



Universidad de Jaén
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo de Fin de Grado

**Imagen corporal,
Trastornos de la
Conducta Alimentaria
(TCA) y Terapia de
Aceptación y**

Alumno/a: Carmen del Consuelo García Moscoso

Tutor/a: Prof. D^a Mónica Hernández López

Dpto.: Departamento de Psicología

Junio, 2019

Índice.

1. Introducción.....	4
1.1. ¿Qué es la imagen corporal.....	4
1.2. Evaluación de la imagen corporal.....	5
1.3. Desarrollo de la imagen corporal.....	7
1.4. Patologías relacionadas con la imagen corporal.....	9
1.5. Terapias empleadas en imagen corporal.....	12
1.6. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la imagen corporal.....	13
2. Metodología.....	17
3. Resultados.....	18
4. Discusión.....	24
5. Conclusiones.....	25
6. Referencias bibliográficas.....	27
7. Anexos.....	33

RESUMEN

La imagen corporal se ha convertido hoy en día en una de las preocupaciones más frecuentes en la vida, tanto de hombres como de mujeres, esto se debe al constante bombardeo de la sociedad con la necesidad de alcanzar el “cuerpo perfecto”. El desarrollo de la imagen corporal comienza en la infancia y se va desarrollando durante toda la vida. Durante la adolescencia hay cambios significativos en las personas a nivel corporal, estos cambios pueden dar lugar a que la persona se sienta descontenta físicamente y a la posibilidad de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Una de las terapias empleadas para abordar problemas relacionados con la imagen corporal y los TCA, sería la Terapia de Aceptación y Compromiso centrada en la aceptación de las preocupaciones y el compromiso con una serie de metas y valores.

PALABRAS CLAVE: Imagen corporal, Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

ABSTRACT

Nowadays the body image has become one of the most frequent concerns in the lives, both men and women, this is due to the constant bombardment of society with the need to achieve the "perfect body. The development of body image begins in childhood and develops throughout life. During adolescence there are significant changes in people at the body level, these changes can lead to the person feeling physically dissatisfied and the possibility of developing an Eating Disorder. One of the therapies used to address problems related to body image and Eating Disorders, would be Acceptance and Commitment Therapy focused on the acceptance of concerns and commitment to a series of goals and values.

KEY WORDS: Body image, Acceptance and Commitment Therapy, ACT, Eating Disorders.

1. INTRODUCCIÓN

La imagen corporal y la insatisfacción que las personas tienen con ella ha sido uno de los motivos de estudio más recientes del presente siglo. Pero ¿qué es la imagen corporal? La imagen corporal sería "las propias percepciones y actitudes en relación con las propias características físicas" (Cash y Fleming, 2002, p. 455). Estas percepciones y actitudes podrían ser positivas y negativas. En el caso de ser negativas presentarían una baja tolerancia a su físico y descontento con él. Y ¿qué sería la insatisfacción corporal? Sería el malestar que la persona experimenta por su cuerpo y le lleva a minusvalorarlo. Entorno al 61-93% de las personas informan sobre su insatisfacción en relación con la imagen corporal (BID) (Diedrichs et al. en preparación; Liossi 2003).

En numerosos sondeos, entrevistas, autorregistros y cuestionarios, la mayoría de los individuos muestran una insatisfacción con su cuerpo, tanto hombres como mujeres, aunque es verdad que éstas últimas son mayoría (Moreno y Ortiz, 2009). El desarrollo de la imagen corporal se inicia progresivamente desde el nacimiento y se prolonga durante toda la vida, aunque sufre un punto crítico durante la adolescencia al igual que el desarrollo sexual. A lo largo de esta etapa, comienzan los cambios corporales y como consecuencia de esos cambios se puede dar una insatisfacción corporal que podría desembocar en un trastorno como los trastornos de la conducta alimentaria.

Estudios de Ayensa, Grima y Landívar (2002) muestran que la adolescencia es el periodo de la vida más frecuente para la aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

1.1 ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

La imagen corporal es la imagen que tenemos de nosotros mismos. Ésta es creada por nuestra mente y evalúa nuestro propio cuerpo. Existen una serie de cánones de belleza impuestos por la sociedad, éstos tratan de describir "el cuerpo perfecto" y han existido durante toda la historia. La imagen corporal tiene diferentes componentes: perceptual (cómo nos vemos), cognitivo (valoraciones o cogniciones sobre nuestro cuerpo), afectivo (sentimientos hacia nuestro propio cuerpo) y conductual (acciones que emprendemos a partir

de la percepción) (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013). Estos componentes, juegan un papel fundamental en el desarrollo de una imagen corporal negativa. Con esto nos referimos a 'evaluaciones subjetivas negativas del propio cuerpo a nivel físico'. Por el contrario, hay personas que tienen una imagen de sí mismas positiva, a esto le llamaríamos imagen corporal positiva y son aquellas personas que tienden a valorar y respetar su cuerpo, indiferentemente de la forma, peso, altura o demás características. Además, estas personas suelen rechazar o apartar de sus vidas las creencias irreales de la sociedad sobre la perfección del cuerpo humano. Esto nos permite decir que la imagen corporal y la apariencia física son dos cosas diferentes. Las personas evaluadas como “guapas” pueden no sentirse así, mientras que personas que son evaluadas como menos agraciadas pueden sentirse bien consigo mismas. Surge un problema cuando existe una asimilación de lo que sería un “cuerpo 10” para la sociedad y difiere de la imagen real del cuerpo que tiene la persona.

En las últimas décadas el número de personas con sobrepeso ha aumentado, por lo que se produce una fisura aún mayor entre el ideal corporal y el propio cuerpo, todo esto unido a la discriminación social sufrida, hace que un mayor número de la población llegue a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006).

1.2 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Aunque la imagen corporal no es una dimensión fácil de medir, existen diferentes instrumentos que lo evalúan o que lo hacen a través de otros aspectos. Los instrumentos que se proponen a continuación son los más utilizados y suelen aplicarse según la edad del sujeto, por ello, se han realizado instrumentos para niños, adolescentes y adultos. En este apartado podemos ver, a través de las preguntas de los diferentes test, cómo, en todas las edades, existe una preocupación por la apariencia física.

Niños:

- Escala Breve de Insatisfacción Corporal para Niños (EBICI): esta escala está construida solamente para fines de investigación, pero está a la espera de ser validada. Se realizó mediante la revisión de los test más importantes de imagen corporal en adolescentes y adultos, pero en este caso se adaptó a niños. Una de las preguntas que se hacen en esta escala es: "¿has intentado controlar lo que comes para no engordar (por ejemplo, intentando comer menos de ciertas horas, o no probando algún tipo de

alimento...)?" A continuación, proponen cuatro alternativas de respuesta: a) Nunca, b) Alguna vez, c) A menudo y d) Siempre estoy controlándome.

- The Children's Body Image Scale (CBIS; Truby y Paxton, 2002): esta escala consta de 7 figuras de niños y niñas que van progresivamente de una imagen más delgada a una más robusta. Es importante administrarla para la medición de la imagen corporal, porque permite a los individuos evaluar desde una perspectiva más adecuada, el grado de distorsión que tiene la persona con respecto al peso, tamaño y forma del cuerpo a través de las imágenes del test. (Ver anexo 1. The Children's Body Image Scale for girls, 2002 y anexo 2. The Children's Body Image Scale for boys, 2002).

Adolescentes y adultos:

- Escala de Estima Corporal (BES) elaborada por Franzoi y Shields (1984): es una escala tipo likert con 35 ítems y con una puntuación del 1 al 5, donde 1 significaba que ese ítem producía sentimientos negativos y 5 que ese ítem producía sentimientos positivos. Los ítems abarcan preguntas sobre la cara, el cuerpo, la estatura, etc. Con la creación y validación de la escala BES se incluyeron otros aspectos a evaluar, a los que no se les había dado importancia hasta este momento, como emociones, cogniciones, etc. (Raich, 2000).
- Body Attitude Test (BAT) de Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden (1995): evalúa a nivel subjetivo la imagen corporal. Tiene 20 ítems y se dividen en 3 factores: apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal. Cada pregunta se contesta con una puntuación de 0 a 5. Gracias a que mide aspectos subjetivos, se pueden deducir los pensamientos, emociones y actitudes que tiene la persona hacia la propia imagen.
- El Inventario de Esquemas de Aspecto Revisados (ASI): esta escala presenta dos factores; uno está enfocado a la autoevaluación, sería por ejemplo, "cuando conozco a alguien ¿qué pensará sobre mi cuerpo?"; y el otro sería un componente motivacional, por ejemplo, "antes de salir de casa me aseguro de que me veo todo lo bien que puedo estar". Ambos se incluyen dentro de las percepciones que tiene la persona acerca lo que el sujeto considera que es la realidad y la realidad objetiva.

- El Cuestionario de Aceptación y Acción de la Imagen Corporal (BIAAQ; Sandoz et al., 2013): es un cuestionario con medida de autoinforme. Consta de 12 ítems que evalúan la capacidad de aceptar abiertamente el cuerpo y las experiencias internas relacionadas con la imagen, sin intentar evitarlas o alterarlas. Al igual que el ASI, se centra en el componente perceptivo de la persona.
- Cuestionario de Fusión Cognitiva - Antojo de Alimentos (CFQ-FC; Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, & Silva, 2016): la CFQ-FC es una medida de autoinforme que contiene 7 ítems y evalúa el grado en que los individuos tienen pensamientos perturbadores e indeseables relacionados con antojos de comida. Se pide a los participantes que evalúen el grado en que cada uno de ellos es fiel a esos pensamientos usando una escala de 7 puntos (desde 1= Nunca fiel a 7=Siempre fiel).
- Escala de Catexia Corporal (BCS; Secord y Jourard, 1953): esta escala consta de dos partes. En primer lugar, una lista de 46 partes del cuerpo y sus funciones. La importancia de la aplicación de esta escala reside en que la persona puede mostrar con qué partes de su cuerpo se encuentra satisfecha o insatisfecha. En segundo lugar, la otra parte se relaciona con la autocatexis, contiene 55 ítems y se basa en aspectos conceptuales de la persona. Las respuestas en la escala van del 1 al 5 dónde 1 sería "fuertes sentimientos de cambio" y 5 "me considero afortunado por ser como soy".

1.3 EVOLUCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se va construyendo evolutivamente, durante las diferentes fases de la vida se va asumiendo el propio cuerpo y los cambios que se producen en él.

Los bebés a los 4-5 meses comienzan a diferenciar entre el "yo" y los demás o el "yo" y los objetos. Desde los 12 meses a los 3 años comienzan a relacionarse con el entorno adquiriendo habilidades como podrían ser motoras con el control de esfínteres. A los 4 y 5 años comienzan a poder definirse y describirse a ellos mismos. Hay estudios en los que se muestran que niños de 5 años han adquirido un sesgo social en contra de las personas con sobrepeso (Cramer y Steinwert, 1998; Musher-Eizenman, Holub, Edwards-Leeper, Persson y

Goldstein, 2003). Un aspecto muy importante relacionado con la imagen corporal e incluido dentro de la personalidad sería el autoconcepto. Este se va desarrollando desde la etapa preescolar pero va cambiando paralelamente con el desarrollo de la persona. Shavelson, Hubner y Stanton (1976) indican que el autoconcepto son las percepciones que una persona mantiene sobre sí misma formadas a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, de manera especial, por los refuerzos y feedback de los demás, así como por los propios mecanismos cognitivos, por ejemplo, las atribuciones causales.

En los niños de educación infantil (0-6 años), el autoconcepto viene dado por las opiniones que generan los adultos que rodean al niño, a través del lenguaje, juego simbólico, etc. Hacia los 3 años los niños forman su identidad sexual que les permitirá seguir desarrollando el autoconcepto. Es en la etapa escolar (6-12 años) cuando los niños forman su autoconcepto en términos más sociales y psicológicos, el cual surge de forma paralela al desarrollo cognitivo, influyendo así los éxitos y fracasos escolares, y el contacto social con múltiples personas. Además, al mantener la constancia de sexo, sobre los 7 u 8 años, se favorece una correcta percepción de sí mismos.

La adolescencia es la etapa más importante en la que se desarrolla la imagen corporal. En ella se producen amplios cambios físicos que harán que la persona no establezca un autoconcepto estable hasta la llegada de la adultez. Con la llegada de esta etapa, las personas le dan cada vez más importancia a la imagen externa y esto, sumado a la influencia de la sociedad, provoca el sentimiento de los individuos de necesitar sentirse integrados por los demás, ser aceptados en los grupos que los rodean y a semejar su imagen y comportamiento a los grupos de referencia. Los adolescentes basan su autoconcepto en lo que los demás le dicen, por ejemplo; padres, amigos..., existen estudios en lo que se habla que los comentarios negativos sobre el cuerpo realizado por padres y hermanos durante esta etapa, podría predecir una posterior insatisfacción corporal e incluso el desarrollo de un trastorno alimentario (Amor, Roldán y Cabrera, 2014).

También hay otros estudios, en este caso hay uno longitudinal de Helfert y Warschburger (2011), en el que se encuentra que la preocupación de los padres por el peso hace que los hijos adolescentes se preocupen más por estos temas. Los amigos pueden crear inseguridades también mediante burlas y comparaciones físicas.

En numerosas encuestas a niños se les ha preguntado sobre el aspecto femenino, a lo que respondían como una cualidad positiva a la delgadez, lo que hace que las niñas controlen mucho más su peso para llamar la atención del otro sexo, aunque el mito de que los varones son más inmunes a temas relacionados con la apariencia, no es del todo cierto, pues lo que ocurre realmente, es que las mujeres maduran antes, es decir, se da una madurez temprana con respecto al físico, las mujeres se preocupan más por las comidas, por los productos que llevan a coger peso o que tienen más grasa. Por ello, son capaces de iniciar conductas alimentarias peligrosas para mantener la forma (Ballester y Guirado, 2004). Por el contrario, los varones presentan una madurez tardía, no se preocupan tanto por el peso sino que lo hacen por el índice muscular, pues muchos desean pesar más para que aumente la musculatura (Cruz y Maganto, 2002).

En esta etapa se da la pubertad. En esta, tanto niños como niñas quieren gustar al otro sexo. Además, surgen multitud de cambios hormonales y puberales que hacen que el cuerpo se transforme para la adultez. La preocupación que los jóvenes sienten por estos cambios es algo normal de la etapa y la mayoría tienden a focalizar toda su atención en el físico, siendo lo normal el que se pregunten: '¿Soy normal?', y se comparen con los demás individuos.

1.4 PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL

Estudios sobre insatisfacción corporal muestran una relación elevada con depresión, ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales destacan sobre todo. Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones en los patrones de conducta relacionados con la ingesta de los alimentos, todo ello con el objetivo de mantener el peso y la figura de la persona. Dentro de los TCA se encuentran la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (American Psychiatric Association, 2002). La mayoría de las personas que padecen algunos de estos trastornos presentan una imagen de sí misma negativa y, para que éstos se desarrollen, intervienen muchos factores entre los que se encontrarían la insatisfacción corporal o la recurrente atención al peso, que serían tratados como factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave que puede afectar a individuos de todas las edades, sexos, sexualidad y edad, sin embargo las niñas adolescentes y mujeres jóvenes

están en particular riesgo (Sierra, 2005). La anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo intenso a un aumento de peso y la creación de una imagen corporal distorsionada, que motiva la restricción calórica y otras conductas para la pérdida de peso, como podrían ser la ingesta de laxantes, el aumento del ejercicio físico, etc.

Este trastorno está constituido por factores genéticos, psicosociales e interpersonales que pueden desencadenar la aparición y cambios en las redes neurales de la persona, que producirían el mantenimiento de la enfermedad y podría conllevar importantes problemas de salud como la amenorrea en mujeres. Existen cuatro niveles mediante el uso del IMC del individuo reportado por el DSM-5 sobre la anorexia nerviosa: extrema ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$), grave ($IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$), moderada ($IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$), y suave ($BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$).

Al existir una deformación subjetiva del cuerpo, las personas que lo padecen pueden comenzar regímenes estrictos como si padecieran sobrepeso, ya que, hoy en día es muy fácil encontrar dietas en internet y otros medios de comunicación en los que se fomenta la quema masiva de calorías sin supervisión de profesionales que asesoren sobre el correcto uso de las dietas y la personalización de ellas. Un factor vinculado a las dietas suele ser el deporte, abordado desde la patología que se explica junto a bulimia nerviosa.

Ligado a los TCA y, como ya hemos dicho anteriormente, la depresión presenta una comorbilidad elevada con este tipo de trastornos (Rebuffo, Siravegna, y Medrano, 2012). La depresión está vinculada con la autopercepción negativa de uno mismo (Salazar, 2008), una baja autoestima y la no aceptación del propio cuerpo, los cuales hacen que se mantenga el problema e incluyan como parte de su vida actuaciones, actitudes o relaciones sociales erróneas. Además, se ha visto que pacientes de TCA con depresión abandonan antes los tratamientos, por lo que sería importante evaluar si la depresión está presente en este tipo de personas (Quiroga y Cryan, 2005).

La bulimia nerviosa, al igual que la anorexia nerviosa, afecta más a mujeres jóvenes. Sobre esta influyen componentes familiares, psicosociales y emocionales. Las bases de la bulimia se fundamentan sobre una ingesta excesiva de comida o atracones, con la posterior compensación a ellos, mediante vómitos, ayuno, entre otros. La bulimia se puede dividir en dos tipos: la purgativa y la no purgativa. La primera de ellas sería el empleo de agentes externos como edemas, laxantes o la provocación intencionada del vómito, y la segunda sería más el ayuno o aumento del ejercicio físico.

Numerosos estudios indican que la falta de autoestima influye en el desarrollo de esta enfermedad (Moreno y Ortiz, 2009). Su inicio más frecuente es durante la adolescencia, como en la anorexia nerviosa. Al no presentar una autoestima adecuada, se produce una restricción dietética voluntaria por parte de la persona, una preocupación excesiva por el físico y la introducción de atracones, lo que descompensaría el metabolismo de la persona. A fin de intentar compensar esto, la persona introduce los vómitos para regular la ingesta y se produce una regulación aún peor de la autoestima.

La anorexia nerviosa y, en mayor medida, la bulimia nerviosa, presentan semejanzas respectivamente. Una de estas similitudes podría ser el empleo del ejercicio físico para la compensación de la ingesta calórica. Para personas con estos trastornos, el deporte es considerado patológico, insalubre y compulsivo, porque se considera un medio para la desaparición del malestar provocado por la ingesta de alimentos. El ejercicio se vuelve parte central de la vida de la persona, ya que la realización de este más de 1 hora diaria, ocasionaría una desregulación de la rutina diaria de la persona. Esto se mostraría en personas que, aún teniendo una lesión física o una afección médica, siguen practicando el deporte independientemente de los problemas que posteriormente les podrían acarrear. Además, estas personas aumentan el movimiento general físico, por ejemplo, haciendo largas caminatas en lugar de coger el coche o transporte público. La justificación que hacen estas personas sobre estos comportamientos relacionados con el ejercicio es que es saludable y previene de muchas otras enfermedades, como problemas del corazón o derrames cerebrales. Todo esto nos lleva a la conclusión de que para estas personas el ejercicio físico se convierte en una obsesión.

Por último, La obesidad o sobrepeso no es un TCA, pero podría ir unido a uno de ellos, pues padecer este problema podría afectar también a la imagen corporal de la persona. Por ello, es importante hacer mención de este problema.

Existe obesidad cuando las personas (López-Alarcón y Rodríguez-Cruz, 2008), ya sean niños o adultos, pasan el índice normal de masa corporal. En las últimas décadas, se ha aumentado el número de personas que padecen este trastorno, y paralelamente se ha ido aumentando con la evolución de las nuevas tecnologías. Esto nos hace pensar que el que los niños prefieran jugar a videojuegos, antes de salir a la calle a jugar con amigos o ir al parque, está haciendo que la población mundial adquiera unos hábitos insalubres. A los niños de edades pequeñas puede no preocuparle su aspecto físico, pero con la llegada de la adolescencia, los cambios físicos y hormonales, sumado a la presión social sobre el aspecto

físico, pueden producir en estos niños la insatisfacción con su apariencia, cosa que se podría haber frenado en un principio en la infancia, adquiriendo pautas que ayudaran a la correcta alimentación. Si todo esto se frenara se podrían evitar problemas mayores.

Un apartado que tienen en común los TCA de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa con la obesidad, serían los trastornos relacionados con el sueño. Algunas de las personas con bulimia experimentan atracones nocturnos con una posterior amnesia de ella. También se puede dar sonambulismo y narcolepsia (Guilleminault, Billiard, Montplaisir y Dement, 1995). En la obesidad se produce insomnio, apnea e hiperfagia nocturna. En la mayoría de los casos, los individuos se levantan por la noche para comer, tanto consciente como inconscientemente, y presentan sueños estrechamente relacionados con la comida.

1.5 TERAPIAS EMPLEADAS EN LA IMAGEN CORPORAL

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es la terapia mas empleada para la imagen corporal. Está comprendida dentro de las terapias de la Segunda Generación y entiende que los pensamientos, atribuciones, creencias o expectativas, son las causas de los problemas conductuales y emocionales, y que cada trastorno tiene su condición (Álvarez, 2006). Su eficacia ha sido comprobada en numerosos estudios con respecto a la imagen corporal (Rosen, 1995; Rosen, Reiter y Orosan, 1995) e incluso en comparación con medicación (Pérez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo-Vázquez, 2003).

La TCC es una terapia que combina tanto técnicas cognitivas como conductuales, algunas de las cuales serían:

- Reestructuración cognitiva: su finalidad es identificar los pensamientos negativos que tienen las personas, y así evaluar los pros y los contras de esos pensamientos. Además, busca otros pensamientos mas adaptados que puedan sustituir a los anteriores.
- Exposición: el objetivo es que la persona se exponga a las situaciones que producen malestar, y controlar que no haya conductas de evitación.
- Desensibilización Sistemática: se realiza primero en imaginación y luego en vivo. Consiste en crear reacciones incompatibles con una situación que crea malestar, por ejemplo, un estímulo fóbico.

- Prevención de Recaídas: se les hace saber a los pacientes cuales son las situaciones que producen un gran malestar y se les entrena para que sean capaces de afrontarlas.

Con respecto a la eficacia, ésta ha sido comprobada en relación con la imagen corporal en estudios como el de Sánchez-Carracedo, Mora, López, Marroquín, Ridaura y Raich (2004). La selección de los participantes se realizó de un total de 158 estudiantes. Se administró el cuestionario BSQ y el numero se redujo a 44 participantes que estaban por encima del punto de corte (≥ 105) establecido en la adaptación española de Raich et al. (1996). Después de realizar pruebas más exhaustivas, de descartar, derivar y detectar falsos positivos escogieron una muestra formada por 2 grupos de 4 estudiantes universitarios, que no habían desarrollado ninguna patología grave pero que estaban muy preocupados por su físico. Se les administró para la evaluación: Body Shape Questionnaire, BSQ (Cooper et al., 1987), Entrevista para el trastornos dismórfico corporal» (Body Dysmorphic Disorder Examination, BDDE; Rosen y Reiter, 1995), Entrevista para los trastornos de la conducta alimentaria» (Eating Disorder Examination, EDE; Fairburn y Wilson, 1993), Escala de autoestima de Rosenberg» (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSS; Rosenberg, 1979), Inventario breve de síntomas» (Brief Symptom Inventory, BSI; Degoratis y Spencer 1982), Inventario de depression de Beck» (Beck Depresión Inventory, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), además de una prueba de Trazado de Imagen. Se les aplicó un tratamiento de 9 sesiones (ver anexo), realizado por dos psicólogas de la Universidad Autónoma de Barcelona, el cual era una adaptación de Raich et al. (2000) del tratamiento de imagen corporal de Rosen et al. (1995) y de Cash (1990). Cada sesión constaba de un objetivo y se les aplicaban diferentes técnicas. Los resultados obtenidos mostraban una importante mejora en la imagen corporal, la cual se mantuvo entre 3 y 6 meses después de la intervención. Los integrantes del estudio aplaudieron numerosas intervenciones y quedó mostrada su eficacia, porque el IMC no cambió pero, sin embargo, su percepción de sí mismos sí.

1.6 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN LA IMAGEN CORPORAL Y LA SATISFACCIÓN SEXUAL.

La Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999), es una terapia de la tercera generación. Esta terapia aparece en torno a 1990 y es una de las terapias que poseen mayor apoyo.

La ACT, a diferencia de las terapias de primera generación (que no supieron tratar la cognición) y de segunda generación (que abordaron el tema de la cognición, pero el enfoque fue más clínico del que se debía), se basa en un programa contextual funcional centrado en el lenguaje y la cognición, Teoría del Marco Relacional (Hayes et al, 2001). Además, la ACT comparte con otros tipos de trastornos, el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes et al.,1996; Luciano y Hayes, 2001), que se define como un patrón inflexible basado en la necesidad de controlar o evitar los eventos privados. La función que obtendría el patrón, sería la de controlar que no aparezcan ese malestar o los eventos privados que podrían desembocar en ese malestar. El constante control le produciría a la persona un “sin vivir” por eludir ese malestar. El problema que tienen las personas al realizar esto es que, esas actuaciones, tienen un efecto boomerang, en un principio alivian el malestar pero luego vuelve y a largo plazo aumenta.

La Terapia de Aceptación y Compromiso comprende las siguientes características (Luciano-Soriano, 2001):

- Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para la personas.
- Comprende el dolor o sufrimiento como algo normal en el ser humano.
- Define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia hace que se convierta en un sufrimiento patológico.
- Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento.
- Su objetivo es que se flexibilice la reacción de las personas al malestar, es decir, romper el patrón de evitación o la excesiva regulación verbal que permite que la persona evite el dolor y se sienta bien en el momento.
- Implica que la persona tenga claro los valores que son importantes para actuar en función de dichos valores, aceptando la plena conciencia de los eventos privados y la aceptación tantas veces como sea posible.
- Por último, implica aprender a “caer y a levantarse”, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Esta terapia ayuda a que exista una flexibilidad psicológica que puede definirse como la capacidad de estar abierto, centrado en el presente, consciente de ello, y cambiar el comportamiento o persistir en él, cuando hacerlo sirve a la persona para alcanzar los valores y metas que se ha propuesto (Hayes et al. 1999). Esto se conseguiría con la adaptación de la persona a las situaciones con demandas fluctuantes, reconformar los recursos mentales, cambiar la perspectiva y equilibrar los deseos y necesidades de la vida que compiten entre sí (Kashdan y Rottenberg, 2010).

La ACT no busca eliminar los pensamientos “disfuncionales”, ya que no considera que sean problemáticos. El problema reside en que exista una inflexibilidad psicológica que hace que se eviten los estados afectivos vinculados a esta.

Como ya hemos dicho esta terapia ayuda a la flexibilidad psicológica y lo hace a través de seis procesos:

- Aceptación: No es simplemente tolerancia ya que esta palabra significa “admisión o recibimiento de lo que se ofrece”, sino que va mas allá, es el abrazo activo y sin prejuicios de la experiencia del aquí y el ahora. Ese ahora se refiere a la experiencia recién experimentada, no al ahora que existe en este momento (Hayes, 2004). Implicaría la asimilación de los pensamientos que a la persona le resultan desagradables, en el caso de la imagen corporal podrían existir ideas, por ejemplo, al no resultar atractiva para la persona.
- Comportamiento basado en valores: esta parte es la que diferencia la ACT de otras terapias. Aquí se unen los procesos de acción, defusión y aceptación. Los valores son cualidades de la acción y ayudan a la persona a centrar su vida hacia una meta. La aceptación de los valores incluiría la aceptación de que el camino para alcanzarlos puede ser doloroso y que pueden existir barreras para conseguirlo.
- El yo como contexto: lo que se pretende es crear un entorno seguro desde el que experimentar los eventos privados, tanto positivos como negativos. Para trabajarlo se suelen emplear metáforas.
- Desesperanza creativa: aquí es necesario que la persona experimente y compruebe qué es lo importante para ella, tanto a corto como largo plazo. En esta parte de la terapia la persona se da cuenta de que lo realmente importante, es la conducta que la propia persona hace ante determinadas situaciones, lo que produce una desesperanza y hacen que la persona realice acciones que aumentan el malestar ya experimentado.

- Defusión cognitiva: es difícil encontrar una alternativa al control consciente del lenguaje, porque el mismo lenguaje provee de un control consciente para la resolución de problemas. Al considerar que la cognición y el lenguaje es contextual, y este puede cambiar, erosionan la relaciones verbales estrechas que establecen las funciones de estímulo a través del aprendizaje relacional (Hayes et al., 1999). La fusión cognitiva sería lo contrario a la defusión cognitiva. Aquí la persona cree todo lo que piensa, que ese pensamiento es la realidad. Se le enseña a las persona a que aunque existan pensamientos como “Que asco doy, estoy gorda” “Mi pecho condiciona que tenga pareja”, deben ser conscientes de ellos y deben relacionarse con ellos. El objetivo no es que no aparezcan estas ideas, sino que la persona no realice las conductas que realizaría al tener estos pensamientos como dieta o ejercicio. No olvidar nunca que los pensamientos son momentáneos y que no tienen la realidad. Hay que aceptarlos tal y como son y no creerlos de forma literal.
- Compromiso: la ACT busca construir patrones de respuesta flexibles y eficaces, eliminando la fusión cognitiva y evasión cognitiva, como promoviendo patrones que se ajusten a los valores establecidos. Implica avanzar hacia fines valiosos con el compromiso de la persona de dejar de luchar contra los eventos privados y a aceptar que hay cosas que no pueden cambiar a través de la aceptación, defusión y acción directa.

Como ya se ha visto en apartados anteriores, la imagen corporal puede jugar un importante papel en las preocupaciones y distorsiones sobre nuestro propio cuerpo, esto hace que sea tan significativo el empleo de una terapia que una todo lo relacionado con las propias percepciones del cuerpo, y esa es la ACT.

En este trabajo, lo que se pretende es revisar cómo se desarrolla la imagen corporal, cómo afecta que se desarrolle positiva o negativamente esta, relacionándolo con las patologías que pueden surgir en relación a la misma; los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Todo esto podría ser abordado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con el fin de que la persona acepte los pensamientos negativos, trabaje la flexibilidad psicológica y realice un compromiso centrado en los valores que son importantes para uno/a mismo/a.

2. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la realización de este trabajo, fue una revisión bibliográfica. Los estudios utilizados para el mismo fueron encontrados en bases de datos formales, desde 1984 hasta 2019. Las bases de datos empleadas fueron Pubmed, PsyInfo y el buscador Google Académico. Las palabras claves, introducidas en los distintos buscadores, fueron: “terapia de aceptación y compromiso”, “ACT”, “trastornos de la conducta alimentaria”, “ACT e imagen corporal”, “imagen corporal”, “eficacia de ACT en imagen corporal”, “eficacia de ACT en TCA”, “TCA en la terapia de aceptación y compromiso”, “eating disorders”, “acceptance and commitment therapy”, “image body on ACT”, “efficacy of ACT on eating disorders”, “efficacy treatment on image body”.

Se analizaron otras revisiones bibliográficas de las cuales se hallaron estudios empíricos relacionados con esta temática.

Los criterios de inclusión conceptuales y metodológicos empleados para dicho estudio fueron:

1. Estudios en castellano o inglés.
2. Estudios cuyo eje central fueran la “terapia de aceptación y compromiso”, la “imagen corporal” o los “trastornos de la conducta alimentaria”.
3. Estudios en los que se identificara la eficacia de la ACT.
4. Estudios cuyo resultado fuera una mejora después del tratamiento.
5. Estudios de libre descarga.
6. Estudios que tuvieran relacionados la ACT con imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria u obesidad por su relación con dichos trastornos.

Primero, se extrajo de las bases de datos un total de 35 estudios de entre 326 artículos que se presentaron en relación a la temática del trabajo. De esos 35, 1 se encontró en Psycinfo y 34 en Pubmed, debido a que el resto de los resultados obtenidos de Psycinfo no eran específicos con lo que se buscaba o no cumplían los criterios de inclusión. De las referencias bibliográficas de los estudios, se extrajeron un total de 9 estudios. Se seleccionaron un total de 44 artículos para la revisión y se descartaron 38, debido a que la parte central de los artículos no se centraban en lo relevante para este trabajo y a que no mostraban los resultados con certeza. Al final se analizaron un total de 6 estudios.

3. RESULTADOS

Autores	Tratamiento	Muestra	Duración del proceso terapéutico	Medidas para la evaluación	Resultados
Sayyar et al. (2019).	Terapia de Aceptación y Compromiso.	N=64 Rango de edad: 18-60 años.	4 meses divididos en 10 sesiones semanales de 90 minutos.	Cuestionario de información geográfica; BI-AAQ; BAQ; DSM-5.	Mejora en la flexibilidad y conciencia corporal.
Duarte, Pinto-Gouveia, y Stubbs (2017).	ACT y Mindfulness.	N=20 Rango de edad: mayor de 18 años.	4 semanas.	BMI; SCS; EDE; BES; CAAS; BISS; DASS-21; CFQ-FC; BIAAQ; FFMQ; SCS; FSCRS.	Mejora de la flexibilidad y autocompasión con respecto a la imagen corporal y una disminución de la autocrítica.
Juarascio et al. (2013).	Terapia Cognitivo-Conductual y ACT.	N=140 Rango de edad: 18-65 años.	Cada noche con una duración de 60 a 75 minutos durante 28 días.	EDI-3; AAQ-II; EDE-Q; VLQ-II; SCID; DDS; EATDS; PHLMS; EDQOL; DERS; GDS; BSQ; TAQ.	Mejora de la patología alimentaria Evitación experiencial.

Palmeira, Pinto-Gouveia, y Cunha (2017).	ACT, atención plena y autocompasión.	N=73 Rango de edad: 18-55 años.	10 sesiones semanales grupales y 2 sesiones quincenales de refuerzo de 2 horas y 50 minutos.	Entrevista EDE; SCID-I; SCID-II; Análisis médico; Medicación que puede influir en el peso.	Mejora en calidad de vida, disminución en la evitación experiencial y resultados casi significativos en autocompasión y atención.
Cramer, Marcos y Sebastián (2018).	ACT.	N=14 Edad media: 17,93 años.	10 sesiones de 1 hora y 45 minutos semanales durante 2 meses y medio.	BAS; BIAQ; Cuestionario de satisfacción corporal; SF-12; EAQ; MAAS; HADS; AAQ.	Mejora de la conciencia emocional plena, redujo síntomas de TCA.
Pearson, Follette y Hayes (2012).	Terapia de aceptación y compromiso. Lista de espera.	N= 73 Rango de edad= 18-68 años.	Taller de 1 día completo.	EDI-II; EAT-26; MACS-S; PASTAS-S; BANCOS; AAQ; AAQ-W.	Mejora en la insatisfacción corporal, focalización de los valores, disminución del sufrimiento.

Tabla 1: Cuadro-resumen de los estudios de la revisión.

En general, según los resultados obtenidos de los diferentes estudios incluidos en esta revisión de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) sobre la Imagen Corporal y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se demuestra la efectividad de esta terapia en la reducción de los síntomas de estos trastornos.

En el estudio de Cramer et al. (2018), se realiza un registro de distintas variables. Una de ellas es la *Imagen Corporal*, la cual se mide con la escala BAS. Esta escala se centra en evaluar aquellos aspectos positivos relacionados con la imagen corporal en la población adolescente. Todo lo obtenido de esta escala refleja que, tras el tratamiento, los participantes tenían una actitud más favorable y positiva en relación a las características físicas del propio cuerpo. En el caso del BIAQ, el cual evalúa la *Flexibilidad cognitiva y la Aceptación de la propia imagen corporal*, las puntuaciones reflejaron una disminución significativa de las subescalas; Ropa, Actividad Social, Restricción y Acicalarse, además de una disminución también significativa de la puntuación media en esta escala. Todo esto muestra una mayor aceptación de la propia imagen y por ende, una menor evitación corporal.

Por otro lado, también evaluaron la *Calidad de Vida*. Los resultados de esta variable indicaron una mejora en la percepción que los participantes tenían acerca de su propia salud mental y salud física.

En cuanto a la *Conciencia Emocional*, los resultados muestran un incremento significativo de esta variable tras la intervención, además de diferencias considerables en las subescalas; diferenciar emociones y no esconderlas. Estas últimas diferencias señalan una mejora en la identificación emocional y también en la expresión emocional.

Siguiendo con las distintas variables, la escala MAAS, la cual se centra en la *atención plena* y la *conciencia*, encontró diferencias significativas después del tratamiento. Estas diferencias eran un reflejo de la mejora en la atención que muestran los participantes ante el momento presente.

Por último, en cuanto a las dimensiones de *depresión* y de *ansiedad*, se encontraron una mejoría en la primera y diferencias significativas respecto a la segunda, en cuanto a puntuación media, pues esta fue significativamente mayor tras la intervención.

En la investigación de Juarascio et al. (2013), se utilizaron tres situaciones para el estudio: tratamiento con terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), tratamiento habitual más ACT y tratamiento habitual (TAU). En la comparación no se observaron diferencias significativas en la cantidad de cambios observados en las variables de proceso entre las condiciones, aunque los pacientes en la condición ACT se inclinaron hacia mejoras mayores en las puntuaciones de AAQ-II en *evitación experiencial* respecto al grupo de TAU. Se vio que en el postratamiento, gracias a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDE-Q, cuando la condición era la de haber recibido la Terapia de Aceptación y Compromiso, que presentaban mejoras relacionadas con la figura, la apariencias física y en conjunto, en toda la patología asociada a estos trastornos. En relación a la ingesta de alimentos, las puntuaciones obtenidas fueron en el grupo de ACT un 24,88% y en el grupo TAU un 11,90%, lo que supuso que el consumo después del tratamiento aumentó de manera más significativa en los pacientes que habían recibido ACT. También encontraron, que el grupo formado por los pacientes que habían recibido ACT mejoraron en relación a los síntomas y esta mejora se mantuvo en el tiempo más que en el grupo cuyo tratamiento era el habitual. La rehospitalización fue mayor en TAU que en ACT.

La *asistencia a la sesiones* se evaluó como variable en el EDE-Q Global, con el objetivo de averiguar si ésta implicaba una mejoría en la patología de estos trastornos. Los resultados obtenidos muestran una relación positiva entre asistencia y mejora realizada en el postratamiento.

El estudio de Sayyar et al. (2019), utilizó tres grupos para medir las variables; uno control, uno experimental y otro con el tratamiento habitual. Se mostró que la edad no era una variable significativa, ya que, tanto en el grupo control como en el experimental, las edades eran similares.

Los resultados del Inventario de Mindfulness de Freiburg fueron evaluados mediante ANOVA en todos los grupos. La *atención plena* se evaluó, y los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre los tres grupos antes de que se realizara la intervención ($P < 0.05$). Cuando se administró el post-test, se vio una mejora del grupo experimental con respecto al grupo control, al igual que cuando se realizó el seguimiento posterior al tratamiento. En *conciencia corporal* la mejoras fueron mayores en el grupo experimental y en último lugar quedó el grupo control.

En el estudio de Duarte et al. (2017), no se vieron diferencias importantes con respecto a las medidas de autoinforme realizadas a los grupos de intervención y de control ($P_s > 0.050$).

Según el análisis ANOVA, después de la intervención, se redujeron los síntomas de atracones, aspectos relacionados con el peso y la forma, escalas de autocríticas, estrés, entre otros. También se pudo observar gracias a los resultados que, la intervención mejoraba la *flexibilidad psicológica* en relación con la imagen corporal y la valoración positiva de la *atención plena* sobre aspectos corporales.

Las pruebas de rango que se realizaron de Wilcoxon, manifestaron que en el grupo de intervención, la vergüenza por la imagen corporal y la autocrítica disminuyeron significativamente. Sin embargo, aumentó el desarrollo de acciones en la persona de forma segura y consciente.

Después de realizar un análisis de seguimiento, que tuvo una duración de un mes, se vio que los efectos sobre los atracones, la psicopatología en relación a la ingesta de alimentos, la constante evaluación del peso y la forma corporal, los síntomas de depresión y estrés, la fusión cognitiva, la flexibilidad psicológica de la imagen corporal, la autocompasión y las acciones compasivas, se mantuvieron.

Durante el tratamiento, se fue preguntando a los pacientes sobre la *conciencia del presente*, durante la primera semana el 75% notaron un aumento de ésta y un 50% en aspectos relacionados con la comida. Los participantes informaron de que lo realizado en la primera semana, se siguió haciendo durante las siguientes aunque el porcentaje fue disminuyendo. Después de que realizaran el programa, el 87,5 % los participantes informaron de que eran capaces de mantener la conciencia con el presente, y el 93,8 % de los participantes reportaron una mayor autocompasión y conciencia con la comida. Un porcentaje muy alto de participantes informaron de que lo realizado en las intervenciones era muy útil y necesario.

En el estudio de Palmeira et al. (2011), la aceptabilidad fue buena, y los participantes evaluaron como importante e útil la intervención realizada. También se les ayudó a combatir los pensamientos difíciles, lo cual resultó importante para la mejora de la calidad de vida de los participantes.

En un principio, al evaluar a los participantes en el grupo de intervención antes del tratamiento, se vio que la evitación experiencial era alta y que las puntuaciones en calidad de vida y autocompasión eran bajas. Sin embargo, después de la intervención, encontraron una disminución de la evitación experiencial, una mejora en la calidad de vida y la autocompasión con el propio cuerpo estuvo al límite de la significación estadística. En el grupo experimental se produjo una disminución de la angustia psicológica y un aumento en la frecuencia del ejercicio. También se halló que, en el post-tratamiento, las personas que habían sido intervenidas con ACT, realizaban ejercicio 4 o 5 veces a la semana, mientras que los que habían sido intervenidos con el tratamiento habitual solo lo practicaban un día a la semana. Todo ello nos lleva a validar la eficacia de la ACT sobre este tipo de trastornos. Los resultados se obtuvieron del análisis ANOVA.

En el estudio de Pearson et al. (2012), se realizó un análisis de correlación entre el AAQ y el AAQ-W, en el que se obtuvo que, en la mayor parte de los casos, las medidas empleadas correlacionaban entre ellas.

Las actitudes alimentarias evaluadas por el EAT, se mejoraron en la condición de TAC más que en el grupo control. En ansiedad corporal, con el test PASTAS, no se obtuvo ningún resultado significativo en el grupo de tratamiento ($P=0.48$). Sin embargo, al evaluar el pretratamiento y el postratamiento, se vio que la ansiedad corporal no mejoraba en este tipo de preocupaciones después de haber recibido ACT. Con respecto a la preocupación por comer, peso y forma (PEWS), los resultados obtenidos dicen que el efecto no era significativo en relación con el tiempo. Cuando se realizó el post-test se vio que había mejoras y el efecto era significativo ($P=0.02$).

Para evaluar la flexibilidad psicológica se empleó el AA-Q, y se encontró que en la condición de tratamiento no había una mejora significativa ($P=0.85$). Debido a esto, se concluye que la aceptación fue igual antes del tratamiento y después del tratamiento.

Los datos obtenidos antes del post-test muestran que la aceptación fue igual antes que después del tratamiento.

4. DISCUSIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ha resultado eficaz para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) e imagen corporal, según los estudios incluidos en la revisión. Es cierto que dichos estudios presentan limitaciones, como sería el caso del estudio de Sayyar et al. (2019), en el cual, éstas vienen dadas debido a que después de la intervención, no se realizó un seguimiento adecuado de los pacientes. Lo mismo ocurre con el estudio de Pearson et al. (2012), en el que el seguimiento fue de 2 semanas, tiempo que no resulta relevante para verificar los efectos post-tratamiento. Otra de las limitaciones que se presentan en los estudios, es que la muestra no es la adecuada. Palmeira et al. (2018), solamente seleccionaron una muestra de mujeres adultas, por lo que, resulta complicado que esos resultados se generalicen a adolescentes y a adultos. Pearson et al. (2012), también tuvieron problemas con esto, debido a que la muestra que se escogió fue demasiado amplia y debería de haber seleccionado unos criterios de inclusión más exhaustivos. Pero, sobre todo, la mayor limitación que existe actualmente es que hay pocos estudios e investigaciones que prueben la eficacia de ACT sobre los TCA, ya que, en algunos casos lo que se hace es realizar las intervenciones de ACT junto a otros tratamientos como en el caso del estudio de Juarascio et al. (2013).

Uno de los puntos importantes de la ACT es la *atención plena*. Hay varios estudios que muestran que ésta aumenta después del tratamiento. Así se ve en Sayyar et al. (2019), Duarte et al. (2017) y Cramer et al. (2017). Sin embargo, al comparar grupo experimental y grupo de tratamiento habitual en el estudio de Palmeira et al. (2018), parece que no hay diferencias significativas en cuanto a lo que la intervención realiza, pero los investigadores indican que los resultados obtenidos pueden estar sesgados debido a que éstas personas no habían realizado nunca ejercicios de meditación, y los autoinformes que se les habían administrado a los participantes eran difíciles de completar.

Un aspecto central de la ACT sería la *Flexibilidad psicológica*. Se ha demostrado que esta terapia es capaz de que las personas mejoren en este aspecto. Las personas con TCA presentan muchas preocupaciones y pensamientos relacionados con aspectos corporales como la figura o el peso, pero se ha visto que la terapia es efectiva para reducirlos. Además de verse en Duarte et al. (2019) y Juarascio et al. (2013), la eficacia en la mejora de la flexibilidad psicológica queda relegada en Griffiths et al. (2018), quienes señalan que la mejora de esta provoca una mejora en la imagen corporal y, por lo tanto, en la satisfacción de las personas con su propio cuerpo.

En *Conciencia emocional*, la terapia mejoró los resultados del pretratamiento, lo que ayudó a los pacientes a darse cuenta de sus propias emociones (Cramer et al., 2017), a aceptar los pensamientos que podían surgir y que podían producir angustia o sentimientos desagradables, a llevar una vida centrada en los valores importantes para la persona y a mejorar en la patología general de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Duarte et al., 2017).

Aunque esta revisión esté enfocada a los TCA, hablamos también de obesidad porque aunque no sea un TCA, puede estar afectada la imagen corporal de la persona. Pearson et al. (2012), llegaron a la conclusión de que esta terapia se puede generalizar a otras patologías médicas entre las que se encuentra obesidad o hipertensión. Esto se muestra debido a que los resultados obtenidos son favorables y, al aumentar la satisfacción con la imagen corporal, la persona puede mejorar aspectos de su patología. Este autor no comprobó experimentalmente si es cierto o no que la ACT fuera eficaz para otros trastornos, pero si se vio en el estudio de Palmeira et al. (2018), que se realizó sobre población con sobrepeso. Los resultados muestran que hubo una mejora en los pacientes que recibieron la terapia en comparación con los que no la habían recibido.

Otro aspecto importante que se ve en estos dos estudios anteriores, además del de Juarascio et al. (2013), y que coinciden en resultados es la *evitación experiencial*. Antes del tratamiento los pacientes presentaban unas tasas muy altas, pero al medir después del tratamiento se ve que ésta disminuye significativamente.

5. CONCLUSIONES

La población joven es la más propensa a sufrir problemas relacionados con el aspecto físico. Las redes sociales favorecen este tipo de problemas al igual que la sociedad que bombardea constantemente con el “el cuerpo perfecto”, las dietas, la importancia de cuidarse, etc.

Los jóvenes, sobre todo adolescentes, están en un especial riesgo, pues están en una etapa en la que experimentan cambios corporales debido a la pubertad, y empiezan a preocuparse más por el propio cuerpo y a compararse con los demás.

La constante preocupación por la imagen corporal puede hacer que se desarrollen trastornos más difíciles de tratar, como por ejemplo los Trastornos de la Conducta

Alimentaria (TCA) en los que la persona comienza a restringir comidas, en el caso de anorexia nerviosa, o comienza a emplear métodos compensativos después de haber ingerido comida, como en el caso de la Bulimia nerviosa. Los TCA son difíciles de tratar, pero este trabajo ha intentado mostrar la eficacia evidenciada en estudios empíricos de una terapia para la mejora de la imagen corporal y los TCA.

La eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso se ha mostrado eficaz a la hora de abordar trastornos como los TCA y los de la imagen corporal. Estos requieren que se siga investigando, ya que, hay pocos estudios sobre esta terapia en estos trastornos, y el hecho de que los pacientes mejoren más con ACT que con otras terapias, hace ver la importancia de seguir investigando sobre ACT y TCA, y de profundizar más en ella. Los estudios que hay actualmente tienen limitaciones debido a las muestras, por tamaño o por criterios de inclusión, pero según los estudios revisados se prevé un futuro eficaz y esperanzador para tratar los Trastornos Alimentarios con ACT.

Se han encontrado hallazgos relevantes en estudios revisados como en el de Duarte et al. (2017), que relaciona una buena autoconciencia y autocompasión con la disminución de la inmersión de la persona en pensamientos relacionados con la ingesta alimentaria, el peso o figura.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.

Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., y Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud pública*, 11, 568-578.

Amor, L. Á., Roldán, M. J. A., y Cabrera, M. E. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (19), 2051-2069.

Baile Ayensa, J. I., González Calderón, M. J., y Pallares Neila, J. (2012). Propiedades psicométricas de una escala breve de evaluación de la insatisfacción corporal infantil. *Acción Psicológica*, 9(1), 125-132.

Baile Ayensa, J. I., Guillén Grima, F., & Garrido Landívar, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.

Bratland-Sanda, S., Mathisen, T. F., Sundgot-Borgen, J., y Rosenvinge, J. H. (2019). Defining compulsive exercise in eating disorders: acknowledging the exercise paradox and exercise obsessions. *Journal of eating disorders*, 7(1), 7-8.

Calado Otero, M., Lameiras Fernández, M., y Rodríguez Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of clinical and Health psychology*, 4(2), 357-370.

Callaghan, G. M., Duenas, J. A., Nadeau, S. E., Darrow, S. M., Van der Merwe, J., y Misko, J. (2012). An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 16-24.

Cramer, M. M., Marcos, Y. Q., y Sebastián, M. J. Q. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Informació psicològica*, (116), 18-31.

Demarest, J., y Allen, R. (2000). Body image: Gender, ethnic, and age differences. *The Journal of social psychology*, 140(4), 465-472.

Derenne, J. L., y Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic psychiatry*, 30(3), 257-261.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., y Stubbs, R. J. (2017). Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1437-1447.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., y O'Connor, M. (1993). The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.

Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., y Gustafsson, S. A. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of eating disorders*, 4(1), 4-29.

Givehki, R., Afshar, H., Goli, F., Scheidt, C. E., Omid, A., y Davoudi, M. (2018). Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electronic physician*, 10(7), 7008-7016.

González Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. C., Glez Pumariega, S., y García García, M. S. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289.

Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., y Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 1-16.

Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E., López García, E., Banegas Banegas, J. R., y Rodríguez Artalejo, F. (2003). La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 101-110.

Hayes S C, Strosahl K y Wilson K G (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guildford.

Hayes S.C (2004). Terapia de Aceptación y Compromiso, Teoría del Marco Relacional y la tercera ola de terapias conductuales y cognitivas. *Terapia conductual*, 35, 639-665.

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459-489.

Kashdan, T. B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*; 30(7): 865-878.

Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1627-1637.

López-Alarcón, M. G., y Rodríguez-Cruz, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 421-430.

Luciano Soriano, M. C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

Mac Neil, B. A., y Hudson, C. C. (2018). Patient Experience and Satisfaction With Acceptance and Commitment Therapy Delivered in a Complimentary Open Group Format for Adults With Eating Disorders. *Journal of patient experience*, 5(3), 189-194.

Madriz, L. F. V., y Henderson, R. R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso; descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de ciencias sociales*, (138), 101-110.

Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., y García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, 65(6), 579-592.

Moreno González, M. A., y Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.

Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., y Cunha, M. (2017). Explorando la eficacia de una intervención grupal basada en la aceptación, la atención plena y la compasión para mujeres que luchan con su peso (Kg-Free): un ensayo controlado aleatorio. *Apetito* , 112 , 107-116.

Pearson, A. N., Follette, V. M., y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.

Polivy, J., y Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.

Rebuffo, M., Siravegna, M. S., y Medrano, L. A. (2012). Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 22(2), 215-224.

Rodero, M. J., Rivera, R. M. B., Tordera, C. P., y Arbona, C. B. (2005). La escala de estima corporal (BES): Validación de una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(3), 173-192.

Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.

Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., y Raich, R. M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12(3), 551-576.

Sayyar, S., Ghanbari, M. R., Omid, A., Scheidt, C. E., Givehki, R., & Mohammadian, R. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosomatic Symptoms and Mindfulness in Patients With Psychosomatic Disorders. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 79-86.

Schenck, C. H., Hurwitz, T. D., Bundlie, S. R., y Mahowald, M. W. (1991). Sleep-related eating disorders: polysomnographic correlates of a heterogeneous syndrome distinct from daytime eating disorders. *Sleep*, 14(5), 419-431.

Schenck, C. H., Hurwitz, T. D., O'Connor, K. A., y Mahowald, M. W. (1993). Additional categories of sleep-related eating disorders and the current status of treatment. *Sleep*, 16(5), 457-466.

Sierra Puentes, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(1), 46-62.

Thompson, J. K., y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183.

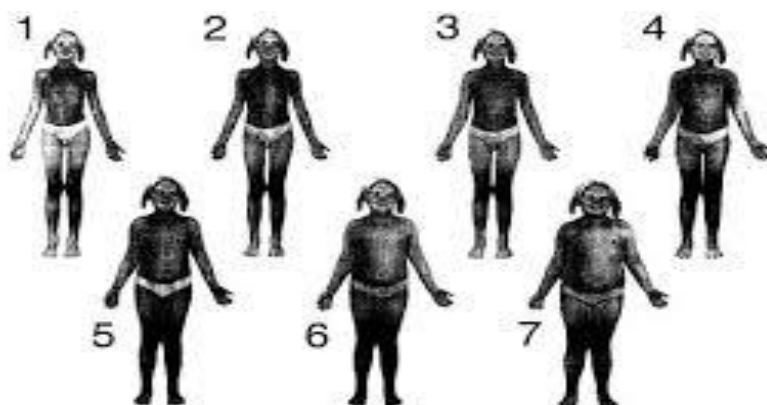
Van den Brink, F., Vollmann, M., Sternheim, L. C., Berkhout, L. J., Zomerdijk, R. A., y Woertman, L. (2018). Negative body attitudes and sexual dissatisfaction in men: The mediating role of body self-consciousness during physical intimacy. *Archives of sexual behavior*, 47(3), 693-701.

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.

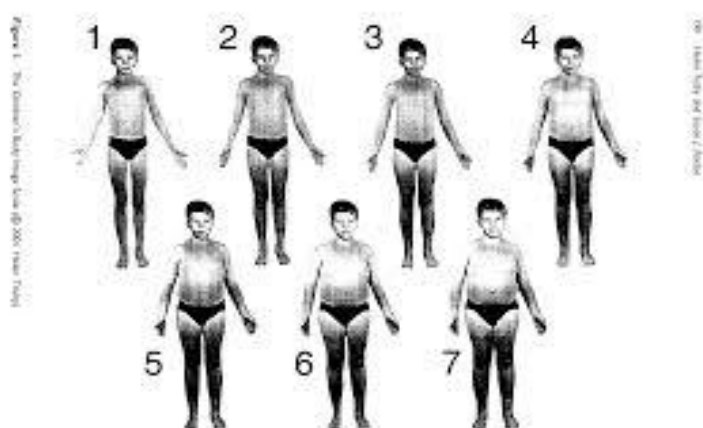
Voelker, D. K., Reel, J. J., y Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 6, 149-158.

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., y Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

6. ANEXOS



Anexo 1: The Children's Body Image Scale for girls, 2002.



Anexo 2: The Children's Body Image Scale for boys, 2002.