consideradas problema en la evaluación de autoimagen del hospital de Barcelona.

A todas las participantes se les solicitó el consentimiento informado para la realización del presente estudio.

Variables:

Inicialmente se midió la presencia de alteraciones en la imagen corporal,

La Corporalidad en los trastornos alimenticios

por medio de entrevista clínica, criterios del DSM IV, escalas de MAC, Thompson y San Joao Deu. Se recolectaron los siguientes datos socio-demográficos:

Edad: medida en años cumplidos.

Estrato socioeconómico: alto, medio y bajo.

Estado civil: solteras, casadas o separadas.

Ocupación: según datos reportados por cada paciente.

Talla: en centímetros

Peso: en kilos.

Además se cuantificaron los niveles de depresión y de obsesiones y compulsiones con las escalas descritas. Así mismo se caracterizaron los rasgos de personalidad utilizando la entrevista clínica, con base en los criterios diagnósticos del DSM IV. Se estableció el tiempo de cronicidad medido en meses de evolución de la sintomatología. Finalmente, se determinó la historia de las relaciones sexuales (ausentes o presentes).

RESULTADOS. Descripción de la

población:

Trastornos de la alimentación: 5 casos (13.15%) con anorexia nerviosa Tipo I, 10 casos (26.31%) con anorexia nerviosa tipo II, 17 casos (44.73%) con bulimia nerviosa tipo I (purgativo), 1 caso (2.63%) con bulimia nerviosa tipo II (no purgativo) y 5 casos (13.15%) con trastorno por atracones. Ver figura 1.

Edad: los rangos de edad fluctuaron entre los 13 y 45 años. Los datos se presentan en la Tabla 1.

Tiempo de cronicidad: varió entre 35 años y dos meses antes de la consulta actual. 9 de las pacientes tenían

más de cinco años de evolución, 20 entre 1 y 4 años, y 9 menos de un año.

Talla: 25 menos de 1.60 mts, 10 una estatura intermedia y 3 más de 1.70 mts, lo cual concuerda con el prome-

Figura 1

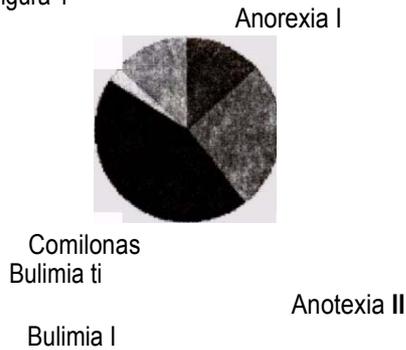


Tabla 1

DISTRIBUCIÓN POR RANGOS DE EDAD		
Edad		Numero
14 o <	1	2.63
15-25	29	76.31
26-35	5	13.15
36-45	3	7.9
Total	38	100.0

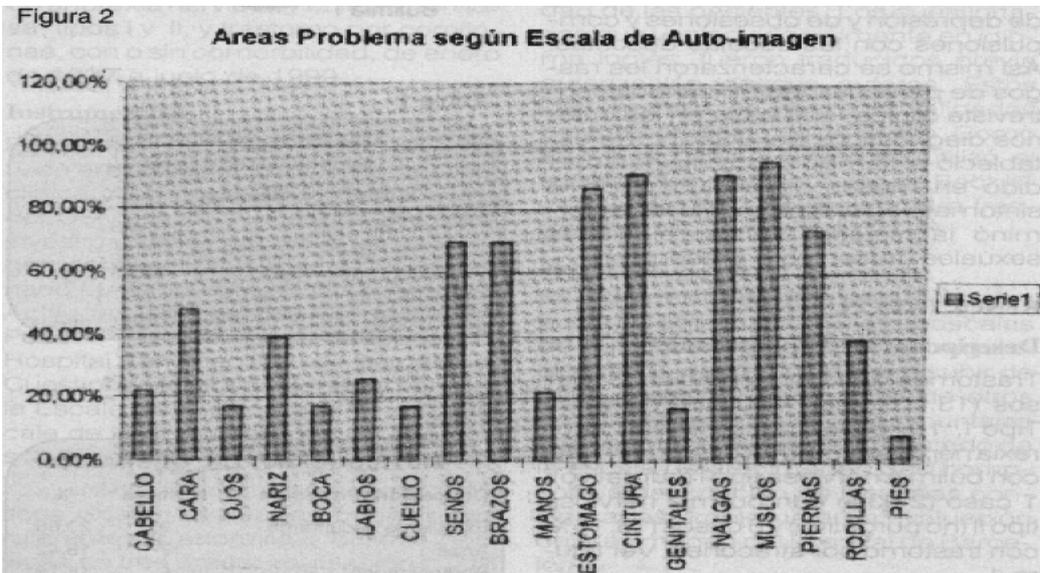
Tabla 2

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN		
Ocupación/ Profesión	Número	%
Estudiante secundaria	9	23.68
Artes	7	18.42
Humanidades	6	15.78
Ciencias Biológicas	5	13.15
Administración	5	13.15
Economía	5	13.15
Jefe planta de helados	1	2.63
Hogar	1	2.63
Total	38	100.0

Tabla 3

FACTORES EXTERNOS PRECIPITANTES*		
Posibles factores externos precipitantes del Trastorno	N	ñero 8.94
Burlas, críticas o adulación excesivas relacionadas con el cuerpo	30	
Sobrepeso real durante la pubertad	25	65.78
Sobrepeso percibido	19	50
Viajes sin los padres (campamentos de verano)	15	39.47
Otras formas de maltrato	14	36.84
Separación de los padres	10	26.31
Abuso sexual franco	5	13.15
Matrimonio de uno de los padres	3	7.89
Proceso de crecimiento y maduración rápida	2	5.26

* Varias pacientes reportaron más de uno de estos factores.



dio estatural esperado para la población estudiada.

Estado civil: 5 casadas, 2 separadas y 31 solteras.

Historia de relaciones sexuales: 13 no tienen historia de relaciones sexuales

y 25 han tenido o tienen compañero sexual.

Estrato socioeconómico: todas las pacientes pertenecen a familias de estrato medio o alto. Esto se debe seguramente a que la consulta se

La Corporalidad en los trastornos alimenticios

realizó en consultorio particular. Entre las pacientes, 29 tienen padres profesionales de alto nivel de formación académica y 16 provienen de hogares con padres separados.

Ocupación: se presenta en la Tabla 2. Llama la atención que un número importante de pacientes eligió carreras artísticas: artes plásticas, música, arquitectura o diseño.

En la Tabla 3 se resumen los factores identificados como precipitantes o contribuyentes a la aparición del trastorno de la alimentación. El sobrepeso real o percibido alrededor de la pubertad, está presente en una gran proporción de las pacientes, con el ingrediente de haber recibido críticas, burlas o adulación excesiva, relacionadas con su apariencia física, que ellas califican como "experiencia traumática".

Otros factores para resaltar son: coincidencia de un viaje lejos de casa sin compañía familiar que agudizó la sin-tomatología, separación de los padres, maltrato físico o verbal, expresado por exigencias y presiones extremas por parte de padres insatisfechos con ellos mismos, presiones

académicas, comparaciones descalificadoras con hijos considerados exitosos, que repercutieron en el desarrollo de una autoestima frágil y marcada por la aprobación externa.

Se encontró historia de abuso sexual en la infancia o la pubertad en 5 de las pacientes. Dos de ellas registraron un proceso de crecimiento y desarrollo demasiado rápido que les causó desajustes en su imagen corporal. Estos resultados coinciden con lo planteado por Stormer y Thompson.

La comorbilidad actual en el eje I se presenta en la Tabla 4. De las pacientes con depresión, 5 han realizado intentos de suicidio. En el eje II, la comorbilidad fue para tres pacientes (7.89%) un trastorno histriónico de la personalidad; tres (7.89%) un trastorno fronterizo, una (2.63%) con personalidad evitativa y otra (2.63%) con trastorno de personalidad por dependencia. Todas las pacientes poseen rasgos marcados de personalidad obsesivo-compulsiva.

Estos hallazgos son consistentes con los datos de la literatura y apoyan el consenso de la conceptualización de los trastornos en la alimentación como multideterminados y heterogéneos.

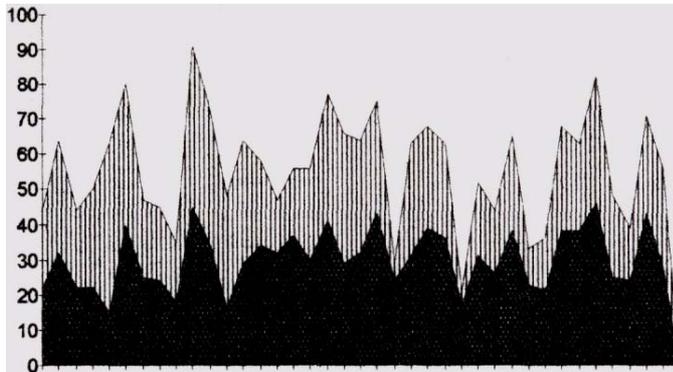
Tabla 4
/COMORBILIDAD EN EL EJE I

(DSM IV)	Número	%
Trastorno	20	52.63
Episodio depresivo mayor	13	34.21
T.O.C.	6	15.78
Fobia Social	4	10.52
Trast. Dismorfia? del cuerpo	3	7.89
Abuso de SPAs	3	7.89
Trastorno Depresivo Mayor	2	5.26
Cleptomanía	1	2.63
Trastorno por Tics	1	2.63
Trastorno Bipolar II	1	2.63
Tricotilomanía	1	2.63

La aplicación de las Pruebas "N^ de Evaluación de Autoimagen permitió corroborar que las áreas consideradas como un problema, y que a la vez tienen mayor distorsión son: muslos, nalgas, cintura, estómago, piernas, senos y brazos (Figura 2). Las expresiones acerca de éstas zonas presentan un componente de distorsión, desagrado o franco asco. Se confirma lo esbozado acerca de la connotación de las características

Figura 3

Escala de imagen corporal de Thompson



sexuales secundarias como problema. Llama la atención que sólo cuatro pacientes reportaron los genitales como problemáticos. Al explorar este tópico particular, se encontró que es una parte del cuerpo negada o prácticamente inexistente, en la medida en que aún no ha sido integrada a la imagen corporal y /o a que no es objeto de la mirada del otro.

En la Figura 3 se presentan los puntajes de las pruebas de rasgo y estado de Thompson. Las de rasgo se refieren a la forma como "en general" se percibe el cuerpo, y la de "estado" a cómo es percibida "en este momento en el tiempo". En 4 pacientes existió una diferencia notable entre los dos puntajes. Este hallazgo coincide con la hipótesis de que la imagen corporal distorsionada hace difícil imaginar el cuerpo de forma diferente. Esa imagen está "fijada" en la conciencia y parece no cambiar, independientemente del momento en el que se la mira.

Respecto al trastorno obsesivo compulsivo, las puntuaciones de la escala

Yale Brown, mostraron en 13 pacientes cifras entre 16 y 31 puntos que corresponden a TOC moderado a severo. Fue muy cuidadoso el chequeo de obsesiones y compulsiones y se desconocieron intencionalmente los componentes obsesivo-compulsivos relacionados con el peso, la dieta o el cuerpo, que estaban, como se dijo, presentes en todas ellas, para enfatizar otros aspectos de psicopatología.

Sobresalieron las obsesiones agresivas, las de orden, simetría o exactitud, contaminación y los rituales compulsivos de conteo, verificación, aseo y repetición de tareas. En 12 pacientes con TOC, las obsesiones y compulsiones habían aparecido antes que los síntomas de la conducta alimenticia, casi todos durante la niñez. Se desvirtúa la hipótesis de que estos síntomas tienen origen en la malnutrición o se desarrollaran durante la enfermedad aguda. Las obsesiones que tendieron a ser más egosintónicas fueron las relacionadas con peso, cuerpo y dieta.

Rothenberg ⁽²⁵⁾ que recopiló los datos de 11 investigaciones de comorbili-

dad en anorexia nerviosa, encontró que el TOC fue la segunda comorbilidad en frecuencia al igual que en el presente estudio. Como era de esperarse, la fobia social fue otro elemento de psicopatología prominente, dado que en estas pacientes los procesos de socialización se entorpecen de manera importante. Por supuesto fue más marcada en los casos de mayor cronicidad.

DISCUSIÓN

La preocupación excesiva por el peso es considerada en las clasificaciones actuales como el síntoma cardinal en los trastornos de la alimentación. Sin embargo, desde un punto de vista más amplio, este no es más que otro síntoma de una alteración, cuyo elemento central es la perturbación de la corporalidad. Uno de los síntomas más cercanos a esta categoría fenomenológica es la distorsión o insatisfacción corporal. A expensas de estas (categoría primaria), se establecen las alteraciones en el comer, peso, dieta, relaciones interpersonales y demás manifestaciones (categorías secundarias).

De hecho, la evolución de los síntomas a lo largo del tratamiento así lo demuestra. El balance nutricional, la recuperación del peso ideal, la disminución de los comportamientos compensatorios, la regularización de las menstruaciones y los desequilibrios electrolíticos e incluso síntomas depresivos se normalizan antes que la insatisfacción con la apariencia física y las distorsiones francas en la percepción de algunas partes del cuerpo, que persisten por tiempo prolongado.

En algunos casos continúan la preocupación obsesiva por la apariencia física, las ideas sobrevaloradas acer-

ca de la importancia de dicha apariencia y la evitación sistemática de la imagen corporal en el espejo, o por el contrario, las conductas compulsivas de chequeo, acicalamiento o verificación de la apariencia a través de la forma como son vistas por los demás. Todos estos comportamientos se observan en el trastorno dismórfico del cuerpo, más a menudo que en las pacientes con anorexia o bulimia, en donde representan una comorbilidad o una mayor cronicidad, como lo plantea Elredge⁽²⁶⁾. El grado de distorsión en la percepción de la imagen corporal puede constituirse en un factor pronóstico; es de enorme utilidad contar con técnicas terapéuticas que permitan su intervención específica, teniendo en cuenta que la distorsión corporal puede predisponer a la recaída.

La literatura acerca de los tratamientos farmacológicos empleados, muestra estudios que solamente se extienden por un máximo de 16 semanas, lo cual no permite evaluar el papel de la medicación a largo plazo en la distorsión de la imagen corporal⁽²⁷⁾. Igualmente la relación entre farmacoterapia y psicoterapia en el tratamiento del trastorno de la imagen corporal está muy poco explorada. Tal como lo dice Rosen⁽²⁸⁾, existe poca información acerca de los métodos psicoterapéuticos para intervenir las alteraciones en la imagen corporal en los trastornos alimenticios.

No está muy claro el origen biológico de la distorsión perceptual del cuerpo en pacientes con anorexia o bulimia. Sin embargo, considerando el papel de la serotonina y su función sobre el núcleo para-ventricular hipotalámico que controla el hambre y la saciedad y su posible función en la regulación inhibitoria de las aferencias visuales, su protagonismo en la génesis y

perpetuación de los componentes obsesivos y compulsivos, se impone un esquema de tratamiento farmacológico. Debe basarse principalmente en el uso prolongado de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como en el tratamiento del TOC y el trastorno dismórfico del cuerpo, buscando obtener control sobre los síntomas, el patrón de alimentación y sobre la distorsión de la imagen corporal y los componentes obsesivo-compulsivos.

¿Por qué existen pacientes con distorsiones perceptuales o convicciones delirantes acerca de la forma y el tamaño corporal y otras no? ¿Será acaso esta una variedad de pobre introspección como se ha descrito en TOC y trastorno dismórfico del cuerpo? Phillips, Kim y Hudson⁽²⁹⁾, postulan que ambas posibilidades son factibles. Tanto los pacientes con trastorno dismórfico del cuerpo como los pacientes con trastornos de la alimentación, pueden presentar pensamiento obsesivo o convicciones delirantes.

Podrían existir variantes no delirantes o delirantes en el mismo trastorno a lo largo de un espectro, que iría desde la prueba de realidad conservada, pasando por las ideas sobrevaloradas, hasta las ideas delirantes francas. El tratamiento de estas variantes delirantes de los trastornos de la alimentación, no parece beneficiarse del manejo farmacológico con antipsicóticos, tal como apuntan los estudios comparados con placebo realizados por Vandereycken y Vandereycken y Pierrot, revisados por Crow⁽²⁷⁾.

Debe discutirse si la comorbilidad encontrada en el eje I se atribuye o no a la malnutrición crónica como condición secundaria a la pérdida de peso y a los patrones dietéticos caóticos. En cuanto a la depresión mayor, se

ha señalado que sus síntomas pueden ser secundarios a los problemas nutricionales. Sin embargo, en dos de nuestras pacientes, seguidas por varios años, se ha observado cómo a pesar de una normalización de los hábitos alimenticios se ha ido instalando un patrón de ciclos afectivos bien definidos, configurándose un trastorno afectivo mayor, uno de los cuales corresponde a lo que se ha descrito como trastorno bipolar II.

En cualquiera de los casos, considerar los antecedentes familiares de trastornos afectivos, resulta necesario y puede orientar hacia el uso prolongado de antidepresivos o moduladores del afecto. En esta población, en particular, sólo se ha requerido el uso de estos últimos en dos pacientes.

Los hallazgos resaltan el parentesco existente entre todos estos trastornos (TOC, y otros trastornos de ansiedad), en un espectro que comparte componentes afectivos, compulsivos e impulsivos, descritos por algunos autores^(30,31,32). Compartirían vulnerabilidades constitucionales expresadas incluso de manera intercambiable a lo largo de la vida, sustituyéndose un síndrome por otro. Es importante tener en mente el modelo de los espectros y las dimensiones más que el de las categorías diagnósticas y hacer un seguimiento amplio de estas pacientes.

La psicopatología relevante a los trastornos alimenticios ha descrito baja autoestima, carencia de autonomía, obsesividad, perfeccionismo, sensibilidad interpersonal, introversión, habilidades de interrelación pobres, ansiedad social, pobre control de impulsos, locus de control externo, fallas en el proceso de separación-individuación, vulnerabilidad al abuso de sustancias, déficits interoceptivos y patrones de pensamiento disfun-

La Corporalidad en los trastornos alimenticios

cional o idiosincrático ⁽³³⁾. Es preciso realizar una evaluación completa para identificar cuáles de estos elementos psicopatológicos corresponden a rasgos estables de la personalidad y cuáles constituyen síndromes bien definidos de psicopatología actual.

En las escalas de Mizes, los resultados obtenidos en las subescalas de autocontrol y autoestima y la de peso y aprobación de otros, corroboran la presencia de creencias distorsionadas y rígidas, así como de actitudes extremas. El autoconcepto de estas pacientes depende en gran parte de la apariencia física, el grado de control ejercido sobre la mayoría de sus áreas de funcionamiento, de la imagen corporal y de la opinión que los otros tengan sobre su apariencia física. Si esta última está distorsionada, la autoestima disminuye proporcionalmente a esa distorsión. Esto coincide con lo reportado por Guinn, Sem-per, Jorgensen y Skaggs en su estudio realizado en una población femenina de adolescentes méxicoamericanas ⁽³⁴⁾.

Con respecto a la subescala de la regulación rígida del peso y temor a subir de peso, los hallazgos apuntan hacia una estrecha relación entre psicopatología obsesivo-compulsiva relacionada y necesidad de control rígido del peso. Las pacientes con TOC asociado (35%), son precisamente aquellas que más emplean mecanismos de control rígidos sobre peso, comida y dieta. Los hallazgos derivados de las escalas aplicadas coinciden con el material clínico obtenido de las sesiones de psicoterapia.

CONCLUSIONES

Es muy factible que la corporalidad sea el epicentro de los trastornos de la alimentación. Así se puede señá-

lar, como área fenomenológica central y definitoria. Los comportamientos relacionados con la dieta y las medidas compensatorias son epifenómenos que responden más o menos tempranamente a la intervención psicoterapéutica y farmacológica. Dicha respuesta favorable es, sin embargo, un requisito indispensable.

El área central y más difícil de modificar en la intervención es la corporalidad. Al revisar la literatura y la experiencia en el manejo de casos clínicos, este es el punto principal de intervención ya que ha sido descrito como uno de los elementos esenciales para el inicio y mantenimiento de los trastornos alimenticios. Es también uno de los factores principales de riesgo de recaída.

En la población de pacientes de la presente investigación, el protocolo de manejo incluyó la utilización simultánea de herramientas psicoterapéuticas de dos enfoques diferentes: cognitivo-comportamental y psicodinámica. Son complementarias a la intervención farmacológica con ISRS y a la intervención psicoeducativa familiar. Todas permiten abordar los grupos de síntomas relacionados con la conducta alimenticia y los conflictos derivados de la vivencia de la corporalidad.

Con relación a los factores precipitantes del trastorno, aparece una clara historia de burlas, críticas o adulación excesiva relacionadas con el cuerpo. Este factor, de acuerdo con la literatura existente, parece aumentar la conciencia del cuerpo y facilitar la movilización de una carga afectiva masiva sobre el mismo, convirtiendo al cuerpo en un área vulnerable. El sobrepeso real o percibido durante la pubertad es un factor que, unido al anterior,

Rodríguez M. y Gempeler J.

hace más probable que la carga afectiva sea de valencia negativa, por las implicaciones que puede tener en las relaciones interpersonales y sexuales en este momento de la vida.

En conclusión, todas las pacientes tienen una imagen corporal donde prima la insatisfacción y/o distorsión, con percepción real o no de sobrepeso, que sumada a las críticas excesivas, burlas, experiencias de abuso o abandono tempranos, se convierten en "gatillos" para generar problemas alrededor de la vivencia del cuerpo. A la manera de un evento traumático que queda "fijado", sin una dimensión temporal claramente definida y que persiste independientemente de los cambios de forma, volumen y tamaño que hayan sucedido posteriormente. La hipótesis en estas pacientes es similar a quienes sufren el trastorno por estrés post-traumático, donde los recuerdos persisten con toda su carga afectiva, sin una correlación tem-poro-espacial concordante, que determina que una vivencia actual.

Así se ha encontrado en estudios en pacientes con historia de experiencias traumáticas desde la niñez, quienes tienden a recordar sus experiencias de abuso más en forma sensorial (cenestésica), que de manera narrativa, y presentan a lo largo de la vida conductas autodestructivas, como auto-mutilaciones y bulimia^(35i 36,37).

La comorbilidad es un factor que empeora el pronóstico, perpetuando los síntomas y favoreciendo la cronicidad, con un mayor grado de disfunción individual y social. Los trastornos de la alimentación, tienden a coexistir con cuadros de depresión y ansie-

dad, que varían en intensidad, pero que con frecuencia están presentes.

Los modelos de intervención farmacológica y psicoterapéutica deben tener una duración mínima de un año. Es la única manera de buscar la mejoría de la distorsión de la imagen corporal.

Por otra parte, el seguimiento a largo plazo ha permitido corroborar la transición de un síndrome a otro. Los trastornos de la alimentación en la adolescencia temprana podrían ser la primera manifestación de una secuencia de alteraciones psicopatológicas que se superponen o que dan paso a trastornos afectivos mayores, trastornos de ansiedad y/o trastornos de la personalidad. Por lo tanto una intervención adecuada y oportuna dentro de un modelo integral, permitirá hacer las modificaciones necesarias para evitar el deterioro y la cronificación.

La batería de escalas y cuestionarios empleada en el presente estudio para evaluar la imagen corporal y las actitudes y creencias acerca del comer y del peso, fueron de gran utilidad tanto para las terapeutas como para las pacientes. No solamente ayudan a clarificar la vivencia de la corporalidad, sino que permiten en el seguimiento de los casos, ir determinando de manera prioritaria las áreas de trabajo. Sería importante realizar la validación correspondiente para la población colombiana.

Se requieren estudios a más largo plazo para evaluar la vivencia del cuerpo en pacientes que hayan superado las alteraciones de la conducta alimenticia.

Referencias

1. Jaspers K. Psicopatología General (Tercera Edición). Buenos Aires: Editorial Beta; 1963.
2. Ajuriaguerra JD. La esfera oraalimenticia (su organización y alteraciones). En Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson; 1977.
3. Cash T. The Body Image Workbook. New York: Ed. New Harbinger Publications; 1997.
4. StormerR, Thompson JK. ExplanationsofbodyImagedisturbance: atestofmaturational status, negative verbal commentary, social comparison and sociocultural hypothesis. Int J Eat Disord 1996; 19 (2):
5. Thompson JK, Coovert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. Development of Body Image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. Int J Eat Disord 1995; 18 (3): 221-36.
6. Santodomingo J. Psicopatología de la Corporalidad. Informaciones Psiquiátricas 1996; 146 (4): 327-340.
7. Thompson JK. Body Image disturbance.Assessment and Treatment. New York: Pergamon Press; 1990.
8. Altabe M, Thompson JK. Body Image: A Cognitive self-schema construct? Cognitive Ther Research 1996; 20 (2):
9. Thompson JK. Body Image, Eating disorders and Obesity. Washington: APA Press; 1996.
10. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV. Washington: APA; 1994.
11. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body image disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A meta analysis. Chichester: Ed Wiley and Sons; 1997
12. Phillips K. Body Dismorphic Disorder: The distress of Imagined Ugliness. Am J Psychiatry 1991; 148 (9): 1138-49.
13. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE et al. Body Dismorphic Disorder: 30 cases of Imagined Ugliness. Am J Psychiatry 1993; 150 (2): 302-308.
14. Jacobs BL, Fornal CA. Serotonin and Behavior: A general hipotesis. En: Psychopharmacology:The Fourth Generation of Progress. New York: Raven Press; 1996.
15. Halmi KA. Basic Biologic Overview of Eating Disorders. En: Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress. New York: Raven Press; 1996.
16. AghajanianJK.:Electrophysiologyof Serotonin Receptor. Subtypes and SignalTransduction Pathways. En: Psychopharmacology:The Fourth Generation of Progress, Raven Press, N.Y.1.996.
17. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dismorphic Disorder. New York: Oxford University Press; 1996.
18. Bernard P.Trouvé S. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: Semiología Psiquiátrica. Barcelona: Toray-Masson; 1978.
19. Gempeler J, Rodríguez M. Trastornos de la Alimentación: Una propuesta de protocolo de manejo integral. 1997. En prensa.
20. Mizes S. MAC: Mizes Anorectic Cognitions Scale; 1994.
- 21 .Cuestionario de evaluación de la Auto-imagen del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Hospital Universitario de la Universidad de Barcelona. 1995.
22. Thompson JK. Escala de Imagen Corporal de Thompson; 1990.
23. Beck, Rush, Shaw, Emery. Escala de Depresión de Beck, En Cognitive Therapy of depression New York: Guilford Press; 1979.

Rodríguez M. y Gempeler J.

24. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Aren Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
25. Hollander E, Phillips KA. Body Image and Experience Disorders. En *Obsessive Compulsive Related Disorders*. Ed. Eric Hollander. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
26. Eldredge KL, Agras WS. The relationship between perceived evaluation of weight and treatment outcome among individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1997; 22 (1):43-9.
27. Crow SJ, Mitchell JE. Pharmacological Treatments for Eating Disorders. En Thompson KF. *Body Image, Eating disorders and Obesity*. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
28. Rosen JC. Body image assesment and treatment in controlled studies of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996; 20 (4): 331-43.
29. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI. Body image disturbance in Body Dismorphic Disorder and Eating Disorders: Obsessions or Delusions? *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 317-34.
30. Me Ellroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM III-R Impulse Control Disorders not elsewhere classif ied: Clinical characteristics and relationships to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (3): 318-27.
31. Kaye WH, Weltzin T, George Hsu LK. Anorexia Nervosa. En: *Obsessive Compulsive Related Disorders*. Edit Eric Hollander. American Psych Press, Washington, 1.993. 49-70.
32. Skodol MD., Oldham JM.: Phenomenology, Differential Diagnosis and Comorbidity of the Impulsive-Compulsive Spectrum of Disorders. En: *Impulsivity and Compulsivity*. De John Oldham, Eric Hollander y Andrew Skodol. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
33. Garner DM. Measurement of Eating disorder psychopathology. En *Eating disorders and Obesity, a comprehensive Handbook*. Ed Brownelly Fairburn, New York: Guilford Press; 1995.
34. Guinn, Semper T, Jorgensen L, Skaggs S. Body Image perception in female Mexican-American adolescents. *J Sch Health* 1997; 67: 112-
35. Van der Kolk BA. The Body Keeps the Score: The evolving psychobiology of Post-Traumatic Stress. En *Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders*. Edit Westenberg HJH, DenBoer JA, Murphy DL. Chichester: Wiley and Sons; 1996.
36. Van der Kolk BA, Fislser R. Dissociation and the Fragmentan/ Nature of Traumatic memories: Overview and Exploratory Study. *Trauma Information Pages*: <http://www.trauma-pages.com>. Oregon, 1998.
37. Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, et al. Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1184-88.