

Apuntes de Psicología  
2013, Vol. 31, número 3, págs. 379-384.  
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,  
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,  
Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla

## *Anorexia nerviosa y psicodrama: intervención a través de la silueta*

**Beatriz ROJAS GARCÍA**  
*Consulta privada. Sevilla*

### *Resumen*

En este artículo se expone el trabajo realizado en un grupo de terapia de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva, usuarias de una asociación para personas con trastornos de la conducta alimentaria. A partir de la técnica de la silueta y a través de distintos ejercicios psicodramáticos se trabajó sobre dos factores comunes en los trastornos de la conducta alimentaria: el rechazo al propio cuerpo y la distorsión de la imagen corporal. Este trabajo ayudó a las pacientes a reconocer la distorsión de la imagen corporal que tenían y aceptar que su figura fue la que mostró la silueta real.

*Palabras clave:* anorexia nerviosa restrictiva, distorsión de la imagen corporal, rechazo al cuerpo, ejercicios psicodramáticos.

### *Abstract*

In this article there will be exposed the work realized in a group of women's therapy with restrictive anorexia nervosa, users of an Association for persons with disorders of the food conduct. From the technology of the Silhouette, and across different psychodramatic exercises, one was employed on two common factors at the disorders of the food conduct: the rejection to the own body and the distortion of the corporal image. This work helped patients to recognize the body image's distortion that they had and to accept that her figure was the one that showed the actual silhouette.

*Keywords:* restrictive anorexia, distortion of body image, rejection body, psychodramatic exercises.

Las personas que padecen anorexia nerviosa presentan al menos dos factores comunes, íntimamente relacionados y sobre los que se hace imprescindible intervenir para que estas personas superen la enfermedad: distorsión de la imagen corporal y rechazo a su propio cuerpo.

En la experiencia descrita en este artículo, se han trabajado estos dos factores con un grupo de terapia de mujeres con anorexia nerviosa a través del uso de la técnica de la silueta. El grupo en cuestión está formado por cuatro pacientes de entre 14 y 52 años, usuarias de una asociación para personas con trastornos de la conducta alimentaria de Sevilla. Las pacientes de este grupo padecen, todas ellas, anorexia nerviosa de tipo restrictiva.

Antes de pasar a comentar la intervención realizada con este grupo profundizaremos en los conceptos mencionados y en la importancia de intervenir en estos factores.

### **Rechazo al propio cuerpo y distorsión de la imagen corporal**

En personas con anorexia nerviosa y con trastornos alimentarios en general se da un rechazo al propio cuerpo. Rechazo que suele esconder el que sienten hacia otros aspectos de su vida y de sí mismas. En las mujeres, además, suele presentarse un rechazo a la anatomía de su cuerpo, a su silueta, o dicho de otra forma, a las curvas propias del cuerpo de una mujer. La obsesión por estar delgadas (uno de los síntomas básicos de los trastornos de la conducta alimentaria) les lleva a negarse a mantener el peso corporal que les corresponde por su edad, estatura y sexo; llegando al punto de querer adelgazar hasta eliminar las curvas de su cuerpo.

Respecto a la imagen corporal, Rosen (1995) señala que éste es un concepto que se refiere a la manera en que

---

*Dirección de la autora:* c/Alejandro Collantes, 12. 41005 Sevilla. *Correo electrónico:* [beatrizrg82@gmail.com](mailto:beatrizrg82@gmail.com)

*Recibido:* octubre 2013. *Aceptado:* octubre 2013.

uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Contiene tres aspectos: un componente perceptual, un componente subjetivo y un componente conductual.

Dicho de otra forma, la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo y que se hace en base a:

1. Las medidas que atribuimos a nuestro cuerpo (en la sociedad occidental en las modelos se toma como referencia las medidas femeninas ideales).
2. Los pensamientos, sentimientos y valoraciones que nos provoca nuestro cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, determinadas partes del cuerpo que nos gustan más de nosotros o menos o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
3. Las consecuencias de lo anterior. Debido a cómo percibo mi cuerpo y cómo me siento con el mismo, hago cosas como ponerme ropa más ancha, pesarme habitualmente para ver si he bajado esos kilos de más, vestir de negro porque estiliza, evitar ir a la playa para no ponerme en bikini, no ponerme sandalias, peinar mi pelo de una determinada manera, compararme constantemente con los demás, etc.).

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Guimón, 1999).

Tal como indican Sepúlveda, Botella y León (2001) “La alteración de la imagen corporal ha sido recogida como uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en los trastornos de la conducta de alimentación (*American Psychiatric Association*, 1994). Dado su importante papel en el inicio y mantenimiento de la enfermedad, su recuperación es crucial en la intervención”.

Las personas con anorexia nerviosa distorsionan la percepción del peso, talla o silueta y sobre todo, distorsionan las medidas de determinadas partes de su cuerpo, no tomando conciencia de la delgadez en que se encuentran. A pesar de tener datos objetivos como son el descenso del peso y la reducción de la talla de la ropa, suelen negar que estén delgadas. Tal como reconocen las propias pacientes, sus ojos les engañan, pues a pesar de tener una extrema delgadez, “se ven” con sobrepeso o, en cualquier caso, con un peso normal.

Ésta es una de las características más incomprendidas por las personas de su entorno, que no entienden como pueden verse gordas estando extremadamente delgadas. No son capaces de comprender como puede ser que sus ojos no sean capaces de ver la realidad.

El nivel de distorsión no es estable. En los pacientes con anorexia este nivel aumenta conforme la paciente va reduciendo su peso. Es muy frecuente encontrarse pacientes con un índice de masa corporal muy bajo que continúan pensando que están enormemente obesas.

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash & Brown, 1987): (1) alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita, y (2) alteraciones perceptivas, que conducen a la distorsión de la imagen corporal, inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

No está clara la relación entre estas variables. Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

Lo que sí sabemos es que la imagen corporal no es inamovible, sino que puede cambiar a lo largo de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas del momento actual, razón por la cual proponemos una intervención, por un lado, sobre la distorsión de la imagen corporal y, por otro, sobre el rechazo al propio cuerpo.

### La técnica

La técnica empleada, la técnica de la silueta, consiste en una variación de la técnica de la silueta empleada en psicodrama (Rey, 1990). En este caso, la técnica consiste en que la persona ha de dibujar, sobre papel continuo, su silueta tal y como ella la percibe, a tamaño real. Tras esto, la persona se coloca en posición de tumbado supino, sobre el papel continuo, y sobre la figura anteriormente dibujada por ella (intentado hacer coincidir la cabeza y los pies de la figura dibujada con la de su propio cuerpo) y otra persona contornea, en un color diferente, su figura, dibujando la silueta real de la persona. Tendremos así, dos siluetas superpuestas, la silueta real de la persona y la silueta percibida.

La técnica está basada en el método propuesto por Finn Askevold (1975) para medir la imagen corporal en pacientes con diferentes problemas somáticos, en la cual el sujeto, situado frente a un papel como si fuese un espejo, marca los puntos de su cuerpo. Como indica Rey (1990) “Con este método Askevold observó, en pacientes anoréxicas y obesas, una sobreestimación significativa de la anchura de los hombros, caderas y cintura”.

Esta técnica, así realizada con esta variación, es muy empleada en la intervención con personas con trastornos alimentarios. La técnica cumple dos funciones: una función diagnóstica, al permitir evaluar si existe distorsión de la imagen corporal y en qué grado se da esta distorsión. Y una función terapéutica, pues con ella se puede trabajar con la persona para tomar conciencia de la distorsión existente y aprender a aceptar, al comparar la figura percibida con la real. Al mismo tiempo se confronta a la persona con su silueta real, lo que le permite trabajar con ella, para conseguir aceptarla y valorarla. En este caso, la confrontación, aceptación y valoración de la silueta real se llevó a cabo a

través de distintos ejercicios psicodramáticos, que se detallarán más adelante.

### Intervención

Los objetivos de la intervención fueron:

1. Intervenir sobre la distorsión de la imagen corporal: tomar conciencia de la distorsión y conseguir ajustar la imagen corporal percibida a la imagen real.
2. Trabajar sobre el rechazo al cuerpo: aprender a aceptar su propio cuerpo, eliminar el malestar y la ansiedad hacia el propio cuerpo, eliminar las obsesiones y fobias sobre su cuerpo, y ser capaz de valorar los aspectos positivos del mismo.
3. Conseguir, con todo ello, mejorar su autoestima.

La intervención consistió en la realización de cinco ejercicios, utilizando en todos ellos la silueta de la paciente. El primer ejercicio expuesto es un ejercicio que se emplea habitualmente en la intervención con personas con trastornos de la conducta alimentaria. Los ejercicios del segundo al quinto están tomados del *Curso de Experto en Psicodrama*, dirigido por Concha Mercader Larios y organizado por el Colegio de Psicología de Andalucía Occidental en 2013. A continuación, se explica cada uno de los ejercicios, su aplicación, el desarrollo de los mismos y los resultados obtenidos.

#### **Ejercicio 1: dibujar la imagen percibida y la imagen real**

Se pidió a cada una de las pacientes que dibujara en papel continuo su silueta a tamaño real, tal y como se percibe a sí misma. Tras esto, cada una se tumbó sobre la figura dibujada, y otra persona contorneó su silueta real. Finalmente, se observó y comentó la diferencia entre las dos figuras y se comentó con el resto de las integrantes del grupo.

Al realizar este ejercicio, todas las participantes descubrieron que había una importante diferencia entre ambas siluetas (la real y la percibida), comprobando que todas ellas presentaban una considerable sobreestimación de sus medidas. Todas se mostraron muy sorprendidas de la distorsión que tenían de su imagen corporal, y se negaban a aceptar que su silueta real fuera la que le habían contorneado. Manifestaron, todas ellas, que no eran capaces de creer que estuvieran tan delgadas como la silueta que se suponía que era la real. Al mostrar las dos siluetas al grupo, las compañeras confirmaban que las dimensiones de la silueta real si correspondía a las de su propio cuerpo. Así, al comprobar que el resto de compañeras veían lo mismo, cada una de ellas reconocieron que tenían que empezar a asumir que sus ojos las engañaba, aunque sin aceptar que pudieran estar tan delgadas como mostraba la silueta real (pensaban que la silueta real dibujada en el papel era más delgada de

lo que era su figura); por lo que se hacía necesario seguir trabajando con la silueta real.

#### **Ejercicio 2: colorear las partes de mi cuerpo**

Se les dio la consigna de colorear cada una de las partes de su cuerpo, en la silueta real, de los colores que quisieran (para ello, se facilitó una caja de rotuladores con una amplia variedad de colores).

Tras colorear las distintas partes de su cuerpo, cada una mostró la silueta al resto del grupo y explicó lo que había hecho. Una por una se le preguntó que significaba cada uno de los colores para ella y por qué había puesto cada uno de esos colores a cada parte del cuerpo. Al principio referían que habían elegido los colores sin ninguna razón en concreto, pero tras hablar sobre lo que significaba cada color para ellas, se dieron cuenta de que los colores que les transmitían sensaciones negativas o no les gustaba los habían utilizado para las partes de su cuerpo con las que no se sentían a gusto y al revés con los colores que sí les gustaban.

Algunos de los comentarios que hicieron fueron:

- *“He puesto el color marrón en las piernas y cadera porque es un color que no me gusta, y esas son las partes de mi cuerpo que menos me gustan.”*
- *“He coloreado negra la cabeza. El negro representa una maraña, así esta mi cabeza.”*
- *“Marrón las partes de mi cuerpo que me gustaría eliminar; los desechos.”*
- *“Brazos en azul porque me recuerdan a la libertad. Un sitio grande donde no hay límites.”*
- *“El tronco es rojo, porque es donde está el corazón. El corazón como fuerza por eso he cogido el rojo que es un color de fuerza.”*
- *“He pintado la cabeza y los brazos en azul porque el azul me gusta mucho, y son partes de mi cuerpo que me gustan.”*
- *“Los pies los he puesto en verde porque me hace pensar en la renovación, algo que muere y vuelve a nacer. Un medio para conseguir los objetivos.”*
- *“He pintado mi cabeza de azul porque me parece un color apagado y triste, y últimamente no estoy contenta con mi cara y lo estoy pasando mal.”*

#### **Ejercicio 3: identificar emociones**

Este ejercicio consistió en poner una emoción a cada una de las partes de su cuerpo, en su silueta real. Así se dio la consigna de que asignaran una emoción a cada parte de su cuerpo. Al igual que en los ejercicios anteriores, tras asignar las emociones, lo compartieron con el resto de las compañeras y explicaron que emociones habían puesto y por qué. La figura 1 muestra las asociaciones que resultaron.

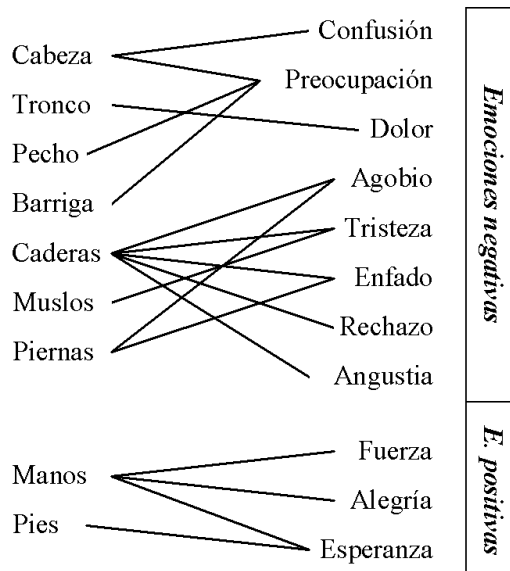


Figura 1. Asociaciones entre partes del cuerpo y emociones negativas y positivas.

Tras analizar las emociones elegidas y reflexionar sobre ello, las mujeres comentaron que se daban cuenta de que sentían un gran rechazo hacia su propio cuerpo, que cuando se encontraban mal pagaban su malestar contra su cuerpo y que eran muy negativas con ellas mismas.

Este ejercicio, así como el anterior, sirvió para trabajar las partes de su cuerpo que les generan malestar y trabajar cómo se sienten con cada una de esas partes. También les ayudó a tomar conciencia de que hay algunas partes de su cuerpo que si les gustan, con las que se sienten a gusto y que les transmiten sensaciones y emociones positivas.

#### Ejercicio 4: enfrentarme a mi silueta

Este ejercicio consistió en enfrentarse a su propia silueta (la silueta real dibujada en el papel continuo), estableciendo un diálogo con ella.

Se realizó de la siguiente manera: en primer lugar, cada participante se colocó frente a su silueta real (con el papel continuo extendido en el suelo) y habló (desde el rol de persona) a su silueta, expresándole sus miedos, sus preocupaciones, sus pensamientos, sus deseos... A continuación, se hizo un intercambio de roles, de manera que la paciente se tumbó en el suelo sobre la silueta (adoptando el rol de silueta) y una compañera del grupo se situó en la posición de la paciente (en el rol de persona). Desde esta posición, la paciente pasó a hablar como "silueta" contestando a lo dicho por ella misma, desde el rol de persona, en el paso anterior; explicándole como se sentía, y que pensaba de lo expresado en el paso anterior por "la persona". Finalmente,

se volvieron a intercambiar los roles, la paciente volvió a colocarse frente a su silueta, volviendo a adoptar el rol de persona, y nuevamente le habló a su silueta, respondiéndole, tras haber escuchado lo dicho por ésta en el segundo paso.

Durante las dramatizaciones, las pacientes verbalizaron pensamientos, emociones, opiniones, ideas muy similares. Así, en la primera parte del ejercicio (cuando las pacientes ocupaban su propio rol, el rol de persona) las distintas pacientes expresaron su rechazo hacia su silueta, señalándole a "la silueta" que partes de ella no les gustaba (que fueron caderas, muslos y barriga). Todas ellas, fueron bastante críticas con la silueta. Así mismo, manifestaron su miedo a seguir engordando y a sus curvas; y verbalizaron su incapacidad de aceptar que estuvieran delgadas. En la segunda parte del ejercicio, cuando ocuparon el rol de la silueta, los comentarios que realizaban como siluetas consistieron en reproches hacia "la persona" por ser tan exigente con su silueta, por no aceptar sus curvas, por no quererla más; y peticiones a "la persona" para que no fuera tan duras con su silueta, que aprendiera a quererla, y que no se centrara solo en las partes de su cuerpo que le angustiaba y valorara, también, las otras partes de su cuerpo que si le gustaban. En el último paso, cuando las pacientes volvían a su propio rol, al contestar a su silueta (tras haberla escuchado), mostraron un importante cambio en su discurso, reconocieron su alta exigencia y sus excesivos reproches, y se mostraron conscientes del injusto rechazo que sentían hacia su silueta; al mismo tiempo, expresaron su compromiso de aceptarse, quererse más y, valorar y atender más a las partes positivas de su cuerpo.

#### Ejercicio 5: construcción de un collage

El quinto y último ejercicio consistió en hacer un collage. Se dio a las pacientes la consigna de hacer un collage, utilizando recortes de revistas, periódicos, fotos..., y rellenar con ellos la propia imagen corporal (la silueta real). El collage fue realizado en casa, y las pacientes trajeron al grupo la composición ya terminada. En el grupo cada paciente mostró su collage al resto de compañeras y se trabajó sobre el mismo.

Para trabajar sobre el collage, se pidió, en primer lugar, a las compañeras que opinaran, señalaran, comentaran los aspectos del collage que le llamaran la atención o le parecieran interesantes. Después se pidió a la autora de cada collage que compartiera con el resto del grupo lo que había hecho: que imágenes había utilizado; que significado tenían para ella; porque las había elegido; porque las había colocado cómo y dónde las había colocado; que representaban; que relación tenían las imágenes elegidas con los distintos aspectos de su vida...

Este ejercicio resulta muy útil para abordar las vivencias, necesidades, miedos, deseos, dificultades, etc. de los pacientes.

Los collages presentados por las pacientes fueron muy diferentes unos de otros. Algunos eran muy coloridos, y otros de colores apagados. Algunos estaban compuestos abundantes por imágenes de caras y personas, y otros en los que destacaban sobre todo letras y números.

Uno de los collage, muy interesante, mostraba las siguientes imágenes: en su cabeza un avión, una pareja besándose, una mujer con un bebé en brazos, y un ojo con una mirada de juicio. La chica explicó que esas imágenes resumían los aspectos más importantes de su vida, en este momento: el avión la necesidad de volar, escapar; la maternidad, uno de sus sueños; el amor, la necesidad de encontrar pareja; y la mirada que juzga, es ella misma juzgando y criticando todo lo que hace. En el resto del cuerpo se presentaban imágenes que hacían referencia, la mayoría de ellas, a estos mismos aspectos (imágenes de parejas; imágenes de bebés; imágenes de ciudades, playas; imágenes de ojos).

Este ejercicio, así como los anteriores, sirvieron también para que las mujeres se enfrentasen a su silueta real, para que trabajen, indirectamente, la aceptación de su silueta, aceptar sus dimensiones reales, aceptar sus curvas, y eliminar, poco a poco, el rechazo hacia su propia imagen corporal.

## Conclusiones

Tras la realización de estos ejercicios, se observó un considerable cambio en las pacientes. El trabajo realizado ayudó a las pacientes a reconocer y aceptar la distorsión que tenían de su imagen corporal; aceptar que sus ojos les engañaban y que no podían fiarse de ellos; y aceptar que su figura era la que mostraba la silueta real (dibujada en el papel continuo). Así mismo, se consiguió reducir el grado de distorsión entre la silueta percibida y la silueta real.

Respeto al rechazo hacia su propio cuerpo, las pacientes tomaron conciencia del alto grado de rechazo que sentían hacia él; consiguieron darse cuenta de que los sentimientos que sentían hacia su propio cuerpo estaban relacionados con cómo se sentían respecto a otros aspectos de su vida y de ellas mismas. Además, fueron capaces de darse cuenta de que el rechazo que sentían era injusto y desmedido. Aprendieron a percibir y valorar las partes de su cuerpo que si les gustaba. Se consiguió reducir el grado de rechazo que sentían hacia su cuerpo, concretamente a las caderas, muslos y barriga (zonas del cuerpo más temidas y rechazadas). Se consiguió reducir el nivel de ansiedad y agobio que sentían hacia las partes temidas de su cuerpo.

Las pacientes fueron capaces de aceptar la anatomía de su cuerpo (de mujer): comprendieron que su cuerpo tenía que ser un cuerpo con curvas; y, tras realizar los distintos ejercicios, las pacientes declararon que ya no querían eliminar sus curvas, sino que querían tener cuerpo de mujer y querían quererlas y dejar de sentir por ellas. Además, todas

terminaron declarando que el cuerpo de una mujer era más bonito con curvas.

Tras el trabajo realizado con la silueta, las pacientes fueron capaces de reconocer (aunque, aún, a veces, les costara verlo cuando se miraban en el espejo o cuando se tocaban), que su silueta real era delgada, y que su cuerpo no era un cuerpo con sobrepeso. Las pacientes pasaron de querer cambiar su cuerpo, querer eliminar sus curvas y querer seguir adelgazando; a aceptar (y creerse) que no tenían sobrepeso, aceptar que no necesitan adelgazar (aunque aún sintieran miedo al peso y a tener sobrepeso), aceptar el hecho de tener curvas, y, lo más importante, a querer seguir trabajando en aceptar y querer a su cuerpo con curvas, así como querer seguir trabajando para conseguir aceptar, y estar, en el peso que les corresponde por su edad, talla y sexo.

Es cierto que a estas pacientes aún les queda camino por recorrer para superar la anorexia nerviosa, pues aún presentan cierto grado de distorsión de su imagen corporal (unas más que otras); siguen sintiendo cierto grado de agobio y ansiedad hacia las zonas temidas de su cuerpo; aún les da miedo el hecho de subir de peso, a tener el peso que les corresponde; algunas de ellas tienen miedo a algunos alimentos; y todas ellas tienen miedo, sobre todo, a no ser capaces de dejar de aumentar de peso cuando ya estén en el peso que les corresponde, y llegar a tener sobrepeso real.

Pero han dado pasos muy importantes para conseguir llegar al final del camino, pues han sido capaces de dejar de luchar contra ellas y luchar por ellas, por aceptarse, por quererse y por plantarle cara a sus miedos. Ha habido una importante evolución en su forma de percibirse y de valorarse; y, aunque aún sienten miedos, en lugar de evitarlos, ahora son capaces de enfrentarse a ellos, que es lo que, finalmente, les permitirá superarlos.

Estos ejercicios realizados con la silueta, se intercalaron con otros ejercicios dirigidos a trabajar sobre los miedos y los pensamientos negativos relacionados con el trastorno. Algunas de ellas ya han conseguido llegar al peso que les corresponde (y han conseguido mantenerse en ese peso); otras aún no están en su peso, pero están en proceso de conseguirlo.

Actualmente, en la asociación seguimos trabajando con este grupo de terapia. La intervención se continuará hasta que las pacientes encuentren preparadas terminar la terapia.

## Referencias

- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Askevold, F. (1975). Measuring Body Image. Preliminary Report on a New Method. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26 (2), 71-77 [doi: 10.1159/000286913]

- Cash, S., & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification, 11*, 487-521.
- Fernández Rodríguez, L.J., & Jusué Erro, G. (2004). *Trastornos de la alimentación: de la evaluación al tratamiento*. Madrid: UNED.
- Guimón, J. (1999). The Future of Psychiatrists under Managed Care. En J. Guimón & N. Sartorius (Eds.), *Manage or Perish? The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe* (pp. 11-23). Nueva York: Kluwer Academic.
- Lechuga, L., & Nieves, M. (2005) Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2*, 142-157.
- Raich, R.M. (2010). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Rey Pousuada, R. Las técnicas de "las siluetas". [<http://rosarey.redbiocultural.net/contenido/la-tecnica-de-las-siluetas>, consulta 6-7-2013]
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 143-166.
- Rojas Bermudez, J. (1997). *Teoría y técnica psicodramática*. Barcelona: Paidós.
- Sepúlveda, A.N., Botella, J., & León J.A. (2001). Alteración de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: un meta-análisis. *Psicothema, 13* (1), 7-16.