

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN IMAGEN CORPORAL

David Sánchez-Carracedo, Marisol Mora, Gemma López,
Helena Marroquín, Isabel Ridaura y Rosa María Raich
Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Resumen

En este artículo se presenta una revisión de las intervenciones sobre el trastorno de la Imagen Corporal y, a continuación, la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una muestra de estudiantes de la UAB. La evaluación inicial, final y durante el seguimiento con el Cuestionario de la figura corporal» (Cooper et al, 1987), la «Entrevista para el trastorno dismórfico corporal» (Rosen y Reiter, 1995), la «Entrevista para los trastornos de la conducta alimentaria» (Fairburn y Wilson, 1993), la «Escala de autoestima de Rosenberg» (Rosenberg, 1979), el «Inventario breve de síntomas» (Degoratis y Spencer, 1982) y el «Inventario de depresión de Beck» (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh., 1961) muestran la eficacia del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Imagen corporal, trastorno dismórfico corporal, intervención cognitivo-conductual*

Abstract

The present article shows a review of interventions regarding Body Image Disorder (Body Dysmorphic Disorder) as well as an application of a cognitive-behavioral intervention with university students. The assesment at the pre and post-treatment and at the follow-up with the Body Shape Questionnaire (Cooper, Taylor, Cooper and Fairburn et al, 1987), the Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen and Reiter, 1995) the Eating Disorder Examination (Fairburn y Wilson, 1993) the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979), the Brief Symptom Inventory (Degoratis and Spencer, 1982) and the Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, and Erbaugh., 1961) show the effectiveness of the treatment.

KEY WORDS: *Body image disorder, body dysmorphic disorder, cognitive-behavioral intervention*

Introducción

Un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres en países occidentales muestran insatisfacción corporal (Grant y Cash, 1995). Pero no todos los casos con insatisfacción corporal y preocupación por el cuerpo constituyen alteraciones de la imagen corporal clínicamente significativas. De hecho sólo un 4% de las mujeres y menos del 1% de los hombres son diagnosticados de trastorno dismórfico de acuerdo a los criterios que el DSM-IV (APA, 1994) propone para este diagnóstico (Rosen, Reiter y Orosan, 1995).

Las personas que padecen un trastorno de la imagen corporal (IC), además deben satisfacer otros requisitos clínicos para ser diagnosticados como trastorno dismórfico:

- Ideas sobrevaloradas sobre la anormalidad o fealdad del aspecto facial o corporal que suscita preocupación. Son creencias fuertemente asentadas y defendidas por el individuo sobre la anormalidad del aspecto que preocupa, creencias que los demás no comparten.
- La presencia del supuesto «defecto» produce una intensa devaluación de la apariencia física y éste suele ser uno de los principales parámetros en su auto-evaluación, lo cual suele degenerar en una baja autoestima global.
- El malestar que produce debe producir interferencia en su funcionamiento diario social o laboral.
- Es probable que eviten múltiples situaciones que implican exponer su apariencia a otras personas. También son frecuentes las conductas de comprobación e inspección del «defecto»: como mirarse repetidamente al espejo, pesarse varias veces al día, medir con cinta métrica áreas corporales, o pedir insistentemente retroalimentación a los que le rodean acerca del aspecto facial o corporal que preocupa.

A continuación presentamos una breve revisión de los tratamientos de la imagen corporal conducidos desde la orientación cognitivo-conductual:

Estudios de casos y primeros estudios controlados de intervención cognitivo-conductual con estudiantes universitarios preocupados por su apariencia física. No existe consenso claro por el momento sobre cuál es el tratamiento de elección (Geremia y Neziroglu, 2001) en el trastorno dismórfico. Con relación a este trastorno se han realizado preferentemente estudios de casos, aunque existen algunos estudios controlados en la década de los 80 y comienzos de la década de los 90 (Butters y Cash, 1987; Dworkin y Kerr, 1987; Grant y Cash, 1995; Rosen, Saltzberg y Srebnik, 1989; Rosen, Cado, Silberg, Srebnik y Wendt, 1990; Fisher y Thompson, 1994; Rosen *et al.*, 1995). En la mayoría de ellos, se aplicó una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la insatisfacción corporal en estudiantes universitarias preocupadas por su cuerpo. La intervención cognitivo-conductual fue más eficaz que la ausencia de tratamiento.

La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales en las que se sustentan los trabajos anteriores se han realizado en formato grupal, a pesar de que ello no parece potenciar la mejora (Grant y Cash, 1995). Incluyen como componentes

terapéuticos: proveer información a los participantes sobre la IC y las alteraciones de la IC; desensibilización sistemática (DS) en imaginación de áreas de la apariencia física que generan malestar; un paso posterior suele ser la DS en vivo de esa misma jerarquía de aspectos de la apariencia física frente a un espejo; alguna modalidad de reestructuración cognitiva de cogniciones desadaptadas sobre los propios «defectos» en particular y sobre la apariencia física en general. Algunos programas se detienen únicamente en cogniciones superficiales como los pensamientos específicos que tienen las personas tratadas sobre el aspecto o aspectos físicos que desagradan y otros van más allá y trabajan también cogniciones profundas o suposiciones básicas sobre la apariencia física y su autoestima o sus relaciones con los demás, como la necesidad de ser perfecto estéticamente, la necesidad de agradar a todo el mundo o lo terrible de mostrar las propias imperfecciones estéticas a los demás.

Además de un bloque de intervención cognitiva, se suele incluir, con frecuencia posteriormente a la intervención cognitiva, la exposición a situaciones evitadas relacionadas con la apariencia física, prevención de respuesta para los rituales de comprobación y de búsqueda de confirmación, realización de actividades placenteras y de dominio en las que intervenga el cuerpo y, para vacunar a los participantes contra episodios futuros de malestar en relación con la imagen corporal, prevención de recaídas.

Estudios de tratamiento cognitivo-conductual que centran la intervención en individuos que satisfacen los criterios para el diagnóstico de trastorno dismórfico. En los estudios anteriores, no se informa de haber empleado una prueba diagnóstica basada en los criterios del DSM-IV de trastorno dismórfico y pueden existir diferencias sustanciales entre mujeres con intensa insatisfacción facial o corporal evaluada a través de cuestionarios y personas que satisfacen los criterios diagnósticos de trastorno dismórfico.

Rosen *et al.* (1995) aplicaron una intervención cognitivo-conductual, siguiendo un formato grupal, en una muestra de 54 mujeres diagnosticadas de trastorno dismórfico de acuerdo a los criterios del DSM-III-R y del DSM-IV. Se eliminaron aquellos sujetos que tenían anomalías físicas importantes así como un trastorno alimentario. Después de esta intervención, cuyos ingredientes son similares a los descritos en el apartado anterior, la mayoría (un 77%) de los sujetos dejó de satisfacer los criterios diagnósticos para el trastorno dismórfico.

Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993) combinaron exposición con prevención de respuesta y terapia cognitiva en 5 pacientes diagnosticados de trastorno dismórfico. Ninguno de ellos tomaba medicación. La intervención cognitiva pretendía desafiar la necesidad de perfección, la necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, la necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones, suposiciones básicas frecuentes en pacientes con trastorno dismórfico. En este trabajo de los 5 pacientes, 4 mejoraron significativamente con la intervención en una medida de creencias sobrevaloradas y en síntomas obsesivo-compulsivos. No se utilizó un grupo control.

Estudios de tratamiento cognitivo-conductual realizados por el equipo de la Dra. Raich de la UAB con personas evaluadas a través de una entrevista diagnóstica de trastorno dismórfico. En trabajos previos, hemos efectuado una adaptación del programa de Rosen *et al.* (1995) y Cash (1990) a muestras españolas (Raich, Mora y Soler, 1994; Raich, Soler y Mora, 1995; Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997; Raich, Mora y Marroquín, 1999; Raich, Mora y Marroquín, 2000). Los tres primeros trabajos incluían un grupo control de comparación. Los dos restantes se efectuaron con personas diagnosticadas de trastorno alimentario, además de presentar un trastorno dismórfico. No se incluyó en estos, un grupo control.

En el primero de estos trabajos se aplicó el programa adaptado del original de Rosen *et al.* (1995) a dos grupos terapéuticos constituidos por mujeres sin trastorno alimentario pero que presentaban puntuaciones clínicas en la «Entrevista para el trastorno dismórfico corporal» (*Body Dysmorphic Disorder Examination, BDDE*), entrevista diagnóstica elaborada por Rosen y Reiter en 1995 para el trastorno dismórfico y adaptada por nuestro equipo (Raich *et al.*, 1994; Raich, Herrera, Rovira y Torres, 1997). El segundo estudio controlado (Raich *et al.*, 1995) implementó el mismo programa a 11 mujeres y un grupo control de 6 sujetos, en lista de espera. El tercer estudio con grupo control (Raich *et al.*, 1997) se llevó a cabo en una muestra de 42 estudiantes diagnosticadas de trastorno dismórfico, de las cuales 30 formaron parte del grupo de tratamiento (una adaptación de los programas desarrollados por J.C. Rosen y T. F. Cash) y 12 formaron parte del grupo control. En los tres estudios no se produjeron diferencias *pre-post* en el grupo control en lista de espera, pero se obtuvieron diferencias clínica y estadísticamente significativas en los grupos sometidos a tratamiento, en todas las medidas: aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales de la imagen corporal, autoestima y ajuste psicológico global.

Los otros dos trabajos fueron llevados a cabo en mujeres con bulimia nerviosa a las que se aplicó el mismo programa para el trastorno dismórfico y una adaptación del programa de Fairburn, Marcus y Wilson (1993) para el trastorno bulímico. La intervención completa duró 12 sesiones semanales de 2 horas. Los resultados mostraron mejoras estadística y clínicamente significativas tanto en las medidas de trastorno alimentario como en las medidas de imagen corporal. En la evaluación postratamiento las participantes de ambos trabajos dejaron de satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-IV de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, ingesta compulsiva o TCANE, así como los criterios diagnósticos para el trastorno dismórfico, evaluados a través de la BDDE.

Estudios que efectúan una intervención puramente cognitiva. Geremia y Neziroglu (2001) quisieron probar los resultados de la Terapia Cognitiva sin otros componentes terapéuticos, en el tratamiento de 4 casos (2 hombres y 2 mujeres) diagnosticados de trastorno dismórfico. Se aplicó un diseño de caso único de línea base múltiple donde cada sujeto fue control de sí mismo. Según estos autores, el orden en que se aplican las intervenciones puede afectar a los resultados. Implementar la terapia cognitiva durante unas semanas, reducirá creencias desadaptativas sobre la apariencia, síntomas de ansiedad y depresión, lo cual per-

mitirá que el paciente pueda realizar ejercicios conductuales más difíciles, como la exposición con prevención de respuesta.

En este trabajo se aplicó una adaptación de la terapia cognitiva de Beck (1967) al trastorno dismórfico. Tal como suele hacerse en este formato de terapia, se comienza presentando la premisa básica de la terapia cognitiva, esto es, la relación cognición-emoción-conducta, entrenamiento en registro de pensamientos disfuncionales sobre la apariencia física, que proporcionan la materia prima sobre la cual se trabaja en las sesiones. Los resultados mostraron que 3 de los 4 casos mostraron reducciones significativas en depresión, ansiedad e insatisfacción con la apariencia física. Dos mostraron reducciones significativas en síntomas obsesivo-compulsivos y dos casos mostraron reducciones estadísticamente significativas en ideas sobrevaloradas.

Intervenciones que trabajan directamente el componente perceptivo de la imagen corporal. Entrenamiento en precisión perceptiva. En algún estudio se ha obtenido que el entrenamiento en precisión perceptiva de las dimensiones corporales no mejora la precisión perceptiva de los sujetos (Fisher y Thompson, 1994; Rosen et al., 1990). Existen también trabajos que incluyen un entrenamiento en precisión perceptiva y sin embargo no han evaluado el nivel de precisión perceptiva en la evaluación inicial ni el postratamiento (Rosen et al., 1995; Key et al., 2002).

Confrontación frente a un espejo. Sí, en cambio, es eficaz la exposición del cuerpo de los sujetos frente a un espejo, particularmente las áreas corporales que preocupan (Key et al., 2002). En éste último trabajo se compararon dos grupos de mujeres (n = 15) con anorexia nerviosa hospitalizadas. Los programas eran idénticos excepto en este ingrediente, de manera que las diferencias halladas entre los dos grupos serían atribuibles a este componente. El programa modificado que incluía confrontación frente a un espejo fue más eficaz en reducir la insatisfacción corporal y las puntuaciones de ciertas subescalas del «Inventario de los trastornos de la conducta alimentaria» (*Eating Disorders Inventory, EDI*; Garner, Olmstead, y Polivy, 1983) En el otro grupo no se produjeron estos cambios.

A partir de estos resultados parece más eficaz en el cambio de la Imagen Corporal recibir retroalimentación del propio cuerpo a partir de la imagen real del propio individuo, que realizar estimaciones repetidas de amplitudes. Esto está en sintonía con los resultados obtenidos mediante realidad virtual, como ahora veremos.

Realidad virtual. Dentro de este apartado sobre intervenciones que inciden de forma más o menos directa sobre el componente perceptivo de la imagen corporal, incluimos el estudio de Perpiñá, Botella y Baños (2000). Han elaborado un programa de evaluación y tratamiento de la imagen corporal en pacientes con TA a través de realidad virtual. El programa permite aumentar o disminuir independientemente las dimensiones de diferentes áreas corporales. Es un procedimiento inmersivo, en el sentido de que la persona no manipula una figura pequeña que aparece en la pantalla de un ordenador, sino que la paciente

está «dentro» de ese espacio y ve su propio cuerpo en sus dimensiones reales. El programa ofrece 6 diferentes escenarios de los cuales 4 van referidos a la imagen corporal. En uno de estos escenarios aparece una figura humana en 3 dimensiones de la estatura de la paciente. Mediante un panel es posible aumentar o disminuir las dimensiones de zonas corporales de la figura de forma independiente. Además de ésta, aparece otra figura en 3 dimensiones de textura traslúcida que corresponde al cuerpo de la paciente con sus medidas reales. Debe modelar la primera figura hasta que la figura resultante corresponda exactamente a las medidas que ella piensa que tiene. Debe girar la figura para contemplarla en sus diferentes ángulos. Al tocar un espejo aparecerá la segunda figura traslúcida con sus dimensiones reales. Esta segunda figura se superpone a la primera manipulada, al ser ésta última traslúcida, permite ver las discrepancias entre ambas. La tarea de la paciente será corregir esas discrepancias hasta ajustar la figura estimada a sus medidas reales.

Según Perpiñá *et al.* (2000) el programa no sólo mejora las alteraciones de la IC sino también la psicopatología general y alimentaria. Se aborda el componente perceptivo de la IC más directamente que con las técnicas tradicionales. Los resultados se mantienen al cabo de 6 meses.

El estudio que presentamos a continuación consiste en la descripción de un tratamiento administrado a un grupo de mujeres jóvenes preocupadas por su imagen corporal. El tratamiento ha sido conducido en la *Unitat d'Avaluació i Tractament de la Imatge Corporal* (UAIC; «Unidad de Evaluación y Tratamiento de la Imagen Corporal») que la Dra. Raich dirige en la Universidad Autónoma de Barcelona. El programa de intervención empleado es una adaptación de los programas originales de Rosen *et al.* (1995) y el de Cash (1990), adaptado por Raich *et al.* (1997), adaptación de la cual puede encontrarse una descripción completa en Raich (2000). A esta adaptación se le han incorporado nuevos materiales con formato multimedia que han sido desarrollados por miembros del equipo de la UAIC.

Nuestra hipótesis de trabajo sostiene que las participantes que reciban la intervención mencionada presentarán mejoras en medidas de imagen corporal y en otras medidas de autoestima y ajuste psicológico.

Método

Sujetos

La muestra está formada por un grupo de 4 estudiantes universitarias de segundo curso de la licenciatura de Psicología muy preocupadas por su imagen corporal que no habían desarrollado aún patología alimentaria grave (solo un sujeto presentaba un TCANE 6; véase tabla 1). Tres de los casos presentaban un estatus nutricional normal y solo uno de ellos un ligero sobrepeso. En la tabla 1 pueden observarse las principales características de la muestra.

Tabla 1
Características de la muestra

	Edad	IMC (m/kg ²)	BSQ pre *1	Diagnóstico TCA pre
Caso 1	20	26,00	142	∅
Caso 2	22	24,00	122	∅
Caso 3	20	24,80	109	∅
Caso 4	22	20,79	111	TCANE 6 *2

*1 En el *screening* realizado se seleccionaron sujetos con BSQ > 105

*2 Trastorno del Comportamiento Alimentario no Especificado nº 6

A continuación presentamos los criterios de inclusión y exclusión utilizados:

Criterios de inclusión: Puntuación \geq 105 en el BSQ (punto de corte de la adaptación española; ver apartado «material»), puntuación \geq 50 en la entrevista sobre el trastorno dismórfico BDDE (algo por debajo del punto de corte; véase apartado «material»), el juicio clínico de los entrevistadores y la motivación de los sujetos para participar en el tratamiento.

Criterios de exclusión: Cumplimiento de criterios diagnósticos de Bulimia o Anorexia Nerviosa según información extraída vía entrevista estructurada EDE (véase apartado «Material») y/o presencia de psicopatología grave en función de las puntuaciones en el BSI (ver apartado «Material»).

Material

Los instrumentos de evaluación que se han utilizado son los siguientes:

- *Body Shape Questionnaire*, BSQ (Cooper *et al.*, 1987). Consta de 34 ítems que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción y preocupación por el peso/silueta. La puntuación mínima es 34 y la máxima es 204; a mayor puntuación corresponde una mayor insatisfacción con la imagen corporal. Este cuestionario ha sido validado en España por Raich *et al.* (1996), demostrando buena fiabilidad y validez en muestras universitarias. Tanto el trabajo original de Cooper *et al.* (1987) como en la adaptación española de Raich *et al.* (1996), los grupos de mujeres preocupadas por su peso y su figura obtuvieron puntuaciones entorno a 109. El punto de corte seleccionado en la adaptación española es de 105.
- «Entrevista para el trastorno dismórfico corporal» (*Body Dysmorphic Disorder Examination*, BDDE; Rosen y Reiter, 1995). Ha sido realizada especialmente para evaluar la imagen corporal y los síntomas del Trastorno dismórfico. Es adecuada tanto para hombres como para mujeres. Evalúa tanto aspectos cognitivos como conductuales y no valora sólo la insatisfacción corporal, sino que es capaz de discriminar sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. Consta de un cuadernillo con 28 preguntas, una hoja de evaluación para el entrevistador y otra para el entrevistado; su aplicación está estimada

entre 15 y 30 minutos. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest, fiabilidad entre evaluadores, validez concurrente y validez predictiva. El punto de corte es igual o superior a 60. La consistencia interna de la adaptación española fue similar a la del original (0,94; Raich *et al.*, 1994; Raich *et al.*, 1997).

- «Entrevista para los trastornos de la conducta alimentaria» (*Eating Disorder Examination*, EDE; Fairburn y Wilson, 1993). La EDE es una entrevista estructurada que evalúa la frecuencia de las conductas clave de los TCA (varias formas de sobreingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos) y la severidad de otros importantes aspectos de las características psicopatológicas de los TCA. La adaptación española (Raich, Mora, Sánchez-Carracedo y Torras, 2000; Raich, Mora, Torras y Sánchez-Carracedo, 2000) mostró buena capacidad ($p > 0,05$) para discriminar entre controles y casos diagnosticados de TCA y una consistencia interna entre 0,80 y 0,85.
- «Escala de autoestima de Rosenberg» (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSS; Rosenberg, 1979). Es una medida global y unidimensional de la autoestima. Consta de 10 ítems y la puntuación mínima es de 10 y la máxima es 40. La corrección que hacemos de la prueba va en el sentido de que mayores puntuaciones se corresponden con una mayor autoestima. Una puntuación inferior a 24 indica baja autoestima. La escala presenta una fiabilidad test-retest de 0,77 y una consistencia interna de 0,89.
- «Inventario breve de síntomas» (*Brief Symptom Inventory*, BSI; Degoratis y Spencer 1982). Es una medida de psicopatología general. Consta de 53 ítems. El Índice de Gravedad Global, que es la medida de la gravedad presentada durante la semana anterior, oscila entre 0 y 4. Las puntuaciones entre 0 y 1 indican normalidad y las puntuaciones entre 1 y 4 indican psicopatología. La fiabilidad test-retest es de $r = 0,90$ y la consistencia interna oscila entre $r = 0,71$ y 0,85. Los coeficientes de validez con el MMPI son cerca del 0,30.
- «Trazado de Imagen»: es una medida de estimación de partes corporales. El sujeto realiza una estimación de la amplitud frontal de pecho, cintura, caderas y muslos, así como la amplitud lateral del pecho, abdomen y nalgas. Se efectúan dos estimaciones de cada parte y se extrae el promedio. Se toman las medidas reales con un calibrador. Se calcula el cociente entre la estimación y la medida real y se multiplica por 100, si éste índice es mayor a 120 hay sobreestimación significativa, si es menor a 80 hay subestimación.
- «Inventario de depresión de Beck» (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Es un instrumento para la detección y la cuantificación de los síntomas depresivos. Es un inventario autoaplicado de 21 ítems que evalúa la intensidad de la depresión. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, de modo que la puntuación total resultante tiene un rango de 0 a 36. En la adaptación española (Vázquez y Sanz, 1999) el coeficiente de fiabilidad fue de 0,90 y los índices de criterio fueron aceptables. Los puntos de corte utilizados son los siguientes: de 0 a 9 intensidad mínima, de 10 a 16 intensidad leve, de 19 a 29 intensidad moderada y de 30 a 36 intensidad grave.

- Índice de Masa Corporal: Peso en kg. / Talla al cuadrado en metros). Los rangos son los siguientes: menos de 17 indica grave infrapeso, de 18 a 20 indica bajo peso, de 20 a 25 indica peso normal, de 25 a 30 indica sobrepeso, de 30 a 40 indica moderadamente obeso y de 40 en adelante indica gran obeso.

Puede consultarse Raich, Mora y Sánchez-Carracedo (2003) para una descripción más completa de los instrumentos de evaluación de los TCA y del Trastorno dismórfico.

Para realizar la evaluación se emplearon los siguientes materiales:

- Una báscula marca SECA, modelo 761.
- Un calibrador corporal
- Un tallímetro

Durante el tratamiento se utilizaron los siguientes materiales:

- Un calibrado corporal
- Cintas audio para reforzar los contenidos y los ejercicios de las sesiones
- Los audiovisuales «El modelo estético de belleza femenina»® y «La transmisión del ideal de belleza»® (Raich, Sánchez-Carracedo y López Guimerà, 2002).

Procedimiento

La selección del grupo se realizó de entre un total de 158 estudiantes. Para ello se les administró el «Cuestionario de la figura corporal» (*Body Shape Questionnaire*, BSQ; Cooper *et al.*, 1987) y se seleccionó un primer grupo de personas configurado por 44 sujetos que estaban por encima del punto de corte (≥ 105) establecido en la adaptación española de Raich *et al.* (1996). Un total de 24 sujetos de este grupo aceptó someterse a una evaluación diagnóstica más completa. De ellos, 10 fueron descartados; 2 de ellos se derivaron por cumplir los criterios de exclusión y 8 fueron detectados como falsos positivos tras la evaluación realizada.

Finalmente, a 14 sujetos se les propuso participar en el tratamiento, de los cuales un total de 8 decidieron participar. Se crearon dos grupos de 4 sujetos cada uno. En este trabajo se presentan los datos correspondientes a uno de los grupos. El caso 2 fue incluido en el grupo a pesar de presentar un BDDE por debajo del criterio de inclusión siguiendo el juicio clínico de las terapeutas (se trata de un caso con historia de Bulimia).

El tratamiento se realizó en la Universidad Autónoma de Barcelona y fue dirigido por dos psicólogas que forman parte del equipo de la UAIC. Como se ha comentado, el tratamiento consiste en una adaptación realizada por Raich *et al.* (2000) de los programas de Rosen y Cash. En la tabla 2 puede observarse una relación de los objetivos y procedimientos básicos de las sesiones de este programa.

Tabla 2

Sesiones, objetivos y procedimientos terapéuticos del tratamiento de la imagen corporal de Rosen y Cash, adaptado por Raich *et al.* (1997)

SESIÓN	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS
1	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer qué es la imagen corporal. • Descubrir cómo se ha construido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información de la Psicología de la apariencia • Historia de la apariencia personal. • Análisis de la historia personal. • Influencia de la moda, el ideal estético corporal y la publicidad en nuestro propio concepto corporal. • Ejercicios de autorregistro.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer qué hace mantener la imagen corporal. • Analizar la distorsión perceptiva. • Mejorar en la percepción de diferentes partes del cuerpo o de su totalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información. • Visualización. • Mediciones repetidas hasta ajustar la percepción. • Ejercicios de comparación social. • Ejercicios
3	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización sistemática en cada una de las partes del cuerpo, frente al espejo, con ropa y sin ropa.
4 5	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-observación y auto-registro. • Interrogación socrática • Pruebas de realidad • Técnica de las 3 columnas • Aceptación de cumplidos
6 7 8		
9	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Prevenir las recaídas

El tratamiento administrado consta de 9 sesiones con una duración de dos horas por sesión. La periodicidad es de una sesión semanal. A continuación se detallan los objetivos específicos, técnicas aplicadas y principales tareas entre sesiones de cada una de las sesiones del tratamiento administrado finalmente:

SESIÓN 1

Objetivos: en esta primera sesión los objetivos propuestos fueron el establecimiento de una buena relación terapéutica y grupal, proporcionar la información básica necesaria sobre conceptos relacionados con la psicología de la apariencia y el desarrollo del trastorno de la imagen corporal, y proporcionar información acerca del ideal de belleza y cómo éste ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

Técnicas: se utilizaron técnicas dirigidas al funcionamiento de grupo y se presentó el audiovisual «El modelo estético de belleza femenina»® (Raich et al., 2002) que permitió el debate y la reflexión grupal acerca del componente perceptivo de la imagen corporal. En esta sesión también se les pedía que firmaran un contrato terapéutico por el cual adquirirían ciertos compromisos encaminados a fortalecer la cohesión del grupo y la adquisición de responsabilidades en la terapia.

SESIÓN 2

Objetivos: se concretaron en dar información acerca de cómo la publicidad transmite el ideal de belleza actual e iniciar un proceso de corrección perceptiva.

Técnicas: se presentó el audiovisual «La transmisión del ideal de belleza»® (Raich et al., 2002) que generó un nuevo debate sobre la influencia de la publicidad en el desarrollo y mantenimiento de las distorsiones perceptivas de la propia imagen corporal. Se presentaron técnicas de visualización y corrección de los errores perceptivos.

Tareas entre sesiones: las actividades realizadas consistieron en relajación guiada con cinta y auto registros de situaciones, pensamientos y emociones.

SESIÓN 3

Objetivos: En esta sesión se siguió corrigiendo la distorsión perceptiva y las emociones relacionadas con la imagen corporal.

Técnicas: Se emplearon para ello las técnicas de corrección de la distorsión perceptiva, y para reducir las emociones desadaptadas la desensibilización sistemática (DS) en imaginación y una técnica cognitiva para el incremento de los pensamientos positivos relacionados con la propia imagen corporal.

Tareas entre sesiones: Ejercicios de comparación social, practicar de DS guiada con cinta para trabajar la exposición en imaginación a áreas corporales con y sin ropa y practicar la afirmación positiva asociada a una conducta de alta frecuencia.

SESIÓN 4

Objetivos: el objetivo incorporado fue explicar y entrenar en reestructuración cognitiva.

Técnicas: durante la sesión se entrenó a las participantes en interrogación socrática a través de la representación de papeles (*role-playing*).

Tareas entre sesiones: se les indicaba a las participantes que siguieran realizando entre sesiones las tareas que ya venían practicando especificadas en las anteriores sesiones y que incorporaran en el auto registro de pensamientos la corrección de los mismos tal como se había ensayado en sesión.

SESIÓN 5

Objetivos: fueron objetivos de esta sesión el entrenamiento en la corrección de pensamientos distorsionados y en la DS en imaginación ante situaciones estresantes todo ello relacionado con la propia imagen corporal.

Técnicas: se siguieron utilizando las técnicas ya presentadas de DS en imaginación y de reestructuración cognitiva.

Tareas entre sesiones: continuación individual de la DS y un auto registro con corrección de pensamientos e identificación de los correspondientes errores cognitivos.

SESIÓN 6

Objetivos: en esta sesión se presentó como objetivo presentar y explicar la técnica de inoculación de estrés.

Técnicas: la inoculación de estrés se incluye en el tratamiento para que las participantes se entrenen y dispongan de recursos propios para afrontar las situaciones de ansiedad relacionadas con su preocupación por la imagen corporal.

Tareas entre sesiones: a las actividades que debían seguir realizando, descritas en sesiones anteriores, se añadieron ejercicios guiados por cinta relacionados con la apariencia física, la salud y el placer sensorial.

SESIÓN 7

Objetivos: el objetivo específico nuevo que se trabajó fue informar del origen y significado de las manifestaciones conductuales de evitación y los rituales realizados por las personas con preocupación por su imagen corporal.

Técnicas: se entrenó a las asistentes en técnicas de exposición en vivo con prevención de respuesta y en detectar los rituales así como las conductas de evitación que pudieran observar en ellas mismas. El entrenamiento en técnicas de exposición se realizó en una cafetería de la universidad donde llevaron a cabo unas tareas pactadas y con la tutela de las terapeutas.

Tareas entre sesiones: Las tareas a realizar no citadas hasta ahora fueron DS en imaginación a situaciones estresantes teniendo en cuenta los recursos aportados por la inoculación de estrés para afrontar dichas circunstancias y realización de una exposición en vivo ante situaciones ya pactadas con cada una de las participantes.

SESIÓN 8

Objetivos: en esta sesión se incorporó como objetivo el entrenamiento en la aceptación de cumplidos.

Técnicas: en dicha sesión se incorporó el entrenamiento en la aceptación de cumplidos a través de la representación de papeles (*role-playing*) y se continuó trabajando con reestructuración cognitiva y aplicación de la exposición en vivo con prevención de respuesta a aspectos concretos elegidos individualmente.

Tareas entre sesiones: nueva exposición en vivo individual y exposición grupal, ambas pactadas de antemano.

SESIÓN 9

Objetivos: se introdujo como objetivo explicar y desarrollar estrategias para la prevención de recaídas.

Técnicas: en esta sesión se tuvo la oportunidad de desarrollar estrategias para la prevención de recaídas a partir de una situación real vivida por una de las asistentes que experimentó una sensación de fracaso terapéutico ante su respuesta al observarse en una fotografía.

Antes de finalizar la última sesión se informó a las participantes en la terapia que se realizarían sesiones de seguimiento a los 3 meses, 6 meses, 1 y 2 años respectivamente, después de haber concluido el tratamiento. Hasta el momento, se ha realizado la evaluación en cuatro momentos diferentes: en el pre-tratamiento (línea base), en el post-tratamiento, a los 3 y a los 6 meses de seguimiento. Las medidas tomadas en los cuatro momentos han sido las del BSQ y BDDE como medidas más directas de preocupación por la imagen corporal, y las del BDI, BSI y RSS como medidas de ajuste psicológico (hay que tener en cuenta que la intervención se centraba exclusivamente en temas de imagen corporal). Además, se administró la entrevista EDE en los diferentes momentos de la evaluación.

Las personas encargadas de realizar las evaluaciones fueron distintas a las personas que condujeron el grupo de tratamiento.

Resultados

En la tabla 2 pueden observarse las puntuaciones obtenidas por cada uno de los cuatro sujetos en los cuatro momentos de la evaluación.

En las figuras 1 a 5 puede observarse un análisis visual de la evolución experimentada por los cuatro casos a lo largo de los diferentes momentos de la evaluación en las cinco medidas tomadas.

BDDE: a partir de los resultados obtenidos mediante la entrevista diagnóstica BDDE observamos que en la evaluación *pre* tan solo el caso 3 se sitúa por encima del punto de corte, a pesar de que tanto el caso 1 como el 4 se sitúan muy cercanos al mismo. En las medidas *post*, salvo el caso 2 (del que hablaremos más adelante), se observa una mejora notable en todos los casos, tendencia que se observa en la totalidad del grupo a los 3 y 6 meses de seguimiento.

BSQ: En este caso, la totalidad de los casos se sitúan por encima del punto de corte en las puntuaciones *pre*, dado que ello constituía uno de los criterios de selección. Los datos muestran una mejora notable en la preocupación por la IC en todo el grupo. Ya en las medidas *post*, todos los casos se sitúan por debajo del punto de corte. La tendencia a la mejora se mantiene a los 3 meses y sigue en la misma dirección a los 6 meses, aunque se observa un ligero repunte en este momento en el caso 1.

Tabla 3
Puntuaciones de los cuatro casos en los cuatro momentos de la intervención*

	BDDE			BSQ			BDI			BSI			RSS							
	Pre	Post	Seg 1	Seg 2	Pre	Post	Seg 1	Seg 2	Pre	Post	Seg 1	Seg 2	Pre	Post	Seg 1	Seg 2				
Caso 1	57	29	25	27	142	76	69	90	12	4	4	2	1.3	.38	.23	.37	24	31	34	38
Caso 2	31	37	20	15	122	103	58	62	2	8	1	1	0.2	.57	.13	.08	31	27	27	30
Caso 3	67	26	16	16	109	67	48	55	17	5	3	7	1.3	.64	.11	.19	24	35	37	29
Caso 4	52	25	12	14	111	61	51	42	14	1	0	0	.64	.19	0	0	27	33	34	36

*el seguimiento 1 se realizó a los 3 meses de la finalización de la intervención y el seguimiento 2 a los 6 meses

Figura 1
Evolución de las puntuaciones de los cuatro casos en el BDDE

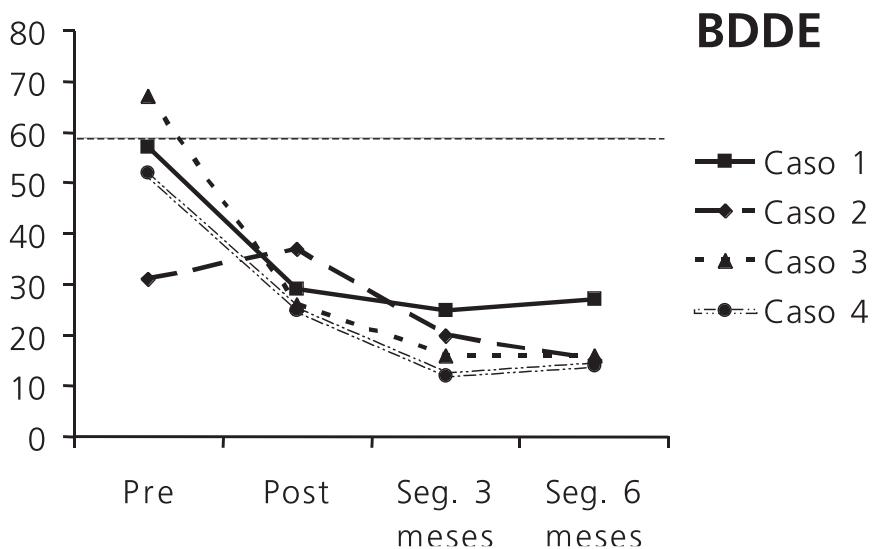


Figura 2
Evolución de las puntuaciones de los cuatro casos en el BSQ

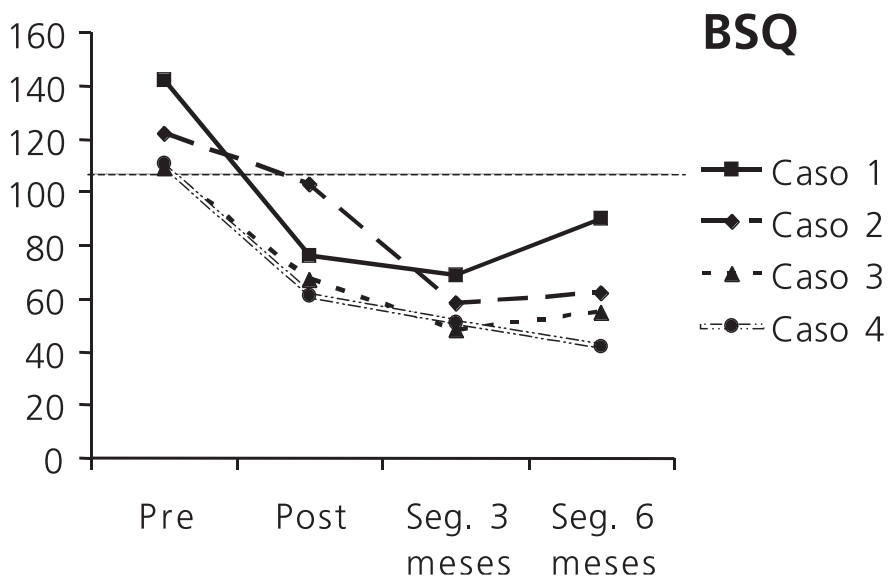


Figura 3
Evolución de las puntuaciones de los cuatro casos en el BDI

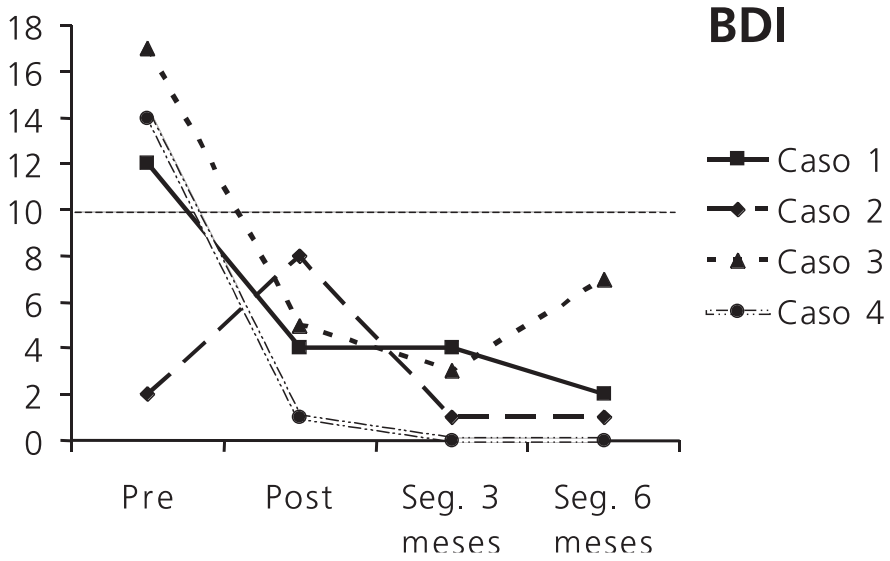
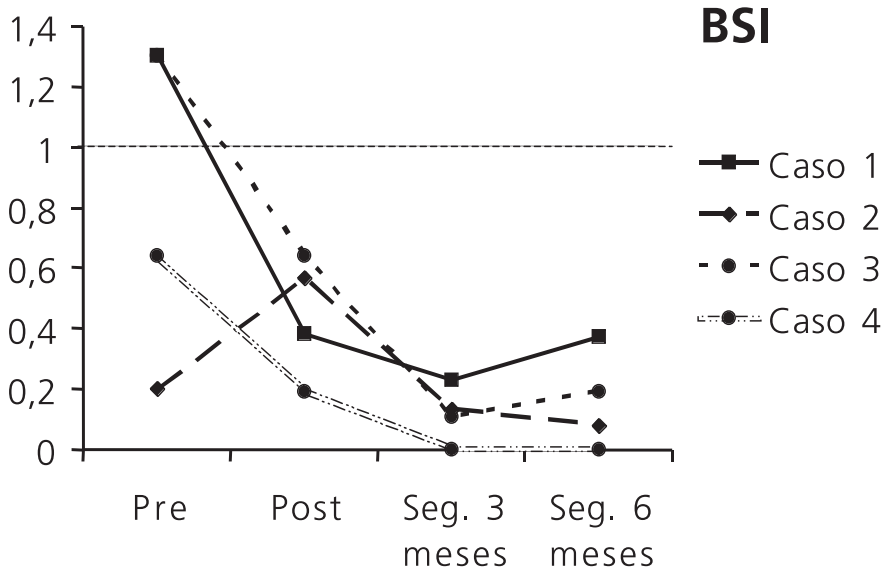
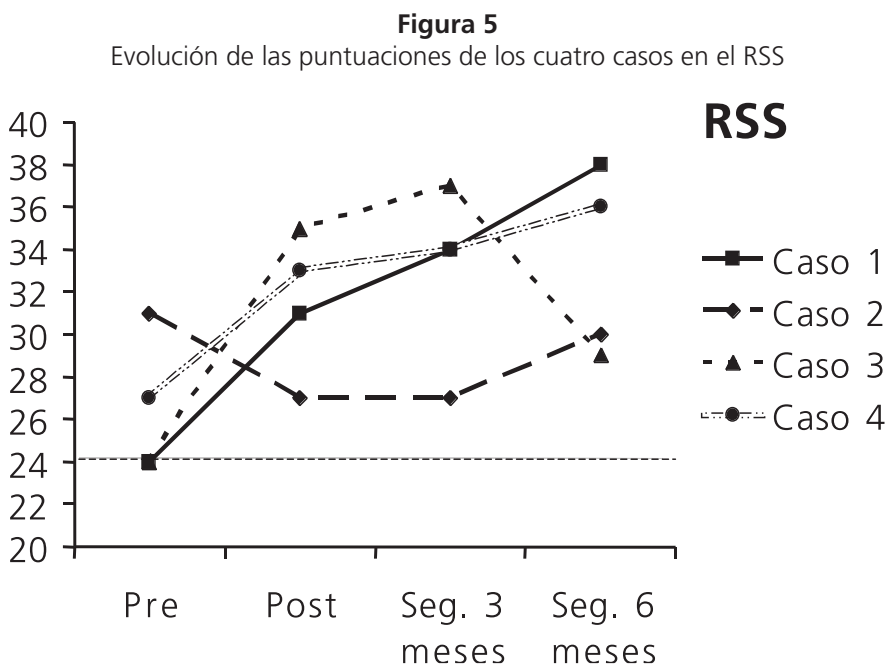


Figura 4
Evolución de las puntuaciones de los cuatro casos en el BSI





BDI: en este caso, salvo el caso 2, los restantes tres se sitúan por encima del punto de corte en las medidas *pre*. Las mejoras son muy acentuadas en estos tres casos y se observa un ligero empeoramiento del caso 2, aunque siempre por debajo del punto de corte. En las medidas de seguimiento se mantiene la misma tónica general de mejora, mejora que es especialmente acusada en el caso 4.

BSI: en esta prueba que mide psicopatología general, la puntuación que han obtenido los casos 1 y 3 en la evolución *pre* es superior a 1, el punto de corte. Todos los casos presentan en el seguimiento a los 6 meses una mejoría considerable, presentando puntuaciones muy inferiores a 1, mejora que de nuevo es especialmente acusada en el caso 4.

RSS: al igual que en el BSI, los casos 1 y 3 se sitúan en el punto de corte en la evaluación *pre*. La mejora en la autoestima es notable en los cuatro casos a través de los diferentes momentos de la evaluación, aunque se observa un ligero empeoramiento en el seguimiento a los 6 meses en el caso 3.

IMC: no se han producido apenas cambios en ninguno de los cuatro casos. Tan solo el caso 3 cambia de categoría de estatus nutricional, pasando a tener un ligero sobrepeso en la evaluación a los seis meses, aunque el cambio es apenas destacable (véase tabla 3).

Además de los cambios favorables observados en las cuatro escalas utilizadas como medidas de cambio, hemos de hacer referencia al resultado de la entrevista EDE, administrada también en los diferentes momentos de la evaluación. La tónica

Tabla 4
Evolución de los IMC de los cuatro casos

	IMC pre	IMC post	IMC pre	IMC pre
Caso 1	26.00 sobrepeso ¹	25.02 sobrepeso	25.64 sobrepeso	25.21 sobrepeso
Caso 2	24.00 peso normal ²	24.55 peso normal	25.33 sobrepeso	24.28 peso normal
Caso 3	24.80 peso normal	25.30 sobrepeso	24.41 peso normal	25.71 sobrepeso
Caso 4	20.79 peso normal	20.94 peso normal	21.51 peso normal	20.79 peso normal

¹ sobrepeso equivale a un IMC entre 25-29,9

² peso normal equivale a un IMC entre 20-24,9

inicial de ausencia de TCA se ha mantenido a lo largo de los cuatro momentos, y el caso 4, diagnosticado con un TCANE 6 en la medida *pre*, ha dejado de cumplir criterios diagnósticos de cualquier tipo de TCA una vez finalizada la intervención.

También hemos de comentar que no se han producido apenas cambios en el IMC de ninguno de los cuatro casos, con lo que los cambios en la preocupación por la imagen corporal y el ajuste psicológico se han producido en ausencia de cambios en el peso.

Se han producido también importantes cambios en el comportamiento que no quedan reflejados en las escalas utilizadas pero que se observan en los registros. Así, el grupo comenzó a realizar ya en las fases finales del tratamiento conductas de afrontamiento a situaciones antes evitadas. Un ejemplo de ello es que un día, las cuatro participantes decidieron ir juntas a la playa, ponerse un bikini e incluso hacerse fotos, comportamientos todos ellos que eran evitados por las cuatro desde hacía tiempo. También han desaparecido muchas conductas defensivas como llevar ropas anchas para ocultar su cuerpo y se han reducido de forma importante las conductas de chequeo y autoobservación del propio cuerpo que conducían a un evidente malestar.

Al final de la intervención se pidió a los sujetos una valoración del programa recibido y de su propia evolución. Al examinar y valorar algunos de los registros de sesiones iniciales, todas coincidieron en estar especialmente sorprendidas por las fuertes restricciones que se imponían antes de la intervención así como por la intensa sensación de culpabilidad que experimentaban, otorgando un gran valor al haber aprendido a aceptarse como son. En las tablas 5 y 6 aparece transcrito lo que puede observarse en las figuras 6 y 7 como una muestra de esta evolución al examinar un registro antes y después de la intervención del sujeto 3.

También se le pidió al grupo una valoración específica de los aspectos y técnicas más valorados de la intervención. Hubo un consenso en destacar como uno de los aspectos más valorados del tratamiento el análisis que se realizó en las sesiones ini-

Tabla 5
Muestra de un registro al inicio del tratamiento del caso 3

Fecha	Situación ¿qué estoy haciendo? ¿qué ha sucedido? ¿dónde estoy?	Pensamientos (0-100%)	Emociones Tipo (0-10)	Conducta ¿Qué hago?
29-3-03	<i>Mañana:</i> estoy en el curso de monitoras de tiempo libre, estamos en clase y todas somos chicas. Estoy sentada y solo me veo una barriga que sobresale por encima del pantalón	Estoy gorda, no me tendría que haber puesto estos tejanos tan apretados hasta que mi barriga no haya bajado de volumen (90%)	Enfado (8) Vergüenza (9) Tristeza (8) Vergüenza (9)	Bajarme la camiseta al máximo a intentar tapar el problema Salgo enfadada de casa y estoy toda la tarde incómodísima
30-3-03	<i>Tarde:</i> me voy con una amiga al cine y a cenar. Me estoy arreglando, nada me gusta Curso monitoras, me veo en un espejo las nalgas	Siento vergüenza de ir así, parezco un payaso con estos pantalones que marcan culo. Qué incómoda voy (85%) Qué horror, qué deforme, qué fea, qué vergüenza, todo el mundo me miraba, qué asco (95%).	Rabia (8) Vergüenza !!(10)	Intento no levantarme sin chaqueta

Figura 6
Muestra de un registro al inicio del tratamiento del caso 3

Fecha	Situación ¿qué estoy haciendo? ¿qué ha sucedido? ¿dónde estoy?	Pensamientos (0-100%)	Emociones Tipo (0-10)	Conductas ¿Qué hago?
29-3-03	<i>Mañana:</i> estoy en el curso de monitoras de tiempo libre, estamos en clase y todas somos chicas. Estoy sentada y solo me veo barriga q. sobresale por encima del pantalón <i>Tarde:</i> me voy con una amiga al cine y a cenar. Me estoy arreglando, nada me gusta	Estoy gorda, no me tendría q. haber puesto estos tejanos tan apretados hasta q. mi barriga no haya bajado de volumen. (90%) Siento vergüenza de ir así, parezco un payaso con estos pantalones q. marcan culo. Qué incómoda voy (85%)	Enfado (8) Vergüenza (9) Tristeza (8) Vergüenza (9)	Bajarme la camiseta al máximo a intentar tapar el problema Salgo enfadada de casa y estoy toda la tarde incómodísima
30-3-03	Curso monitoras, me veo en un espejo las nalgas	Qué horror, q. deforme, q. fea, q. vergüenza, todo el mundo me miraba, qué asco (95%)	Rabia (8) Vergüenza!! (10)	Intento no levantarme sin chaqueta

Tabla 6
Muestra de un registro al final del tratamiento del caso 3

Fecha	A Situación ¿qué estoy haciendo? ¿qué ha sucedido? ¿dónde estoy?	B Pensamientos (0-100%)	C Emociones Tipo (0-10) Conductas ¿qué hago?	D Cuestionamiento	Pensamiento corregido (0-100%)	Emociones resultantes del pensamiento corregido (0-10)
1-05-03	Vamos a la playa	Tranquilidad. En ningún momento me siento mal. Estoy contenta. Me siento tranquila	Alegría (7) Tranquilidad (8)			
2-05-03	Me pongo unos pantalones viejos	Qué mal, me hacen un poco más rellena que el año pasado	Ansiedad (7)	¿Pasa algo por que me queden justos? Voy cómoda y me gustan, ¿por qué no me los voy a poner?	Aunque me queden más ajustados me los pongo. ¿Qué más da? A mí me gustan y a nadie le importa	Tranquilidad(6)

Figura 7
Muestra de un registro al final del tratamiento del caso 3

Fecha	A Situación ¿qué estoy haciendo? ¿qué ha sucedido? ¿dónde estoy?	B Pensamientos (0-100%)	C Emociones Tipo (0-10) Conductas ¿Qué hago?	Cuestionamiento D	Pensamiento corregido (100%)	Emociones resultantes del pensamiento corregido (0-10)
1-05-03	Vamos a la playa	Tranquilidad su mujer cuando me siento mal, estoy contenta, me siento tranquila	Angustia 7 Tranquilidad 8			
2-05-03	Te pongo unos pantalones nuevos	Que mal, me hacen un poco más tallada q. el otro pasado	Angustia 7	¿Pasa algo pq. me quedan justos? ¿Ellos cómodos y me gustan pq. voy a ponerlos?	Aunque me quedan más ajustados me los pongo, q. me da? ¿me me gustan y a nadie le importa.	Tranquilidad 8

ciales de los audiovisuales «El modelo estético de belleza femenina»® y «La transmisión del ideal de belleza»® (Raich *et al.*, 2002). Las técnicas más valoradas fueron la detección de pensamientos negativos gracias al uso de registros y las técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación.

Por parte de los terapeutas, a los que también se les solicitó una valoración de la intervención, además de destacar el acierto en las técnicas utilizadas, se da una gran importancia a la fuerte cohesión de grupo conseguida, a los audiovisuales presentados a modo de introducción que ya hemos comentado y al haber podido trabajar recaídas reales de forma terapéutica que se produjeron al final del tratamiento.

Finalmente, es de destacar que la mejora se ha notado especialmente en las últimas tres semanas de tratamiento.

Discusión

El tratamiento ha producido una mejora importante en la satisfacción con la Imagen Corporal. Se ha producido una mejoría importante en todos los casos que se ha mantenido a los 3 y 6 meses de seguimiento en términos generales. La eficacia del tratamiento queda reforzada por la ausencia de cambios significativos en el IMC. No hay que olvidar que los cuatro casos sentían una importante insatisfacción corporal que les llevaba a sentirse «gordas» y «sin formas». En ocasiones, cambios positivos transitorios en la imagen corporal guardan relación con una pérdida significativa de peso, en la dirección de los deseos de las afectadas, que ponen en práctica comportamientos restrictivos conducentes a la pérdida de peso. No es este el caso. Además, hay una ausencia de patología alimentaria que se mantiene a lo largo de todo el seguimiento. Es especialmente remarcable el caso 4, que deja de presentar el TCANE que padecía al inicio del tratamiento.

Con respecto a las medidas propias de IC, el BSQ y la BDDE, todos los casos han bajado del punto de corte del BSQ (criterio utilizado como cribado inicial) desde la evaluación *post*, manteniendo este resultado a los seis meses de seguimiento. Es especialmente interesante atender a la BDDE, que es el instrumento con más garantías metodológicas y diagnósticas para evaluar los problemas de imagen corporal. El único caso que estaba por encima del punto de corte en la BDDE (≥ 60) en la evaluación *pre*, el caso 3, ha bajado del mismo en el seguimiento y además de forma muy acusada. Todos los casos han experimentado una reducción en la puntuación de la BDDE superior al 50%, reducción que consideramos altamente significativa.

Las covariaciones en las puntuaciones de la BDDE a lo largo de las diferentes fases del estudio no son idénticas a las que se producen en el BSQ para los mismos sujetos. Ambas son las medidas más directas de IC consideradas en este trabajo. Esto podría indicar sus diferentes sensibilidades al cambio o la medición de aspectos diferentes de la IC.

Respecto a las diferentes medidas de ajuste psicológico, todos los casos, salvo el caso 2, presentaban niveles de depresión leve/moderada en el BDI y han pasado a un nivel de intensidad mínima en el último seguimiento tomado hasta la fecha. Respecto al BSI, los casos 1 y 3 se situaban por encima del punto de corte en la evaluación *pre*. A los 6 meses del tratamiento, todos los casos presentan niveles de psicopatología en el BSI por debajo de dicho punto. Según datos no publicados del equipo que el Dr. Bados dirige en la Universidad de Barcelona, las puntuaciones de la evaluación de seguimiento a seis meses son similares a las que presentan el resto de población universitaria normal ($0,58 \pm 0,46$) de nuestro entorno. Finalmente hemos observado que los casos 1,3 y 4 experimentan una mejora de la autoestima del 20% sobre el rango de la puntuación total.

Atención especial merece el caso 2, que salvo en las puntuaciones del BSQ, donde experimenta una mejora progresiva en los sucesivos momentos de la evaluación, presenta un aparente empeoramiento en las puntuaciones de la evaluación *post*, que después cambian en un sentido de clara mejoría en las medidas de los dos seguimientos. Opinamos que el supuesto empeoramiento al final del tratamiento no fue tal, sino que es producto de haber minimizado las puntuaciones *pre*. Hay que recordar que este caso fue incluido en el grupo a pesar de no cumplir el criterio de inclusión de una puntuación superior a 50 en la BDDE, siguiendo el criterio clínico de las terapeutas que habían observado una historia de bulimia previa y una especial motivación hacia el tratamiento. El estudio detallado de sus registros y de sus intervenciones en el grupo mostraba de forma clara una mejoría evidente en muchos aspectos. El propio sujeto, cuestionado a este respecto, verbalizó, tanto a las terapeutas como a las evaluadoras de las fases posteriores a la intervención, que a lo largo del tratamiento fue tomando mayor conciencia de la magnitud de sus problemas, reconociendo incluso haber minimizado su importancia en la evaluación *pre*-tratamiento.

Referente a las valoraciones realizadas por el grupo sobre las técnicas o ejercicios más útiles, nos muestran que algunos cambios incorporados a la adaptación que Raich *et al.* (1997) realizaron de los programas de Rosen *et al.* (1995) y de Cash (1990), han resultado muy valiosos, apreciación que es compartida por las terapeu-

tas. Nos referimos especialmente a los audiovisuales «El modelo estético de belleza femenina»® y «La transmisión del ideal de belleza»® (Raich *et al.*, 2002) que, aunque inicialmente diseñados como parte de un programa de prevención primaria dirigido a escolares (Raich, Sánchez Carracedo y López Guimerá, 2002) se han mostrado como un componente muy útil del programa de tratamiento. Suponemos que, al tratarse de un audiovisual que cuestiona de forma muy llamativa e impactante el modelo estético de belleza femenina imperante y los medios fraudulentos que se utilizan para su transmisión social, constituye una valiosa introducción a la cuestión central del tratamiento y proporciona una sensación de dominio y conocimiento del tema por parte de los terapeutas, aspectos ambos que pueden ayudar a potenciar la motivación tan necesaria siempre en las sesiones iniciales de todo tratamiento.

Análogamente, la intervención cognitiva aplaudida por los integrantes del grupo, también ha sido señalada como muy útil por los integrantes de otros grupos de terapia conducidos en trabajos anteriores. Estos resultados parecen apoyar los resultados obtenidos por Geremia y Neziroglu (2001) donde aplican una intervención puramente cognitiva a varios casos diagnosticados de trastorno dismórfico, los cuales experimentaron mejorías en varios parámetros relevantes para la IC. Pensamos, no obstante, que una intervención conductual basada en la exposición resulta ineludible en este tipo de trastornos. Tal como sugieren estos autores, la inclusión de una intervención cognitiva primero en el programa, podría facilitar los ejercicios de exposición posteriores. Estos autores defenderían que el orden en que se aplican las técnicas cognitivas y conductuales no es indiferente para los resultados.

En este sentido, una recomendación para trabajos posteriores sería comparar los resultados obtenidos variando el orden de aplicación de estos componentes (corrección de pensamientos y exposición). En el caso de nuestro protocolo de intervención, se inicia la intervención cognitiva juntamente con una DS en imaginación de áreas corporales y de situaciones estresantes relacionadas con la imagen corporal, que sirve de elemento facilitador de la exposición posterior llevada a cabo al final del tratamiento. De manera que nuestro esquema de procedimiento se ajusta a la directriz de estos autores.

Tal como hemos obtenido en estudios previos, las mejoras del grupo sometido a tratamiento no se circunscriben únicamente a los parámetros relacionados con la imagen corporal sino que se producen mejoras también en medidas de ajuste psicológico global como es la autoestima que mejora sustancialmente, probablemente debido al efecto sobredimensionado que tiene el cuerpo en el esquema de autovaloración de los sujetos con este problema, y en medidas de psicopatología general. Esto prueba el impacto desfavorable que puede llegar a tener una imagen corporal negativa en el funcionamiento psicológico de un individuo.

En general, hemos de señalar como una limitación de nuestro trabajo la ausencia de grupo control, lo cual limita la interpretación de la eficacia del tratamiento. Resulta difícil la obtención de este tipo de grupos en el campo clínico, aunque esperamos que las listas de espera sean un medio que nos permita obtener este tipo de datos más adelante. No obstante, como hemos comentado en la introducción,

nuestro equipo ya había mostrado la eficacia de este tipo de tratamientos utilizando grupos control.

Finalmente, nos gustaría destacar que, para valorar el cambio, resulta necesario complementar las medidas cuantitativas de las escalas habitualmente utilizadas, con otras medidas de carácter más cualitativo, tales como la evolución de registros y valoraciones proporcionadas por los mismos sujetos a lo largo de las sesiones que ayudan a proporcionar una visión más completa del cambio alcanzado y a una mejor valoración del programa.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561- 571.
- Butters, J.W. y Cash, T.F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Cash, T.F. (1990). *Body image enhancement: a program for overcoming a negative body image*. Nueva York: Guilford.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Degoratis, L.R. y Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dworkin, S.N. y Kerr, B.A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 136-146.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (dirs.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Firburn, C.G. y Wilson, G.T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Fisher, E. y Thompson, J.K. (1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geremia, G.M. y Neziroglu, F. (2001). Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 243-251.
- Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. y Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*. 31, 185-190.
- Neziroglu, F.A. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993). Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dismorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.

- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y Tratamiento mediante realidad virtual*. Valencia: Promolibro.
- Raich, R.M., Herrera, S., Rovira, T. y Torres, J. (1997). Evaluación de la imagen corporal en estudiantes universitarias. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 41, 6-14.
- Raich, R.M., Mora, M. y Marroquín, H. (1999). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno alimentario no especificado. *Revista Terapia Psicológica*, 7, 32, 167-178.
- Raich, R.M., Mora, M. y Marroquín, H. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual en alteraciones alimentarias: una experiencia grupal. *Psicología Contemporánea*, 7, 48-55.
- Raich, R.M., Mora, M., Marroquín, H., Pulido, A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 405-424.
- Raich, R. M., Mora, M. y Sánchez-Carracedo, D. (2003). Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad. En T. Gutiérrez Rosado, R. M. Raich, D. Sánchez Carracedo y J. Deus (dirs.), *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Raich, R.M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D. y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (*Eating Disorders Examination*) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista AETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario)*, 1, 3- 5.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 8, 51- 66.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, 8, 15, 81-99.
- Raich, R.M., Soler, A. y Mora, M. (1995). A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: a pilot study. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 175-182.
- Raich, R. M., Mora, M., Torras, J., Sánchez- Carracedo, D. (2000). Uso de la entrevista EDE para evaluar los trastornos alimentarios en población universitaria. *Psicología Contemporánea*, 7, 36- 47.
- Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D. y López Guimerà, G. (2002). *Prevención primaria en una muestra de jóvenes adolescentes mediante un programa psicológico multimedia. Cd-ROM que contiene las presentaciones en formato Power Point «El modelo estético de belleza femenina», «La transmisión del ideal de belleza» y «Nutrición»*. Obra científica registrada con nº 02/2003/7448 en el Registro de la Propiedad Intelectual de Catalunya, 2003.
- Raich, R.M., Sánchez Carracedo, D. y López Guimerá, G. (2002). Propuesta de intervención preventiva de trastornos del comportamiento alimentario con formato multimedia. *Libro de Abstracts de la Reunión Anual de la SEPCyS*. Oviedo.
- Raich, R. M., Fauquet, J., López, G., Portell, M. y Sánchez Carracedo, D. (2003). Preventing Eating Disorders with a Short Power Point Presentation. *Book of Abstracts of the Eating Disorders Research Society*, p. 3, Ravello. Italia).
- Rosen, J.C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D. y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J.C. y Reiter, J.T. (1995). *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*. Documento no publicado. University of Vermont.
- Rosen, J.C., Salzberg, E. y Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.

- Rosen, J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body-image for body dismorfic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Roseenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.