

Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal en trastornos de la conducta alimentaria

Juanita Gempeler Rueda*

Resumen

La distorsión de la imagen corporal es un fenómeno central en el diagnóstico y en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Sin embargo, llama la atención el hecho de que aunque es importante su papel en el curso y pronóstico de la enfermedad, solamente unos pocos autores se han acercado al fenómeno, y con ello han generado algunas alternativas de evaluación e intervención.

El propósito del presente trabajo es revisar las estrategias de intervención en el fenómeno de la distorsión de la imagen corporal en los TCA, y plantear una propuesta de intervención, derivada del trabajo clínico realizado en Equilibrio (Programa para la Atención de los Trastornos de la Alimentación y Desórdenes Relacionados).

Dicha propuesta conjuga la exposición del sujeto al material fotográfico histórico de su propio cuerpo, la exposición y prevención de respuesta y la integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas, para romper la distorsión corporal, buscar que la paciente identifique su cuerpo como propio, lo pueda aceptar tal como es, aprenda a cuidarlo de manera acorde y, finalmente, pueda romper la distorsión de su imagen con la consecuente disminución de riesgo de recaídas posteriores. Se presentan las bases teóricas y prácticas del procedimiento.

Palabras clave: imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, trastorno de la conducta alimentaria (TAC).

Title: Photographic History of the Body, Exposure and Response Prevention and Sensory Integration as Integrated Therapeutic Tools in the Flexibilization of Body Image Distortion in Eating Disorders

.....
* Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana, diplomada en Psicoterapia Comportamental de la Universidad de Londres, profesora asociada al Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana y codirectora científica de *Equilibrio*.

Abstract

Body image distortion is a central phenomenon in the diagnosis and treatment of eating disorders, nevertheless it is quite interesting to see that despite its central role in the diagnosis, treatment and prognosis of this disease, only a few authors have been working on it, generating some evaluation and intervention tools.

The purpose of the present article is to review the intervention strategies designed to approach body image distortion in eating disorders and to propose an alternative one, based on the clinical work that has been done at Equilibrio (an outpatient program for the evaluation and treatment of eating disorders).

This alternative strategy includes exposition of the subject to his own body photographic history, exposure and response prevention techniques and sensory integration as integrated therapeutic tools in order to correct the body image distortion, diminishing the risk of relapse. Theoretical and practical bases are presented.

Key words: body image, body image distortion, eating disorders.

La imagen corporal

“La imagen lo es todo...”, esa frase de Aggasi, es reformulada por Thompson (1998) como “la imagen corporal lo es todo”, porque no es tanto nuestra apariencia actual o cómo le parecemos a los otros, sino la mirada interna respecto a la forma en la cual nos vemos a nosotros mismos, la manera en la que creemos que los otros nos ven y cómo nos sentimos respecto a la forma en la cual nos vemos, lo que realmente es “todo” (1).

La imagen corporal es la representación interna de la apariencia externa de nuestro cuerpo. Cash se ha referido a ella como “la mirada desde adentro”, que él contrasta con la evaluación externa o “mirada desde afuera”. La mirada interna, asociada a sentimientos y pensamientos, puede modificar el comportamiento de una persona. La imagen corporal es como una huella digital (2),(3).

El concepto de imagen corporal implica un continuo con grados de dificultad que van desde “ninguno” hasta “extremo”. La mayoría de las personas se encuentra en un punto medio, donde experimenta preocupación, insatisfacción o malestar moderados(1). Una insatisfacción moderada puede ser saludable, ya que lleva al desarrollo de hábitos de alimentación adecuados y a la práctica sana del ejercicio.

El sujeto nace con un cuerpo, “una frontera que separa a la persona de lo que no es la persona” (Cash, 1990), y durante el proceso de desarrollo va adquiriendo una imagen corporal. Es una adquisición lenta que se va dando con la maduración, y la forma en que aparece no es muy clara.

Nunca se está totalmente consciente de la totalidad del propio cuerpo, hay áreas que no se visualizan, sobre todo aquellas que no se ven o que no se utilizan frecuen-

temente y otras de las que se está absolutamente consciente, que tienden a ser las que vemos, utilizamos y tienen una mayor representación cortical. Los sentidos de la vista y el tacto parecen tener un papel central en el establecimiento de esta conciencia del propio cuerpo (4).

La bibliografía sobre desarrollo infantil sugiere que el contacto físico, implicado en ser alzado y abrazado, desempeña un papel muy importante en la formación de la imagen corporal (5); así como el abuso y el maltrato, que tienden a asociarse fuertemente al desarrollo de una imagen corporal negativa (6).

Las experiencias que un individuo tenga con su cuerpo incidirán en el establecimiento de su propia imagen corporal. Factores como la maduración rápida, la menarquia, las burlas, las críticas o la sobrevaloración del cuerpo entran a ejercer un papel clave en la génesis y el desarrollo de los problemas relacionados con la imagen corporal (7).

Así, parecería que los ladrillos que construyen la imagen corporal son aquellos relacionados con la entrada sensorial, sobre todo los receptores de posición en articulaciones y tacto. La vista modifica la imagen corporal y, finalmente, la personalidad y el medio social inciden en la visión final que cada persona tiene de sí misma (4),(8).

La distorsión de la imagen corporal

Existe una distorsión en la imagen corporal cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que se está representando. Según el DSM-IV (9), en los trastornos de la alimentación (trastornos de la conducta alimentaria) las distorsiones se refieren a “la manera en la cual el propio cuerpo o su forma es experimentado, 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”.

La *distorsión de la imagen corporal* es una expresión ‘sombrija’ que cobija una gran cantidad de componentes, organizados en un continuo que va de la insatisfacción a la distorsión franca, así:

1. Cognoscitivos: relacionados con la expectativa irreal de poseer un rasgo corporal específico, por ejemplo, querer verse como una modelo.
2. Comportamentales: implican la evitación de situaciones en las cuales se pone en evidencia el cuerpo. Por ejemplo, ir a nadar con unos amigos.
3. Perceptuales: sobreestimación del tamaño corporal (1).

Garner y Garfinkel (10) plantean que la distorsión de la imagen

corporal es un fenómeno multifacético que incluye temas como la distorsión, la insatisfacción con el tamaño del cuerpo, la insensibilidad a las señales interorreceptivas y preocupaciones con la forma del cuerpo. Por lo general, las pacientes con anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) tienen tanto distorsiones relacionadas con la forma o tamaño del cuerpo como insatisfacción con su apariencia física. Estos pacientes no lo reconocen como un instrumento válido para ser aceptado por el otro ni por ellos mismos (11).

La distorsión de la imagen corporal es un síntoma central de la AN y de la BN; sin embargo, su significado y patogenia continúan siendo controversiales. Las mujeres con TCA (anorexia o bulimia) presentan una mayor insatisfacción con su cuerpo en relación con las mujeres que no padecen estas alteraciones (2), y el fenómeno de la distorsión en la imagen corporal se constituye en un síntoma central para el diagnóstico de la AN o la BN (12). Sin embargo, ni insatisfacción ni distorsión son fenómenos exclusivos de los TCA, y tampoco puede afirmarse que todas las pacientes con TCA sobrestiman el tamaño de su cuerpo (13),(14).

En las pacientes con AN o BN es común hallar algún grado de distorsión de la imagen corporal, en algunas áreas más que en otras. Es

común que estas mujeres tengan 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 (11). Parecería existir una relación entre el tamaño real objetivo del cuerpo y su sobrestimación, por ello es mayor la sobrestimación cuando el tamaño del cuerpo es menor (15).

Cash y Deagle (2) reportan un metaanálisis de 66 estudios (de 1974 a 1993) sobre los aspectos perceptuales y actitudinales de la imagen corporal en sujetos con AN y/o BN, comparados con grupos control. Los autores encontraron que la mayoría de los investigadores diferencia, al menos, dos componentes de la distorsión de la imagen corporal: (1) distorsión perceptual o la dificultad para juzgar acertadamente el tamaño del propio cuerpo (lo puede ver mayor de lo que objetivamente es) y (2) evaluación cognoscitiva de insatisfacción. (El individuo podría juzgar su cuerpo de forma adecuada, pero está sumamente insatisfecho con su tamaño, forma o cualquier otro aspecto de su apariencia corporal). El metaanálisis encontró que la actitud de insatisfacción produjo efectos mucho mayores que la dificultad perceptual para juzgar acertadamente el tamaño del cuerpo.

En este metaanálisis las medidas de insatisfacción corporal mar-

caron la diferencia entre AN y BN, pues se encontró mayor insatisfacción en la segunda; mientras que los índices de distorsión perceptual no lo hicieron. Tanto pacientes como controles juzgaron adecuadamente el tamaño de objetos neutros. Este hallazgo implica que la inadecuada percepción del tamaño del cuerpo en AN y BN es un fenómeno inestable, débil y no patognomónico, por lo que es poco probable que estos sujetos presenten déficits sensorio-perceptuales. La distorsión de la imagen corporal parece reflejar un sesgo cognoscitivo del observador (el paciente mismo), más que uno perceptual, o, también, el resultado de focalizar la insatisfacción en áreas específicas (3).

Otros autores reportan resultados similares, en cuanto al enfoque dado al aspecto emocional o al aspecto cognoscitivo de la distorsión-evaluación de insatisfacción, más que el componente perceptual (estimación del tamaño del cuerpo) (16),(17). Se ha propuesto que variables como baja autoestima y mucha ansiedad o la posición dentro del grupo de pares inciden en el fenómeno de la distorsión de la imagen corporal (5). Una variable asociada parecería ser la actividad física frente a la acumulación de grasa corporal: a mayor actividad y menor acumulación de grasa, más positiva es la imagen corporal; a menor actividad y mayor acumulación de grasa corporal, más negativa es la autoimagen (18).

Tal como lo planteamos en otra publicación (11), la percepción corporal depende más de procesos cognitivos e indirectos que de la información sensorial que proviene directamente de los estímulos corporales. Lo 'indirecto' se entiende como el sistema de valores, creencias y actitudes reforzadas por la cultura alrededor del cuerpo, como instrumento de relación con el otro. El artículo resalta de manera importante los procesos cognitivo-afectivos, que perfila en la persona una meta ideal para alcanzar la aceptación social. Estos procesos cognitivo-afectivos están relacionados con los procesos sensoriales de la percepción corporal.

Otros estudios señalan como génesis de dicha distorsión la disfunción serotoninérgica en las áreas de integración visual de la corteza (19),(20). Es interesante el hecho de que la imagen corporal se establece poco a poco (3) y una vez alcanzada, cambia, aunque muy lentamente. Tal como lo plantean Thompson y Cash, es una representación dinámica. De esta manera, podemos considerar el fenómeno de la distorsión de la imagen corporal como el resultado de una conjugación de factores biológicos, cognoscitivos, afectivos y socioculturales, que constituye el eje alrededor del cual se consolida la sintomatología alimentaria.

Otra óptica interesante se deriva de los estudios de trauma en la conceptualización de la génesis de

la distorsión de la imagen corporal. Parece que en el fenómeno de la distorsión corporal, la experiencia cotidiana no modifica la representación que se tiene del propio cuerpo. Es como si ésta se hubiera quedado estática, impermeable al efecto del paso del tiempo y de las experiencias sensoriales; o, de acuerdo a la bibliografía revisada, como si el filtro cognoscitivo estuviera distorsionado y no permitiera que el sujeto aprendiera de sus nuevas experiencias.

¿Será la vivencia traumática (física o psicológica) una de las vías de entrada a la configuración de la distorsión de la imagen corporal? El sistema nervioso responde a las percepciones de amenaza con reacciones inmediatas e instintivas lucha o fuga (21),(22), como respuestas automáticas de supervivencia. El maltrato físico o psicológico se vive como una amenaza a la integridad o a la supervivencia del individuo; por ello es lógico plantear que ‘marcar’ el cuerpo de forma intensa o repetida, con experiencias de valencia negativa (burlas, críticas, sobrepeso percibido o real, abuso o maltrato franco), puede generar alternativas de respuesta como las descritas. Si así fuera, el fenómeno psicológico asociado a vivencias traumáticas intensas sería de disociación.

La vivencia traumática altera el almacenamiento de la información sensorial y bloquea la organización

adecuada de sus referentes temporoespaciales y verbales. La memoria implícita está en el centro de la memoria somática. Los individuos sometidos a traumas intensos, que desarrollan un trastorno de estrés posttraumático (TEPT), sufren de inundación de imágenes o de sensaciones e impulsos comportamentales (memoria implícita) desconectados del contexto, de los conceptos y de la comprensión (memoria explícita) (21),(22). Las primeras impresiones provienen de los sentidos interorreceptivos y exterorreceptivos. Así, estas impresiones no se codifican como palabras, sino como sensaciones somáticas: olores, ruidos, contactos, sabores, movimientos, posiciones cadenas comportamentales o reacciones viscerales.

Si el blanco de la experiencia traumática es el cuerpo (maltrato físico, abuso sexual, secuestro, amenazas, etc.), se esperaría que la expresión sintomática de la disociación derivada del trauma fuera en la vivencia de la corporalidad.

La intervención terapéutica en la distorsión de la imagen corporal

Un mensaje erróneo, transmitido a la población, es que la forma del cuerpo y el peso son moldeables. Esto pone a la cultura y a la fisiología en conflicto y, tal como afirman Cash y Henry (1995), “la cultura

parece ir ganando...”. Cash (23), (24), Rosen (25) y Thompson (7),(26) han desarrollado algunas estrategias cognoscitivas comportamentales aplicadas a esta área: autoexploración, psicoeducación, desensibilización sistemática, reestructuración cognoscitiva, autoseguimiento, exposición y técnicas de prevención de recaídas.

Thompson (7) plantea que la exposición del sujeto a su propia imagen a través del espejo, así como la utilización de retroalimentación visual o cualquier otro tipo de información se constituyen en elementos básicos para la posibilidad de estimar correctamente el tamaño del cuerpo.

Cash (24),(27), a su vez, presenta un programa de intervención que consta de ocho pasos, diseñado para el trabajo con población general. En éste integra elementos perceptuales y cognitivos para facilitarle a la persona el descubrimiento de su imagen corporal, las razones para estar descontento con ella y el cómo aprender a estar cómodo con esa imagen. Este autor utiliza técnicas de desensibilización sistemática, cognitivas específicas, exposición a las situaciones temidas y de prevención de recaídas.

Rosen (25), entre tanto, retoma planteamientos de Cash y los complementa con técnicas de retroalimentación perceptual y ejercicios

cognitivos específicos, para utilizarlos en pacientes con TCA. El principio teórico de estas intervenciones es el de contracondicionamiento, que pretende romper la relación entre un estímulo condicionado (el cuerpo) y una respuesta condicionada (la ansiedad), a través de la exposición al estímulo inicial (cuerpo) mientras se exhibe una respuesta opuesta a la condicionada (relajación). De esta manera, se busca la posibilidad de estar relajado frente al propio cuerpo, al romper la relación cuerpo-ansiedad.

Asimismo, utiliza el procedimiento de exposición y prevención de respuestas para los comportamientos de arreglo personal y chequeo frente al espejo. El siguiente presupuesto es que el sujeto exhibe unos patrones de pensamiento automático, rígidos y manifiestos en un diálogo interno negativo acerca del propio cuerpo, con lo que tiende a perpetuar la ansiedad frente al cuerpo.

¿Puede entenderse el fenómeno de la distorsión e insatisfacción con la forma y el tamaño del cuerpo como un evento obsesivo más que fóbico? Lo obsesivo se representa en la intrusividad, persistencia y recurrencia de esta preocupación exagerada, frente a la cual se maneja una capacidad introspectiva muy pobre. Si se parte del hecho de que la hipótesis factible es que los TCA sean un subtipo de trastorno obse-

sivo-compulsivo (TOC) (28), la preocupación excesiva por la forma y el peso del cuerpo sería vista más como obsesiva que como fóbica. Así, el abordaje desde la terapia cognitivo-comportamental sería utilizar las técnicas desarrolladas para el manejo de las obsesiones, como pieza central en la corrección de la distorsión de la imagen corporal.

El principio de exposición y prevención de respuesta planteado por Meyer (29) para el tratamiento del TOC expone al paciente de forma repetida a sus pensamientos obsesivos, mientras se previene la ritualización. El objetivo de esta técnica es romper el ciclo de condicionamiento que mantiene el desorden, utilizando el principio de aprendizaje de habituación. El sujeto debe exponerse al estímulo y experimentar ansiedad. Se mantiene la exposición mientras la ansiedad disminuye con el paso del tiempo, a fin de lograr que el organismo se habitúe al estímulo y que su tolerancia frente a éste aumente.

La exposición, acompañada de prevención de conductas de evitación, aplicada a la distorsión de la imagen corporal contribuirá a que se instale paulatinamente una imagen corporal más acorde con la realidad y a que la distorsión comience a ser corregida... Prácticamente esto implica exponer al sujeto de forma gradual a aquellas situaciones que le generen pensamientos obsesivos,

relacionados con la percepción de su propio cuerpo –mirar su cuerpo directamente o en el espejo, escoger la ropa que va a usar, estar en público, ponerse en evidencia física de cualquier forma (levantar la mano para preguntar, pararse de su sitio en una cafetería, etc.), usar ropa que deje ver su cuerpo–, mientras se evita que ritualice –cambiarse de ropa varias veces, bañarse rápidamente sin mirarse, no mirarse al espejo, no preguntar en clase aunque tenga dudas–.

La propuesta: historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión de la imagen corporal en TCA. Principios subyacentes

En el trabajo diario con pacientes con TCA encontramos que el cuerpo propio es sentido como: “el del vecino”, como algo externo, diferente al “sí mismo”; más como enemigo que como una parte del ser (experiencia disociativa). En otras ocasiones, la dificultad está en la percepción del límite “me siento como una ameba, que se expande sobre el andén” o “no sé hasta dónde voy yo”. Los anteriores son comentarios de pacientes con distorsiones en la percepción de su imagen corporal, los cuales parecen ser fenómenos cercanos a los reportados en sujetos con trauma y que permiten

plantear la hipótesis de que la vivencia traumática puede ser una de las vías de entrada para configurar el fenómeno de la distorsión.

No en todas las mujeres hay antecedentes tan específicos. En muchos otros casos, la vía de entrada es más cercana a distorsiones cognitivas, afectivas y a factores de vulnerabilidad biológica o psicológica (metabolismo serotoninérgico/presión ambiental cultural), que hacen de este fenómeno uno muy complejo en su constitución y mantenimiento, muy difícil y resistente a la intervención terapéutica.

En sus primeras aproximaciones al concepto de anorexia, Hilde Bruch (30) sugiere que el acercamiento al cuerpo y a la distorsión en su percepción es indispensable en el trabajo con TCA. Autores como Garner y Garfinkel, Mitchell, Halmi, Thompson, Cash y Rosen repiten estos postulados; sin embargo, en los trabajos y publicaciones en el área sorprende la parquedad en la generación y puesta a prueba de hipótesis relacionadas con este argumento. Este hecho señala la necesidad de involucrar experiencias sensoriales específicas dirigidas, con reconceptualización paralela, que busquen flexibilizar los filtros cognoscitivos y que permitan utilizar nuevas experiencias que generen una representación interna del cuerpo, más coherente con su realidad. Es decir, se necesita una in-

tervención que conjugue los elementos de exposición e integración sensorial como alternativas de aproximación integral.

A partir del trabajo clínico realizado en el Programa Equilibrio hemos buscado responder a estas preguntas, por medio de un procedimiento que integra la exposición al propio cuerpo, la exposición y prevención de respuesta y la integración sensorial, como herramientas terapéuticas integradas para romper la distorsión. A través de la utilización del procedimiento se pretende que la paciente:

1. Identifique su cuerpo como propio.
2. Acepte su cuerpo tal como es.
3. Aprenda a cuidarlo de manera acorde.
4. Rompa la distorsión de la imagen corporal.

Pasos del procedimiento:

1. Planteamiento del concepto de imagen corporal. Identificación de la imagen que la paciente tiene de su propio cuerpo. Duración: sesión única de 55 minutos. La sintomatología alimentaria empieza a ceder y los hábitos de alimentación comienzan a establecerse.
2. Realización de la historia cronológica del cuerpo. Rastreo temporal de los cambios del cuerpo a través del tiempo y de

los cambios en su representación, a través de fotografías en las que se explora el tipo de cuerpo (tamaño, forma) y la vivencia de situaciones representadas en ellas. Se exploran los recuerdos de eventos que marcaron una diferencia en la representación del propio cuerpo (memoria implícita y explícita). Duración: una a dos sesiones. Se extienden las fotografías en orden cronológico y se plantea la forma como ha evolucionado el cuerpo de la persona con el tiempo. Se establecen hechos importantes en la vida de esa persona (se hace hincapié en la forma en que se han vivido y en el significado que la corporalidad ha tenido en esas vivencias). Se anota lo reportado, se organiza el material para discutir con la paciente en la próxima sesión y se complementa con otras vivencias que ella recuerde. Las fotografías del cuerpo siguen recolectándose para revisar la evolución del tamaño y forma del cuerpo con el paso del tiempo y la restauración de hábitos de alimentación más sanos, el aumento o estabilización del peso y la exposición a actividades antes evitadas.

3. Exploración sensorial del cuerpo. Se expone a la paciente a su propio cuerpo, y se compara la representación mental que tiene de sí misma con la expe-

riencia táctil y visual de cada una de sus partes. Se busca identificar coincidencias y diferencias entre las diversas maneras de acercarse a éste (imaginarse cada parte, luego tocarla y finalmente mirarla). Se hace hincapié en la verbalización descriptiva frente a cada una de las partes del cuerpo, pero se evita utilizar adjetivos calificativos negativos (“ésta es mi cintura” frente a “ésta es mi asquerosa cintura...”).

4. Identificación de vivencias agradables y desagradables en el día a día de la paciente, para relacionarlas con el hecho de que se están dando con su propio cuerpo (deporte practicado, pasatiempos, etc.).
5. Integración de la información recogida. Este paso busca generar una nueva manera de representarse y de romper así la distorsión de su imagen corporal.

Los principios subyacentes a este procedimiento son la exposición y prevención de respuesta, la integración sensorial y la rerotulación cognoscitiva. De acuerdo con lo discutido, parecería que si este objetivo se logra en una paciente con TCA, la recuperación es más probable. En próximas publicaciones presentaremos los resultados preliminares al someter a prueba esta hipótesis clínica.

Bibliografía

1. Thompson K. *Exacting beauty*. Washington: American Psychological Association; 1999. p. 3-15.
2. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta analysis. Chichester: Wiley and Sons; 1997.
3. Santodomingo J. Psicopatología de la corporalidad. *Informaciones Psiquiátricas* 1996;146(4):327-40.
4. Ames F. The neurological bases of body image. In: Castle D, Phillips K, editors. *Disorders of body image*. Petersfield, Hampshire: Wrihston Biomedical Publishing; 2002.
5. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Watteel GN. Percieved touch deprivation and body image: some observations among eating disordered and non-clinical subjects. *J Psychosom Res* 1995 May;39(4):459-64.
6. Weiner KE, Thompson JK. Overt and covert sexual abuse: relationship to body image and eating disturbance. *Int J Eating Disor* 1997 Nov;22:273-84.
7. Thompson K. *Body image disturbance assessment and treatment*. New York: Pergamon Press; 1990.
8. Castle D, Phillips K. *Disordered body image in psychiatric patients*. In: Castle D, Phillips K, editors. *Disorders of body image*. Petersfield, Hampshire: Wrihston Biomedical Publishing; 2002.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington; 1994.
10. Garner D, Garfinkel P. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *Int Journ of Psych in Medicine* 1981;11:263-84.
11. Rodríguez M, Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev Col de Psiquiatría* 1999 Dic;28(4).
12. Kaye W, Strober M, Rhodes L. Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa. In: Castle D, Phillips K, editors. *Disorders of body image*. Petersfield, Hampshire: Wrihston Biomedical Publishing; 2002.
13. Horne RL, Van Vactor JC, Emerson S. Disturbed body image in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1991 Nov;148(2):211-5.
14. Probst M, Vandereycken W, Coppenholle HV, Pieters G. Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *J Psychosom Res* 1998 Mar-Apr;44(3-4):451-6.
15. Smeets MA, Smit F, Panhuysen GE, Ingleby JD. Body perception index: benefits, pitfalls, ideas. *J Psychosom Res* 1998 Mar-Apr;44(3-4):457-64.
16. Fernández-Aranda F, Dahme B, Merman R. Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminar study. *J of Psychosom Res* 1999 Nov;47(5):419-28.
17. Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa: a brief review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001 Dec;10(4):215-21.
18. Guinn B, Semper T, Jorgensen L, Skaggs S. Body image perception in female mexican american adolescents. *J S Health* 1997 Mar;67:112-5.
19. Jacobs BL, Fornal CA. Serotonin and behaviour: a general hypothesis. In: *Psychopharmacology: the fourth generation in progress*. New York: Raven Press; 1996.
20. Phillips K. *The broken mirror: understanding and treating body dismorphic disorder*. New York: Oxford University press; 1996
21. Rothsild B. *The body remembers*. New York: W. W. Northon & Company; 2000.
22. Van der Kolk B. *The body keeps the score*. *Harvard Review of Psychiatry* 1994;1:253-65.
23. Cash T. *What do you see when you look in the mirror?* New York: Bantham Books; 1995.
24. Cash T. *The body image workbook*. Oakland (CA): New Harbinger publications; 1997.
25. Rosen J.C. *Cognitive behaviour body image therapy*. In: Garner D, Garfinkel P, editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press; 1997.
26. Thompson K, Smolak L. *Body image eating disorders and obesity in youth:*

- assessment, prevention and treatment. Washington: American Psychological Association; 2001.
27. Cash T. The treatment of body image disturbances. In: Thompson K, editor. Body image, eating disorders, and obesity. Washington: American Psychological Association; 1997.
 28. Rodríguez M, Gempeler J. El TOC en los trastornos de la conducta alimentaria. Congreso Nacional de Psiquiatría, Medellín; 1999.
 29. Meyer V, Levy R, Schnurer A. The behavioural treatment of obsessive compulsive disorders. In: Beech HR, editor. Obsessional states. London: Methuen; 1974.
 30. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books; 1973.
 31. Thompson K. Body image, eating disorders and obesity. American Psychological Association, Washington; 1997.
 32. Kleifield E, Wagner S, Hoberman H, Halmi K, Wilson T, Agras S, et al. Cognitive-behavioral treatment (CBT): manual for anorexia nervosa. McKnight Foundation Study. In press.