

**Los cánones de belleza y su influencia en los trastornos de la conducta
alimentaria: una revisión teórica**

Laia Durán González, Adrián González Caballero y Nieves Gabriela Lynch
García

Tutor: Dr.Manuel González Rodríguez

Dra. Livia García Pérez

Trabajo de Fin de Grado en Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Curso 2022/2023

Resumen

Los estándares de belleza han sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, comenzando con un canon relacionado con la fertilidad y la salud y derivando en un ideal que busca encajar en la sociedad y ser validado por esta. Esto repercute en el incremento de la incidencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA). Si bien estos TCAs son más prevalentes en las mujeres, destaca la visibilización en las últimas décadas de los trastornos en la población masculina y la necesidad de atender a estos con criterios específicos.

A la base de estos trastornos aparecen numerosas cuestiones personales que van más allá de la propia influencia de la sociedad, pero que suponen un riesgo, como la inflexibilidad psicológica o la desregulación emocional, recogidos en numerosos modelos y destacando la Terapia Cognitivo-Conductual Ampliada (CBT-E) de Fairburn et al. (2003) como un modelo transdiagnóstico y de tratamiento.

El objetivo de la siguiente revisión teórica es relacionar los factores psicosociales con las vulnerabilidades psicológicas de la persona haciendo hincapié en cómo la interiorización de estos cánones de belleza tienen un efecto relevante en el desarrollo y mantenimiento de los TCAs.

Palabras clave: trastornos alimenticios, canon de belleza, masculinidad, transdiagnóstico, tratamiento.

Abstract

Beauty standards have been a constant throughout the history of mankind, starting with a canon related to fertility and health and deriving in an ideal that seeks to fit in and be validated by society. This has an impact on the increased incidence of eating disorders (ED). Although these EDs are more prevalent in women, it is important to highlight the visibility in recent decades of these disorders in the male population and the need to address them with specific criteria.

At the basis of these disorders there are numerous personal issues that go beyond the influence of society itself, but that pose a risk, such as psychological inflexibility or emotional dysregulation, which have been included in numerous models, with the Cognitive Behavior Therapy Enhanced (CBT-E) of Fairburn et al. (2003) standing out as a transdiagnostic and treatment model.

The aim of the following theoretical review is to relate psychosocial factors to the psychological vulnerabilities of the individual, emphasizing how the internalization of these beauty canons has a relevant effect on the development and maintenance of ED.

Key Words: eating disorders, beauty standard, masculinity, transdiagnostic, treatment.

Introducción

A lo largo de la historia, la belleza ha sido una cuestión de importancia para hombres y mujeres, tanto en el aspecto de sentirse a gusto en su propio reflejo, como para mostrarse atractivos y ser aceptados por la sociedad que los rodea. Este interés por el bienestar físico puede desencadenar en el desempeño de conductas de peligrosidad cuestionables, desde el uso de sustancias hoy en día consideradas tóxicas hasta las actuales cirugías estéticas y dietas “milagro” restrictivas. Todas ellas están relacionadas con la inexorable dificultad que supone tratar de encajar en unos estereotipos de belleza cuadrículados y excluyentes de la gran mayoría de diversidad de cuerpos, dando lugar a un caldo de cultivo de multitud de trastornos, entre ellos, los trastornos de conducta alimentaria (TCAs).

Los TCAs son una alteración de la conducta normal en relación con los hábitos de alimentación y que pueden variar desde la nula ingesta hasta la presencia de atracones y conductas compensatorias como las purgas o el ejercicio excesivo. Se caracterizan por el miedo a ganar peso o a engordar y por un estado de peso significativamente bajo que suele conseguirse mediante conductas alimentarias restrictivas (DSM-5, APA, 2013), por lo que algunas definiciones incluyen la pérdida significativa de peso como un criterio diferencial. Dentro de los TCAs nos encontramos con: 1) la anorexia nerviosa, que se caracteriza por la restricción en el consumo de alimentos para evitar la ganancia de peso, acompañado de una probable alteración de la percepción del cuerpo; 2) la bulimia nerviosa, consistente en la intersección de episodios de gran consumo de alimentos de forma incontrolada (atracones), y seguidamente la ejecución de conductas peligrosas de purga, fuertemente influenciados por el malestar con la propia imagen corporal; 3) el trastorno por atracón, definido por el consumo de cantidades de alimentos muy superiores a la media del resto de personas y que se da dentro de un periodo determinado y, generalmente, corto pero sin episodios de purga; y otros trastornos especificados y no especificados que derivan de los anteriores (DSM-5, APA, 2013).

Se estima que los trastornos alimentarios afectan al 5,7% de las mujeres adultas y al 2,2% de los hombres adultos en cualquier momento (Galmiche et al., 2019), y las investigaciones recientes sugieren tasas de prevalencia particularmente

altas para todo el espectro de trastornos alimentarios clínicos y subumbrales en adolescentes, con un 32,9% de las chicas y un 12,8% de chicos (Mitchison et al., 2019).

Como se mencionó anteriormente, el culto por la belleza ha formado parte de la idiosincrasia humana desde el principio de los tiempos. Ha sido y continúa siendo un factor de relevancia e influencia en las relaciones interpersonales al determinar la forma de interactuar y de ser vistos en la sociedad, llegando a vincularse con el bienestar psicológico (Juli, 2019), y el éxito profesional y social (Frederick, 2015). Los ideales de belleza, entendidos como imposiciones externas interiorizadas tanto por hombres como por mujeres, han fluctuado a lo largo de los años en pro de las demandas de la sociedad de la época, en búsqueda constante de un espejismo muchas veces inalcanzable. En las sociedades antiguas, se consideraba el ideal femenino como una mujer gruesa, con grandes senos y caderas voluptuosas, relacionadas con la fertilidad, la capacidad de amamantar, y por tanto, con la supervivencia. Esta idea se mantendría en los siglos venideros, pero denotando una señal de clase social superior, en cuanto implicaba el acceso fácil de alimentos, un bien escaso en la sociedad de la época (Gorab e Iñarritu, 2015). Este ideal inalcanzable de belleza y juventud ha afectado históricamente a las mujeres, que han vivido bajo el yugo de las expectativas sociales que las instigaba a mantenerse siempre bellas y deslumbrantes, dejando de lado que fueran cultas o tuvieran cualquier otra virtud (Juli, 2019).

A pesar de lo previamente expuesto, tradicionalmente la idea de belleza se relacionaba más con la masculinidad y la figura del varón joven y atlético (Eco, 2010), representado en su máxima expresión por la estatua del David de Miguel Ángel Buonarroti (1504). Irónicamente, en la sociedad actual se exige de las mujeres la delgadez, mientras que en los hombres se mantiene la imagen de juventud y cuerpo musculado. “Hoy en día, la industria de la belleza se ha convertido en un remedio para cualquier imperfección, cualquier defecto, y quienes se limitan a ser normales corren el riesgo de sentirse inadecuados en comparación con el resto de la humanidad” (Juli, 2019, p.3).

La proyección de los cánones de belleza, promovidos en gran parte por las sociedades de consumo, han tenido un efecto nefasto sobre las conductas de alimentación de las mujeres a lo largo de la historia. Sin embargo, durante los últimos años podemos observar que, como se verá a continuación, también ha comenzado a repercutir en las de los hombres. Estas presiones externas pueden apuntarse como una de las principales responsables del drástico aumento de los diagnósticos de los TCAs, que ya no solo se concibe como un trastorno del género femenino, sino que cada vez es más diagnosticado en los hombres como resultado de los cambios en los roles de género clásicos del panorama social actual. Aunado a las conductas orientadas hacia la pérdida de peso presentes también en las mujeres, encontramos aquellas dirigidas a la ganancia de músculo muy comunes en los hombres. Dichas prácticas pueden conllevar riesgos adicionales asociados al consumo de suplementos o sustancias (legales o ilegales) que pueden poner en riesgo la salud de los que la consumen. Este tipo de comportamientos se dan sobre todo en adolescentes y hombres jóvenes, aunque también se puede observar en mujeres, pero en mucho menor medida (Ganson y Rodgers, 2022).

Las demandas sociales pueden llevar a la adopción de modelos de alimentación que permitan tener un control sobre el peso, distorsionando la imagen corporal y derivando en trastornos psicopatológicos de la alimentación como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. Además, se han observado ciertas psicopatologías comórbidas que pueden presentar los pacientes con diagnóstico de TCAs, como la depresión, la ansiedad o el trastorno límite de personalidad, asociadas además con un elevado nivel de autocrítica (Luyten et al., 2007). Esta coexistencia ha dado lugar al surgimiento de diferentes modelos teóricos que pretenden aportar explicaciones sobre los orígenes de este problema de salud mental. Los modelos transdiagnósticos de los TCAs muestran que existe una predisposición a tener estos trastornos como resultado de la interacción entre variables personales, familiares y culturales. Específicamente, se ha encontrado influencia de factores biológicos de tipo genético, endocrinológico y metabólico, junto a una mayor vulnerabilidad por parte de las personas que padecen otro tipo de psicopatología (Blinder, et al., 2006).

Existen al menos 10 modelos teóricos (ver Anexo 1) que han propuesto intervenciones eficaces (véase para una revisión p. ej, Pennesi y Wade, 2016), donde los factores de riesgo comunes a esos modelos son la preocupación por el peso y la figura, las dificultades en la regulación emocional, los déficits de autoestima y los problemas interpersonales (Pennesi y Wade, 2016). De esos modelos, uno de los más relevantes es el modelo de Terapia Cognitivo Conductual Ampliada para los Trastornos de la Conducta Alimentaria, el CBT-E (*Cognitive-Behavioral Therapy Enhanced*) desarrollado por Christopher Fairburn en 2008. Esta teoría deriva de las conclusiones extraídas en un modelo previo del mismo autor (Fairburn et al., 2003), ampliando los factores de mantenimiento específicos de la Bulimia Nerviosa (CBT-BN) para llegar a dicho modelo transdiagnóstico de los TCAs. El modelo incluye factores como el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, marcadas dificultades interpersonales y la intolerancia al estado de ánimo como los mecanismos subyacentes que originan y perpetúan la condición de los TCAs. Algunos autores enfatizan el papel de la desregulación emocional como un factor de importancia sobre todo durante la adolescencia, momento en el que se produce una elevada agitación emocional como la típica en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (Nagl et al., 2016; Rapee et al., 2016).

Otro modelo explicativo que cobra importante relevancia en el panorama actual de los trastornos de la alimentación es el modelo transdiagnóstico MANTRA (The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, El modelo Maudsley para la anorexia nerviosa. Tratamiento para adultos). El modelo MANTRA postula la existencia de cuatro factores de mantenimiento de los trastornos alimentarios: 1) un estilo de pensamiento inflexible; 2) desregulación emocional; 3) problemas en las relaciones interpersonales; y 4) las creencias pro-anorexia (Schmidt et al., 2014).

Como propuestas de tratamiento, presentamos dos modelos de abordaje terapéutico: el CBT-E basado en la terapia cognitivo conductual y el Protocolo Unificado, enfocado en los trastornos afectivos.

En los TCAs existe una alteración cognitiva caracterizada por una sobrevaloración de la alimentación y la imagen corporal. Para cambiar estas

creencias disruptivas y las conductas asociadas, el CBT-BN se basa en la terapia cognitivo conductual para crear un tratamiento transdiagnóstico de los factores de mantenimiento de la conducta. Este tratamiento ha sido diseñado para el abordaje de todos los trastornos incluidos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, donde el diagnóstico específico no es lo más relevante pudiendo ser práctica en condiciones ambulatorias por cualquier terapeuta especializado. Se organiza en una presentación de 20 sesiones (o 40 sesiones para aquellos que mantienen un peso significativamente bajo), aplicadas siempre de forma individual. Este tratamiento ha obtenido al menos un 40-50% de recuperación total en estudios específicos sobre la bulimia nerviosa (Fairburn et al., 2003).

Otro modelo prometedor de tratamiento es el Protocolo Unificado (PU) propuesto por Barlow et al. (2011). Este modelo de tratamiento se basa en las teorías de los trastornos afectivos, a diferencia del modelo CBT-E, y hace un especial énfasis en características compartidas y solapamientos neurobiológicos como base de los trastornos de la conducta alimentaria (Wilanowska et al., 2010). De esta forma, se hace hincapié en la reducción del neuroticismo y en la mejora de la regulación de las emociones. El PU presenta una mejora significativa de la ansiedad y depresión (Ruscio et al., 2007), repercutiendo en una disminución de las tasas de abandono del tratamiento en personas que presentan comorbilidad con otro trastorno mental. Además, este protocolo ha mostrado también resultados muy positivos en el tratamiento de diversas psicopatologías como la ansiedad o la depresión, trastornos altamente relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, lo que podría significar que su eficacia puede ser extendida al tratamiento del propio trastorno de alimentación (Barlow et al., 2017).

En esta revisión teórica se pretende analizar los diferentes aspectos que pueden influir en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente centrándonos en la influencia de los cánones de belleza culturales en la construcción de estándares inalcanzables o irreales, y en los factores que suponen una vulnerabilidad para el trastorno, así como mostrar una propuesta eficaz en la intervención incidiendo en los mencionados aspectos.

Evolución de los cánones de belleza e influencia en los trastornos de la conducta alimentaria

La búsqueda de información para la siguiente revisión teórica se ha llevado a cabo haciendo uso de motores de búsqueda del ámbito académico como Google Academy, Punto Q de La Universidad de la Laguna, la biblioteca científica Scielo y de la editorial científica Elsevier en su modalidad online. Para su búsqueda se ha hecho uso de las palabras clave trastornos de la conducta alimentaria, transdiagnóstico, cánones de belleza, masculinidad, entre otros. Como criterios para la búsqueda se ha hecho un filtro inicial de los artículos publicados en los últimos 10 años, aumentando este criterio para aquellos artículos cuya información sigue vigente en el momento actual, habiéndolo comprobado con otros artículos científicos o revisiones actuales.

Las sociedades han perseguido la belleza como una expresión absoluta de la feminidad y masculinidad, tratando de alcanzar el reconocimiento y la aceptación de sus iguales. La asociación de lo “bello” con “lo que está bien”, resultante de esta socialización, está presente en la búsqueda de lo culturalmente entendido como perfecto (Eco, 2010), que si bien cambia a lo largo de las épocas, mantiene su estatus de relevancia en la concepción de cómo debe ser un hombre o una mujer. Este hecho está ligado a diversas prácticas y conductas, muchas veces perjudiciales, que las sociedades ejecutan con el único fin de alcanzar un ideal que muchas veces resulta ser ilusorio (Ganson y Rodgers, 2022). En nuestra sociedad moderna, esto ha ido cada vez más allá y se ha convertido en una lucha sin sentido contra la propia naturaleza humana.

Las dinámicas y los comportamientos de las sociedades son los responsables de los cambios propiciados en los cánones de belleza, primordialmente el femenino, por lo que no es descabellado considerar la belleza como un factor dinámico y subjetivo a lo largo del tiempo que se encuentra en constante evolución (Vigarello, 2005). Por ello, es interesante entender su desarrollo a lo largo de la historia, y cómo impactan las influencias de las épocas más remotas en las ideas cimentadas de la belleza que tenemos hoy en día.

Las comunidades de los primeros humanos estaban centralizadas en la supervivencia de la especie, basada en la capacidad de reproducción y de provisión de alimento (Gorab e Iñárritu, 2015). En ese sentido, la cantidad de grasa corporal implicaba una mayor disponibilidad de nutrientes y energía ante las hambrunas, y una mayor protección ante climas despiadados. Aplicado hacia las mujeres, no solo estos aspectos eran valorados para su propia supervivencia, sino que también serían beneficiosos para su descendencia. De esta forma, la gordura se entendería como un signo de salud, fertilidad y buena lactancia, y su vinculación en sociedad a conceptos como la maternidad, la sexualidad y el atractivo físico (Frederick et al, 2015), representado artísticamente en las figuras voluptuosas de las Venus paleolíticas con senos y caderas prominentes. En el caso de los hombres, su papel como defensores de las tribus y principales sustentadores de alimento implicaba la necesidad de demostrar la aptitud para llevar a cabo estas actividades, reflejados en la musculatura marcada como ejemplo de fuerza física (Gorab e Iñárritu, 2015). A pesar de la primitividad de estas ideas, están a la base de las futuras transformaciones que sufrirán la valoración que se le da a la forma de los cuerpos, y por tanto, su papel en las sociedades venideras.

El concepto de belleza nace tradicionalmente en la Grecia y Roma clásicas, con su máxima expresión en las obras de arte escultóricas. Sin embargo, esta belleza no se entendía como una cualidad aplicable al ser humano como tal, sino a cuestiones más abstractas que la apariencia física de las cosas (Eco, 2010). Aun así, se persiste en la búsqueda por la perfección en el equilibrio de las formas y las proporciones en las representaciones artísticas. Aunque estos ideales han ido cambiando en respuesta a las exigencias sociales, lo que explica por qué las reglas tradicionales de las obras clásicas no se corresponden en cierta medida con los cánones actuales de las sociedades occidentales (Konstan, 2012), muchas veces se apela a la belleza griega como un objetivo potenciado por los intereses comerciales en nuestra sociedad actual (Bernardo, 2003).

Es en el Renacimiento cuando resurgen las influencias de la época clásica, al retomar los arquetipos de belleza inspirados en los textos y obras clásicas, aplicándolo a la imagen del hombre y la mujer (Konstan, 2012), como una referencia de que es bello y que es feo. Es en este momento de la Edad Media cuando la

figura de la mujer toma importancia frente a la concepción previa de figura diabolizada y menospreciada dentro de la sociedad (Vigarello, 2005), ejemplificada como el “mal” gracias a los relatos bíblicos que narran la belleza de Eva y su relación con el castigo divino (Cabanilles, 2004).

Siguiendo en esta línea, es importante destacar el papel de la dominación de la masculinidad hegemónica de la Edad Media sobre las mujeres, haciendo que la belleza se relacione con la pureza y la virginidad; hecho muy alejado de la actualidad, aunque muy relacionado aún con la presión social imperante sobre la mujer (Vigarello, 2005). En este momento histórico, las exigencias en torno a la apariencia física comienzan a hacerse más imperantes, especialmente en el caso de la mujer. Se idealiza la mujer de tez pálida, rostro simétrico y senos marcados, centrando la belleza en la voluptuosidad de la parte superior del cuerpo y dejando de lado a las piernas que pasan desapercibidas y son tapadas (Vigarello, 2005). Además, la escasez de alimento y la presencia de enfermedades epidémicas elevó la presión social por verse de una determinada manera a la aristocracia, que eran los únicos con los recursos y el tiempo suficiente para invertir en el culto a la imagen personal. De esta forma, la belleza se alejó de las clases bajas para pasar a ser considerada un símbolo de estatus social y de nobleza (Gorab e Iñarritu, 2015).

En la Edad Moderna, el concepto cambia ligeramente al introducirse un ensanchamiento de la figura femenina descrito como un amontonamiento de elementos. También, toman importancia los ojos, reafirmando el criterio de belleza de la parte superior del cuerpo frente a la inferior, al igual que en la Edad Media (Vigarello, 2005).

Posteriormente, con la llegada de la Edad Contemporánea y los movimientos liberalizadores de la sociedad tal como se conocía hasta el momento, se produjo un momento de avance y progreso que trajo consigo un doble rasero, al crear nuevas formas de atadura modernas que siguen hasta nuestros días. Las sociedades industrializadas provocaron nuevas necesidades y potenciaron la búsqueda de la belleza con la aparición de los nuevos cosméticos y procedimientos de cirugía estética para cambiar el cuerpo, sin tener en cuenta los efectos sobre la salud mental y la identidad de las pacientes (Heredia y Espejo, 2009). Con la aparición de los medios de comunicación como forma de transmitir estos falsos estándares,

sumado a las nuevas técnicas, muchas veces atroces, de modificar la estética humana, se consolidó el canon de belleza actual en todo el mundo. Este ideal de belleza femenino está conformado por un cuerpo delgado, joven y con abdomen plano, de piel tersa y bronceada (Perez y Romero, 2010), como fruto de la mediatización de cuerpos femeninos considerados como las chicas “it” del momento. Se pueden destacar figuras como la conocida “sex symbol” de su época Marilyn Monroe, la famosa modelo Twiggy de los sesenta, las supermodelos instauradoras del movimiento “*heroin chic*” de los 2000, Kate Moss o Claudia Schiffer, hasta la promoción de cuerpos curvilíneos sólo accesibles a través del quirófano como Kim Kardashian hasta hoy. La popularización de estilos de cuerpo como tendencias de moda pasajeras ha aumentado considerablemente en nuestros días, hasta el punto de que ser curvilínea o delgada sea una cuestión tan superficial como elegir un accesorio acorde a la moda del momento.

Esta globalización ha instaurado un estándar de belleza principalmente occidental (sobre todo de Europa y Estados Unidos) como hegemónico en todo el mundo, erradicando las diferencias culturales y promoviendo una única imagen de belleza perfecta (Frederick et al., 2007). En su artículo de 2015, Frederick et al. informa de la preferencia de mujeres procedentes de sociedades no industrializadas por las figuras más anchas y gruesas, otorgando valor positivo a la gordura, en un estudio anterior en la década de los cincuenta (Ford y Beach, 1952). Esta perspectiva cambia radicalmente al llegar la década de los noventa, con el mismo colectivo manifestando una creciente preocupación por el peso y la forma del cuerpo; aunque no identifican la delgadez como algo bello, si la entienden como un factor clave de éxito en la sociedad contemporánea (Frederick, 2015).

Esta popularización ha sido bombardeada desde todos los ámbitos posibles: desde la influencia de la muñeca Barbie como reflejo de las creencias occidentales de feminidad (Maluenda Toledo, 2010), como a través del cine o la publicidad de todo tipo en la que se enfatiza la restricción calórica y la belleza en la mujer, y la fijación por la fortaleza y el desarrollo de la musculatura en los hombres (García-Ochoa, 2014). Además, estas imágenes de cuerpos sin imperfecciones en muchas ocasiones se derivan de manipulación fotográfica, donde se modifican aspectos como la silueta, los signos de la edad o las imperfecciones (Alandete,

2011). La creación artificial de estos ideales de belleza son aún más inaccesibles puesto que son antinaturales, dando lugar a un círculo vicioso de expectativas que son imposibles de cumplir (Arana, 2016).

Todo ello dará lugar a la toma de acciones perjudiciales para uno mismo, no solo en cuestión de mayor o menor consumo de alimentos, sino en la práctica de una gran variedad de ejercicios que tendrán como fin la modificación del cuerpo en pro de esos ideales. Ya desde la antigüedad, especialmente desde Egipto y posteriormente adoptado por Grecia y Roma se observaba un interés especial por la cosmética como forma de autocuidado y preservación de la juventud (García-Ochoa, 2010). Y en la época renacentista, se destacaba el uso de cosméticos como el plomo y el arsénico para blanquear la tez, el mercurio para teñir los labios de rojo, o la belladona para dilatar las pupilas, y se llegaban a usar sanguijuelas para conseguir una mayor palidez, o ingerir solitarias para reducir el peso (Den Hartog, 2020). A pesar de que actualmente se tiene un mayor acceso al conocimiento, esto no implica que no se continúen realizando acciones cuestionables para conseguir los objetivos deseados en cuestión de peso y apariencia. Las dietas milagro, la ingesta de laxantes o drogas que quitan el hambre y favorecen la pérdida de peso, o los suplementos alimenticios de desarrollo muscular son algunos ejemplos de prácticas que pueden poner en riesgo la salud de las personas.

Los ideales de belleza actuales no se corresponden con las demandas reales de una vida saludable como se ha implantado en el imaginario colectivo, sino que abastecen los caprichos de las sociedades de consumo que se benefician de ellos (Bernardo, 2003). Tal es así, que actualmente constituyen el principal factor de riesgo psicosocial en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

Trastornos de la conducta alimentaria en hombres

Durante mucho tiempo, se consideró que los hombres no podían sufrir trastornos alimentarios y fueron relegados de los estudios que pretendían establecer criterios diagnósticos, por lo que los criterios existentes hasta mitad del siglo pasado solo fueron útiles con población femenina. Incluso se pensaba que la pérdida de peso en los hombres no correspondía con un criterio de anorexia nerviosa, sino que

se relacionaba con otras patologías psiquiátricos como la depresión (Murray, 2021), llevando a una mala praxis en el diagnóstico y en el tratamiento del trastorno mental. No sería hasta la década de los 80 cuando se comienza a reconsiderar la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres, seguido de una investigación sistemática a principios de los 90 que demostró que los TCA tienen un incidencia en los varones de entorno al 10% del total de los pacientes (Murray, 2021).

Los hombres se encuentran con el doble estigma de padecer un trastorno alimentario y ser hombres, cosas consideradas incompatibles que, en muchas ocasiones, imposibilitan el diagnóstico y el tratamiento del trastorno. Esta falta de visibilización de los hombres en la investigación científica de los TCAs hace que los protocolos de tratamiento y alimentación estén basados en los parámetros originalmente ideados para las mujeres, dificultando la recuperación nutricional de los primeros (Whitelaw y Nagata, 2021).

Los estudios sobre la imagen corporal y el malestar relacionado con la percepción peso/forma en los hombres ha demostrado que no se da de la misma manera en hombres que en mujeres, como se creía en un primer momento. Mientras que en las mujeres aparece la preocupación por la delgadez y el peso, en los hombres se establece un ideal mesomórfico relacionado con una musculatura bien desarrollada y bajos índices de grasa corporal. Estas diferencias están explicadas en gran medida por las presiones sociales a las que se someten ambos géneros, siendo los hombres orientados a tener un cuerpo fuerte y desarrollado que exprese el ideal de masculinidad socialmente compartido, presiones que acaban siendo internalizadas desde la adolescencia, convirtiéndose en potenciales aquejados de TCAs (Tylka, 2021). Las distinciones en los ideales de belleza perseguidos por ambos géneros produce también diferencias cruciales en las cogniciones, sentimientos y comportamientos relacionados con los patrones desadaptativos de alimentación. La presentación del ideal masculino se encaja dentro de la visión de la belleza occidental, considerando que el hombre debe verse fuerte y musculado, mientras que la mujer debe encajar en cuerpo delgado y cuidado. Lejos de desaparecer con el tiempo, este ideal se ha incrementado con la

proliferación de las redes sociales y las expectativas de los propios usuarios que las utilizan (Cunningham et al., 2021).

Si bien los protocolos diagnósticos que existen en la actualidad están más centrados en el diagnóstico de los trastornos en las mujeres, existen factores comunes que nos explican la presencia del trastorno en ambos géneros. Entre estos factores se encuentra el perfeccionismo, las dificultades en la relación interpersonal, la baja autoestima y, sobre todo, las dificultades en la regulación emocional, tal como recoge el modelo transdiagnóstico CBT-BN (Fairburn, 2003).

La desregulación emocional se ha visto que está ampliamente relacionada con la patología alimentaria en todos los géneros (Lavender y Anderson, 2010), con un papel fundamental en la percepción de la imagen corporal. Se ha encontrado que esta desregulación emocional es un eje central en la dismorfia muscular propia de las muestras masculinas (Cafri et al., 2006). Concretamente, es durante la adolescencia cuando aparece la preocupación por el peso/forma (Bartholdy et al., 2017), hecho que también se ha encontrado en varones adultos (Rufino et al., 2018). Además, es también cuando más impacto tienen los problemas emocionales, siendo una etapa fundamental en la prevención del riesgo del padecimiento de TCAs en varones.

Evaluación y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria

Establecer el diagnóstico de un TCA supone un desafío, pues los jóvenes adolescentes que en mayor medida lo sufren tienden a ocultarlo y negarlo en contra de cualquier evidencia. Los criterios clínicos que definen el diagnóstico de un TCA se encuentran recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V) y Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, undécima edición (CIE-11).

El diagnóstico de los TCAs se basa en la entrevista clínica, complementada con una exploración física, psicopatológica y conductual, con el objetivo de valorar las alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas existentes. Es, por tanto, esencial llevar a cabo una buena anamnesis, es decir, una historia clínica completa. Esta debe dirigirse a indagar en el comportamiento ante el acto de comer, la posibilidad de restricción alimentaria, su duración temporal, cantidad y calidad de

alimentos ingeridos, así como en la existencia de cuadros de atracones, conductas purgativas y otros mecanismos compensatorios, siendo recomendable el contrastar la información que aporta el paciente con la que ofrezcan familiares y personas próximas al mismo (Candela et al., 2018).

Los principales instrumentos para el proceso de evaluación son las entrevistas semiestructuradas y los cuestionarios autoaplicados. Asimismo, se deben tener en consideración otras medidas como el índice de masa corporal (IMC), la preocupación por la imagen corporal o la comorbilidad con otros trastornos.

Una de las entrevistas semiestructuradas más fiables y mejor validadas para el diagnóstico de TCA es la 12ª edición del Eating Disorder Examination (EDE-12) de Cooper y Fairburn (1993) elaborada a partir de la Evaluación de los Trastornos de La Conducta Alimentaria, EDE (*Eating Disorder Examination*) desarrollado originalmente por Cooper y Fairburn (1987). Esta entrevista, basada en los criterios diagnósticos definidos por el DSM-IV y la CIE-10, se compone de 62 preguntas que hacen referencia a los últimos 3 meses.

En cuanto a los cuestionarios autoaplicados, el Cuestionario de Evaluación de los Trastornos de La Conducta Alimentaria, EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*), desarrollado por Fairburn y Belgin (1994), ha demostrado ser una herramienta válida y fiable. Así lo corrobora el estudio de Aardoom et al. (2012) en el que se concluye la validez de dicho cuestionario para identificar sujetos con conductas de riesgo para los TCAs. De igual manera, Luce y Crowther (1999) y Peterson et al. (2007) encontraron en esta prueba una consistencia interna excelente. El EDE-Q consta de 36 preguntas, más dos exclusivas en el caso de ser mujer (ver Anexo 2). Este test evalúa 4 subescalas: restricción, preocupación por la comida, por la silueta y por el peso. La puntuación total se obtiene con la media de las 4 subescalas, siendo esta como máximo de 7 puntos; una puntuación mayor o igual a 2,3 orienta sobre un posible TCA (Pérez Martín et al., 2021).

Existen, por supuesto, otros cuestionarios autoaplicados ampliamente validados y utilizados, como el Test de Actitudes Alimentarias, EAT-40 (*Eating Attitudes Test*) de Garner y Garfinkel (1979) que, posteriormente, se redujo a 26 reactivos, dando lugar al EAT-26. Los reactivos del EAT-26 se completan mediante

una escala de seis puntos tipo Likert. Los ítems del EAT pueden agruparse en tres subescalas: dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación y, por último, trastornos psicobiológicos.

Los autores sugieren recurrir a los sucesivos puntos de corte para identificar a las personas con TCAs. En este caso, Garner y Garfinkel (1979) sugieren un punto de corte de 30, y para la versión española, Castro et al. (1991) proponen un punto de corte de 20 (Losada y Marmo, 2013). La validez de este cuestionario ha sido remarcada en diversos estudios e investigaciones como el de Rivas et al. (2010) o el de Constaín et al. (2014).

De mano de este mismo autor, destaca también el Inventario de Trastornos Alimentarios, EDI-3 (*Eating Disorder Inventory-2*) (Garner, 2004). Esta prueba, constituye una versión mejorada de sus predecesores el EDI y el EDI-2 (Garner et al., 1983 y Garner, 1991) y así lo corroboran estudios como el de Segura García et al. (2015), que establece una comparación entre la eficacia del EDI-2 y el EDI-3, demostrando la superioridad experimental de este último. De igual manera, el estudio de Rutzstein et al. (2013) concluye que se trata de un instrumento estructuralmente válido para la evaluación de riesgo de trastorno alimentario en población general y, en consecuencia, su detección temprana. El inventario está conformado por 12 subescalas: nueve escalas psicológicas generales (alienación personal, baja autoestima,) y tres específicas de los TCA (motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la imagen corporal, desconfianza interpersonal, inseguridad interpersonal, déficits interoceptivos, desregulación emocional, perfeccionismo, ascetismo, miedo a madurar). Además, el EDI-3 incorpora 3 escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia e impresión negativa) que permiten detectar patrones de respuesta inconsistentes o extraños que alerten sobre la validez de los resultados.

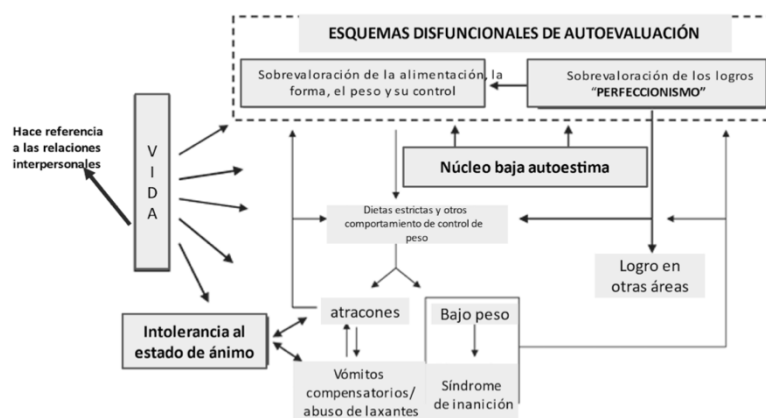
Modelos transdiagnósticos explicativos de los TCAs

El modelo CBT-BN (*Cognitive Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa*, o Terapia Cognitivo-Conductual para Bulimia Nerviosa) de Fairburn et al., (2003) es un modelo teórico y con aplicación terapéutica, basado en la Teoría Cognitivo Conductual como se observa en la Figura 1, que explica los problemas de la

conducta alimentaria resaltando la existencia de una serie de factores vinculados a la aparición y desarrollo del trastorno, y especialmente, a la perpetuación del mismo. El pilar clave del modelo se encuentra en la evaluación negativa que las personas realizan de sí mismas, generalmente enfocando como medida principal de valor personal cuestiones referentes a la apariencia física (como el peso numérico o la forma corporal) y a los hábitos alimentarios que pueden tener efectos sobre ella. Así mismo, se teoriza que la interiorización de estos baremos está relacionada con la sensación de control que se cree tener sobre los mismos, pudiendo llevar a cabo conductas de ingesta inadecuadas que producen cambios visibles en su cuerpo, y así tener un control directo sobre su propia fuente de autoestima. Esto se explicita en conductas como restricción calórica de alimentos, exceso de ejercicio físico, toma de laxantes u otros elementos purgantes, como la inducción al vómito, entre otros.

Fairburn et al., (2003) encuentra que existen cuatro factores relacionados con el transdiagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, que se encuentran en otros trastornos de salud mental, y que se relacionan con la falsa sensación de control referida anteriormente: 1) en el perfeccionismo desadaptativo, con el establecimiento de metas irreales y el consecuente criticismo que conlleva; 2) en la desregulación emocional, empleando las conductas de atracón como forma de neutralizar las emociones intensas; 3) en la baja autoestima de base, que perpetúa visión negativa del yo y promueve acciones contra uno mismo; 4) y en las dificultades en las relaciones interpersonales, que puede retroalimentar de forma negativa las creencias erróneas de la persona sobre sí misma.

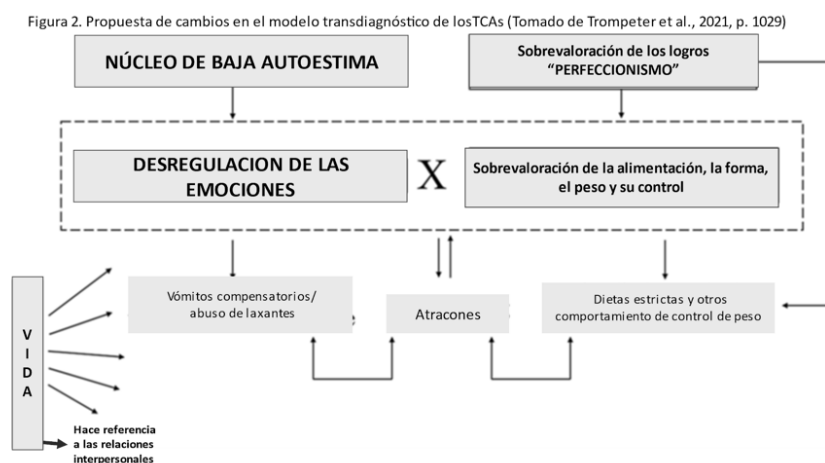
Figura 1. Representación gráfica de la teoría transdiagnóstica del mantenimiento de los trastornos alimentarios



El perfeccionismo clínico, entendido como una extensión desadaptativa del perfeccionismo que ocasiona sufrimiento, se define como el establecimiento de estándares de ejecución personal muy altos regulados por un conjunto de normas estrictas, que son prácticamente imposibles de alcanzar y que conllevan un alto grado de autocrítica al respecto (Arana, 2016). Estos estándares se forman en ámbitos de la vida que resultan importantes para la persona (Eum y Rice, 2011), por lo que implican un fuerte temor al fracaso. La existencia de discrepancia entre el yo ideal (determinado por los estándares inalcanzables) y el yo real dará lugar a una percepción de incapacidad que tiene el individuo para lograr sus propias metas (Caputto et al., 2015), que incide directamente en su autoestima y capacidad personal. Adaptado a los TCAs, se entienden como metas a alcanzar una figura-forma corporal determinada y peso expresado en términos numéricos, regulados por los hábitos alimenticios. Al no alcanzar las expectativas previstas, se dará paso a altos niveles de autoevaluación negativa al considerarse responsables de su fracaso, nunca cuestionando si sus metas son irreales; y perpetuando las conductas de restricción alimenticia. Por ello, el perfeccionismo clínico es un factor de importancia específicamente en el mantenimiento de la anorexia nerviosa (Fairburn et al., 2003).

Por otro lado, las habilidades de regulación emocional tienen su origen en la infancia (Boldt et al., 2020) y por ello, están a la base del desarrollo de psicopatologías diversas (Aldao et al., 2016) que pueden aparecer a lo largo de todo el ciclo vital de la persona. Específicamente en los TCAs, recientes análisis han arrojado que los pacientes con TCAs usan el trastorno como un control de las emociones (Henderson et al., 2019), definiéndose como una forma desadaptativa de hacer frente a estados emocionales intensos, tanto negativos como la ira, la ansiedad o la depresión, como incluso positivos (Fairburn et al., 2003). Esta incapacidad, descrita como intolerancia al estado de ánimo en este modelo, puede desembocar en conductas de atracón (Macht, 2008). Continuando en esta línea de investigación, estudios novedosos han considerado como factor de mayor relevancia la desregulación emocional (Trompeter et al., 2021), que no solo amplía el rango de influencia de las emociones en los trastornos de conducta alimentaria incluyendo el reconocimiento y aceptación de las propias emociones (Gratz y Roe-mer, 2004), sino que se ve vinculada a comportamientos específicos del

trastorno, como el ejercicio excesivo o la restricción alimentaria (Trompeter et al., 2021). Según la renovación del modelo planteada por esta autora, la desregulación emocional está presente en el resto de factores del modelo, especialmente si se considera como una consecuencia de la baja autoestima central, tal como podemos observar en la Figura 2.



La baja autoestima central (*core low self-esteem*) se define como la autoevaluación negativa y pesimista de uno mismo que se manifiesta como permanente e imperturbable ante las variaciones de conducta dentro de su trastorno (Fairburn et al., 2003). Se diferencia de la autoevaluación negativa explicada anteriormente como consecuencia de la autocrítica en cuanto esta valoración tan pesimista no viene determinada por la consecución o no de las metas personales de peso y forma, sino que forma parte de la identidad de la persona y está vigente en todas las áreas de su vida. La presencia de dicho factor no solo dificulta la adherencia al tratamiento, sino la eficacia del mismo, por lo que favorece tanto las recaídas como la cronicidad del trastorno en uno de cada cinco casos (Keel y Brown, 2010), especialmente en casos de anorexia nerviosa.

En estudios más recientes, otros autores también destacan la influencia de la autoimagen negativa (Monell et al., 2021) como factor de mantenimiento junto a la desregulación emocional. Este concepto recoge, además de la baja autoestima (como la valoración en términos afectivos de amor propio) y la elevada autocrítica (entendida como culpa o ataque hacia uno mismo), las acciones desadaptativas que se realizan hacia y para sí mismo (Benjamin, 2018). Adaptado a los trastornos de conducta alimentaria, se puede interpretar dichas acciones como la ejecución de

conductas peligrosas como la restricción de alimentos o la purga. Las dificultades interpersonales también influyen en el desarrollo en detrimento de la autoimagen, en cuanto se puede ver retribuida tanto por la calidad de las respuestas que recibe de su entorno (Linehan, 1993) como por las interpretaciones que realiza la persona de sus interacciones con otros (Sullivan, 1953).

Por último, además de las implicaciones ya mencionadas sobre la autoestima, las dificultades en las relaciones interpersonales están comprendidas dentro del modelo como un factor de mantenimiento aparte. Éstas hacen referencia a los diferentes aspectos del entorno de la persona que pueden influir en la perpetuación del trastorno, tales como problemas en el seno familiar (Fairburn et al., 2003), o las presiones del entorno por mantener una figura delgada y adaptada a los cánones de belleza (García-Ochoa, 2010). Además, eventos estresantes también pueden incrementar la aparición y frecuencia de dichas conductas problemáticas (Steiger, et al., 1999), especialmente si se combinan con una mala regulación emocional como se ha mencionado anteriormente.

El modelo CBT-BN, de Fairburn sienta las bases para el CBT-E (*Cognitive Behaviour Therapy Enhanced*, o Terapia Cognitivo-Conductual Ampliada), modelo que hizo extensivos los supuestos de la bulimia nerviosa al resto de trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008). Este modelo ha sido, y sigue siendo uno de los pilares a la hora de hablar de transdiagnóstico aplicado a los TCA; y como tal, existen revisiones actuales que comparan diversos acercamientos teóricos más novedosos para reafirmar su vigencia hasta hoy. Éstas constatan la presencia de los factores planteados en el modelo CBT-E, de una forma u otra, como fundamentales a la hora de entender el funcionamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Concretamente, Pennesi y Wade (2016) realizan una recopilación infográfica de los modelos más relevantes hasta la fecha en la explicación y tratamiento de los TCAs (ver Anexo 1), coincidiendo con los factores descritos por Fairburn et al., (2003) y Fairburn (2008).

De la misma forma, existen modelos transdiagnóstico que, sin relacionarse directamente con el modelo CBT-E, también contemplan lo que pueden considerarse como factores equivalentes o que complementan a los planteados por Fairburn a principios de siglo. Entre ellos, podemos destacar los siguientes: el

modelo MANTRA, y los modelos multidimensional de los trastornos de la conducta alimentaria y el de doble vía de la patología alimentaria:

El modelo MANTRA (*The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults*, o el modelo Maudsley para la anorexia nerviosa en tratamiento para adultos) es un modelo y tratamiento transdiagnóstico específicamente adaptado para la rehabilitación de la anorexia nerviosa. Explica los mecanismos de mantenimiento de los trastornos de alimentación en base a cuatro factores: 1) la propensión hacia un estilo de pensamiento relacionado con la inflexibilidad, enfocado demasiado en los detalles y con miedo a cometer errores; 2) los problemas en la regulación emocional relacionada con la evitación de experimentar y expresar emociones, así como las dificultades en la regulación de las mismas; 3) las dificultades en la regulación y adaptación de respuestas emocionales, especialmente en en las relaciones interpersonales (por ejemplo, una preponderancia a las emociones negativas: miedo, culpa vergüenza); y 4) las creencias pro-anorexia, interiorizando que esas conductas ayudan a la persona a funcionar en la vida cotidiana (Schmidt et al., 2014). Como se puede observar, la inflexibilidad de pensamiento se asemeja en gran medida al perfeccionismo clínico planteado por Fairburn. De la misma manera, llama la atención que este modelo sostenga dos factores relacionados con los problemas en la regulación emocional: el segundo, con similitudes a la intolerancia del estado de ánimo pero ampliando el concepto con la implicación de una mala regulación emocional en las relaciones interpersonales; y el primero, adoptando las cuestiones de expresión e identificación emocional de las que carece el modelo original de Fairburn. Las creencias pro-anorexia no estaban concebidas en el modelo CBT-E, por lo que podemos observar como este modelo sostiene las ideas planteadas y aporta nuevas líneas de investigación.

En otro orden de ideas, existen modelos que atribuyen el mayor peso a la insatisfacción corporal. Hablamos, por ejemplo, del modelo multidimensional de los trastornos de la conducta alimentaria propuesto por Garner y revisado en el artículo de Brytek-Matera y Czepczor (2017). Este modelo parte de la base multifactorial de este tipo de trastornos y distingue la influencia de tres factores (predisponentes, precipitantes y perpetuadores) (Garner, 1993).

Los primeros engloban a los factores psicológicos tales como depresión, ansiedad, déficits cognitivos o emocionales, distorsión de la imagen corporal, entre otros. Por su parte, los factores familiares que favorecen el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria se caracterizan frecuentemente por una figura materna dominante, intrusiva o ambivalente y por un padre pasivo e incapaz, además de patrones específicos de interacción como sobreprotección, rigidez o límites difusos. (Garner, 1993). Asimismo, los factores culturales se pueden reducir a la presión sociocultural de encajar en el ideal de belleza (ser delgado) lo que se traduce en insatisfacción corporal (sumado a los factores psicológicos y familiares) y puede derivar en dietas muy estrictas, ambos constituyendo los factores precipitantes propuestos este modelo. (Garner, 1993). Por último, los factores perpetradores incluyen la inanición y los atracones, las purgas y el resto de comportamientos compensatorios, así como sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas (Ackard, et al., 2007).

Por otro lado, encontramos el modelo de doble vía de la patología alimentaria tal como lo propone Stice (Stice, 2001). Este modelo sintetiza las influencias socioculturales, dietéticas y de regulación del afecto sobre la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Para concretar, se propone que la internalización del ideal de belleza (delgado), junto con la presión de alcanzar este ideal por parte de la familia, los iguales y los medios de comunicación, conducen a la insatisfacción corporal que, a su vez, puede derivar en patología alimentaria a través de dos vías: dietas excesivamente estrictas y afecto negativo (Brytek-Matera y Czepczor, 2017).

Tratamiento transdiagnóstico

A la hora de hablar del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, uno de los principales acercamientos es la terapia cognitivo conductual. Específicamente, destacamos la propuesta por Fairburn para el tratamiento de la bulimia nerviosa (CBT-BN), consistente en un programa de aplicación individual en cuatro etapas. Posteriormente, este tratamiento se hace extensible a otros trastornos dentro de la conducta alimentaria (CBT-E) al considerar que el diagnóstico específico no determina el éxito de la terapia (Fairburn, 2008).

En la primera etapa, se implanta una terapia intensiva de cuatro semanas de duración en la que se pretende educar al paciente en su cambio de conducta. En la segunda etapa, se realiza una revisión del proceso y los avances hasta el momento, y se formulan los posibles cambios para la mejora del tratamiento. La tercera etapa es la más larga de las cuatro, y está centrada en atajar los aspectos claves de la psicopatología del trastorno, incluyendo módulos de tratamiento centrados en el perfeccionismo, la baja autoestima y las dificultades de relación interpersonal. Por último, la cuarta etapa hace énfasis en el mantenimiento de los avances en el tiempo, incluyendo espaciamiento entre las sesiones de terapia.

Un estudio de comparación de efectividad de tratamiento entre CBT-E y el tratamiento IPT (*Interpersonal Psychotherapy*) realizado con pacientes internos de un centro de tratamiento de TCAs, ha demostrado la efectividad de la terapia CBT-E para todos los trastornos de la conducta alimentaria. A pesar de partir de la efectividad de ambos tratamientos, se ha constatado que el tratamiento IPT es sustancialmente más lento que la terapia CBT-E (Agras et al., 2009). Una vez acabado el tratamiento con ambos acercamientos terapéuticos, se encontró que se reducía la psicopatología del trastorno en ambas condiciones. Sin embargo, la reducción de la psicopatología en aquellos pacientes que han sido tratados con CBT-E tenían una reducción mayor del trastorno, constatando la superioridad terapéutica del acercamiento de Fairburn. Estos efectos pueden deberse principalmente a que la terapia CBT-E aborda de manera directa al trastorno, mientras que el IPT aborda factores relacionados con el mismo.

Esto nos permite concluir que el tratamiento mediante la Terapia Cognitivo-Conductual Ampliada CBT-E (*Cognitive Behaviour Therapy Enhanced*) formulada por Fairburn en el 2008 sigue siendo uno de los modelos más eficaces y preferidos a la hora del tratamiento de los TCAs, destacando por su capacidad para abordar directamente al trastorno y no a sus precipitantes. Además, se demuestra así que el postulado de Fairburn sobre la generalización de la terapia a otros trastornos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria era cierta, manteniendo sus resultados en el tiempo.

Otro tratamiento que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los TCAs es el Protocolo Unificado de Barlow, desarrollado en 2011. Se trata de un

acercamiento cognitivo conductual basado en la regulación emocional, hecho altamente relacionado con las variables intervinientes en los trastornos de la conducta alimentaria (Osma y Peris-Baquero, 2021). Si bien no es un protocolo específico para el tratamiento de TCA, los factores que se encuentran a la base del acercamiento teórico de este tratamiento son compartidos con los propios en TCA (tales como la desregulación emocional, el perfeccionismo o la intolerancia a la frustración), lo que lo hace un una buena opción de tratamiento (Osma y Peris-Baquero, 2021).

Este acercamiento terapéutico consta de una serie de módulos por los que se entrena a los pacientes en el control emocional. Entre ellos, se destaca: 1) conciencia emocional; 2) flexibilidad cognitiva; 3) identificación de conductas emocionales y propuestas de conductas alternativas; 4) exposición interoceptiva; y 5) exposición emocional. Se persigue que la persona consiga tolerar las emociones desagradables sin perder sus objetivos de cambio terapéutico (Osma y Peris-Baquero, 2021). Este acercamiento se ha mostrado como una solución eficiente para el Sistema de Salud gracias a la amplitud de trastornos que permite tratar por su metodología transdiagnóstica.

Conclusión

Los humanos siempre han tenido presente la idea de la belleza y la juventud como aspectos deseables de uno mismo, si bien a lo largo de la historia estos valores se han ido deteriorando desde un modelo de salud que abogaba por la supervivencia de la especie hasta la actualidad, donde estándares ficticios de lo perfecto promueven acciones totalmente contrarias a la propia subsistencia. La globalización se señala, en este sentido, como uno de los principales factores psicosociales generadores de trastornos de conducta alimentaria, al instaurarse un cánon estético de belleza inaccesible que condiciona a mujeres y niñas de todos los estratos sociales desde sus primeros pasos en el mundo.

En la base de este trastorno, se sitúan variables personales como la desregulación emocional, el perfeccionismo o la baja autoestima, entre otras, que interactúan con la sociabilización y el sentimiento de inadecuación experimentado ante estos estándares inalcanzables. Estos factores influyen no solo en la población

femenina, como tradicionalmente se ha concebido, sino que cada vez más se han visto presentes en los jóvenes y adultos hombres, que se han visto sistemáticamente ignorados por los modelos de intervención y tratamiento de los TCAs.

De esta forma, ha quedado demostrado que la interacción de factores sociales con los factores puramente psicológicos mencionados son constituyentes de uno de los mayores problemas de salud mental a los que se enfrenta la sociedad moderna. Sin embargo, los ideales de belleza siguen apuntando hacia lo inalcanzable, siendo la norma que rige la conducta de todos aquellos que pretenden encajar en un mundo irreal. Desde esta revisión, clamamos por el aumento de la investigación y por la creación de nuevos inventarios de diagnóstico y tratamiento para la población, sobre todo incluyendo a los hombres como potenciales afectados y eternos encorsetados en un estereotipo de masculinidad y fortaleza a los que no les afectan los problemas emocionales ni la percepción social. El trabajo desde la concienciación y la desmitificación de estas creencias tan arraigadas y perjudiciales para hombres y mujeres es necesario si se pretende una erradicación tangible de los TCAs a gran escala.

Debemos abogar por la promoción de la salud mental alejada de estos estereotipos tan rígidos que condicionan y perpetúan la experiencia vital de nuestros jóvenes, para así poder lograr desligar la valía personal y nuestra presencia en el mundo a una ilusión de belleza que solo existe en nuestra mente.

Referencias

- Arana, F. G., & Keegan, E. G. (2016). La relación entre las dimensiones del perfeccionismo y la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes de psicología argentinos. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 33–38.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428-438. <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Bodell, L. P., Egbert, A. H., Anaya, C., & Wildes, J. E. (2022). Associations between emotion reactivity and eating disorder symptoms in a transdiagnostic treatment-seeking sample. *International Journal of Eating Disorders*, 55(10), 1390-1396. <https://doi.org/10.1002/eat.23808>.
- Brytek-Matera, A., & Czepczor, K. (2017). Models of eating disorders: a theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(1), 16-26. <https://doi.org/10.12740/APP/68422>
- Constaín, G. A., Ricardo Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M. de, Álvarez Gómez, M., Marín Múnera, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala eat-26 para la Evaluación del Riesgo de Trastornos de la conducta alimentaria en Población Femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 6(1), 1-8.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 385-389

- Cunningham, M.L., Nagata, J.M., Murray, S.B. (2021). Muscularity-Oriented Disordered Eating in Boys and Men. In: Nagata, J.M., Brown, T.A., Murray, S.B., Lavender, J.M. (eds) *Eating Disorders in Boys and Men*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3_3
- De Hartog, M. (10 de julio de 2020). *Makeup and female beauty standards in Renaissance Italy*. Leidenmedievalistsblog. <https://www.leidenmedievalistsblog.nl/>
- Eco, U. (2010). *Historia de la Belleza*. Debolsillo
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Flórez Remolina, G. El impacto de redes sociales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.
- Frederick, D., Forbes, M., Jenkins, B., Reynolds, T., & Walters, T. (2015). Beauty standards. P., *Whelehan, A. Bolin, (Eds.), The international encyclopedia of human sexuality*, 113-196.
- Furlan, L., Martínez Santos, G. (2023). Intervención en un caso de ansiedad ante exámenes, perfeccionismo desadaptativo y procrastinación. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 17(1), e1633.

- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Ganson, K. T., & Rodgers, R. F. (2022). Problematic muscularity-oriented behaviors: Overview, key gaps, and ideas for future research. *Body Image*, *41*, 262-266. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.005>
- García-Ochoa, Y. C. (2010). El cuerpo femenino en la publicidad. Modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. *Icono14*, *8*(3), 11.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, *9*(2), 273-279.
- Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, Campos del Portillo R, Virgili Casas MN, Martínez Olmos MA, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Martín-Palmero A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, *35*, 489-494
- Gorab, A. & Iñarritu, M. C. (2015). *¿Cómo ves? Anorexia y bulimia. Trastornos de conducta alimentaria*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gordon-Elliott, J. (2016). *Fundamentals of diagnosing and treating eating disorders: A clinical casebook*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-46065-9>
- Juli, M. R. (2019). The “imperfect beauty” in eating disorders. *Psychiatria Danubina*, *31*(suppl 3), 447-451.
- Konstan, D. (2012). El concepto de belleza en el mundo antiguo y su recepción en Occidente. *Nova tellus*, *30*(1), 133-147.
- Losada, Analia Veronica y Marmo, Julieta (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.

- Martínez-Oña, M. D. M., & Muñoz-Muñoz, A. M. (2015). Iconografía, estereotipos y manipulación fotográfica de la belleza femenina. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 21(1), 369-384.
- Matsumoto, A., & Rodgers, R. F. (2020). A review and integrated theoretical model of the development of body image and eating disorders among midlife and aging men. *Clinical Psychology Review*, 81, 101903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101903>
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B., & Hay, P. (2019). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2022). Emotion dysregulation and eating disorder outcome: Prediction, change and contribution of self-image. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(3), 639-655. <https://doi.org/10.1111/papt.12391>
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española [The unified protocol for cross-diagnostic treatment of emotional disorders in a group format in the context of public mental health in Spain]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 447-466.
- Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions?. *Clinical psychology review*, 43, 175-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004>
- Pérez Martín, P. S., Martínez, J. A., Valecillos, A. J., Gainza García, L., Galán Berasaluce, M., & Checa Díaz, P. (2021). Detección precoz y prevalencia de Riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en

- Guadalajara capital. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47, 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.01.007>
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish journal of psychology*, 13(2), 1044-1056.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L., & Maglio, A. L. (2013). Psychometric Properties of the eating disorders inventory - 3 (EDI-3) among female adolescents from argentina11este trabajo forma parte de un Proyecto Subsidiado por la Universidad de Buenos Aires (Directora: Guillermina Rutzstein - UBACyT 20020090100053). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 1–14. [https://doi.org/10.1016/s2007-1523\(13\)71987-6](https://doi.org/10.1016/s2007-1523(13)71987-6)
- Segura García, C., Aloí, M., Rania, M., Ciabrone, P., Palmieri, A., Pugliese, V., Ruiz Moruno, A. J., & De Fazio, P. (2015). Ability of EDI-2 and EDI-3 to correctly identify patients and subjects at risk for eating disorders. *Eating Behaviors*, 19, 20–23. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.06.010>
- Trompeter N, Bussey K, Forbes MK, Griffiths S, Mond J, Hay P, Lonergan A, Tame J, Mitchison D. (2023). Difficulties with emotion regulation and weight/shape concerns as predictors of eating disorder behaviors among adolescents. *J Psychopathol Clin Sci*. 132(1):91-100. doi: 10.1037/abn0000801.
- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M.K. *et al.* Emotion Dysregulation within the CBT-E Model of Eating Disorders: A Narrative Review. *Cogn Ther Res* 45, 1021–1036 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5>
- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M.K. *et al.* Emotion Dysregulation and Eating Disorder Symptoms: Examining Distinct Associations and Interactions in Adolescents. *Res Child Adolesc Psychopathol* 50, 683–694 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00898-1>
- Vigarello, G. (2005). *Historia de la belleza: el cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Nueva Visión.

Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2022). A model of self-criticism as a transdiagnostic mechanism of eating disorder comorbidity: A review. *New Ideas in Psychology*, 66, 100949. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100949>

Anexos

Anexo 1

Modelos teóricos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCAs) y sus variables independiente (Modificado Pennesi y Wade, 2016)

Modelo	Autores	Variables independientes
Modelo de aceptación de la alimentación intuitiva	Augustus-Horvath y Tylka, 2011	1. Apoyo social 2. Autoobjetivación 3. Preocupación por el peso y la figura
Modelo cognitivo de la BN	Cooper et al., 2009	1. Factores cognitivos 2. Preocupación por el peso y la figura 3. Dificultades de regulación emocional 4. Afecto negativo 5. Factores del desarrollo 6. Hacer dieta
Modelo Cognitivo-interpersonal de mantenimiento de la AN	Treasure y Schmidt, 2013	1. El perfeccionismo 2. Factores cognitivos 3. Factores interpersonales 4. Dificultades de regulación emocional
Modelo de doble vía de la BN	(Stice, 2001)	1. Presión externa 2. Internalización del ideal delgado 3. Preocupación por el peso y la forma 4. Hacer dieta 5. Afecto negativo
Modelo funcional de evitación de emociones en la AN	(Wildes et al., 2010)	1. Afecto negativo 2. Dificultades de regulación emocional
Modelo interpersonal de atracones	(Wilfley et al., 2000)	1. Cuestiones interpersonales 2. Déficits de autoestima 3. Afecto negativo 4. Dificultades en la regulación emocional 5. IMC
Modelo de ED	Neumark-Sztainer et al., 2003)	1. Presión externa 2. Cuestiones interpersonales 3. Preocupación por el peso y la figura 4. IMC 5. Dificultades en la regulación emocional 6. Actitudes hacia la salud y la nutrición
Modelo multidimensional de la AN	(Lyon et al., 1997)	1. Predisposición biogenética 2. Déficit de autoestima 3. Autovigilancia 4. Problemas interpersonales
Modelo de mantenimiento transdiagnóstico de AN y BN	(Fairburn, 2008)	1. El perfeccionismo 2. Déficit de autoestima 3. Dificultades en la regulación emocional 4. Preocupación por el peso y la figura 5. Problemas interpersonales
Modelo de influencia tripartita de IC y ED	(Yamamiya et al., 2008)	1. Presión externa 2. Internalización del ideal de delgadez 3. Comparación social 4. Preocupación por el peso y la figura 5. Déficit de autoestima

Nota: AN = Anorexia Nerviosa; BN = Bulimia nerviosa, IC = Insatisfacción Corporal, IMC = Índice de Masa Corporal

Anexo 2

Eating Disorder Examination Questionnaire - Versión en español (S-EDE-Q)

Cuántos días en los pasados 28 días..	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has tenido episodios de atracones?	0	1	2	3	4	5	6
9. ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES:

- 15 ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones) 0 - Ninguna vez
1 - Alguna vez
2 - Menos de la mitad de las veces
3 - La mitad de las veces
4 - Más de la mitad de las veces
5 - La mayoría de las veces
6 - Siempre
- 16 ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias? 0 – No 1 - Sí
- En caso afirmativo:
- 17 ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta?

- 18 ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____
- 19 ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias? 0 – No 1 - Sí
- En caso afirmativo:
- 20 ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios? _____
- 21 ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 - Sí
- En caso afirmativo:
- 22 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____
- 23 ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí
- En caso afirmativo:
- 24 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____
- 25 ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí
- En caso afirmativo:
- 26 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____
- 27 ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí
- En caso afirmativo:
- 28 ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio? _____

En los últimos 3 meses...	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37 ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No 1 - Sí

En caso afirmativo:

38 ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de 3 meses