

# Grupo de imagen corporal en trastornos de la alimentación: se hace camino al andar.

Joaquín Ponte Velón

Psicólogo Clínico.  
Hospital de Zamudio, Bizkaia.

En el artículo se describe la terapia grupal realizada con pacientes de una Unidad especializada en Trastornos alimentarios del Hospital de Galdácano. Se sigue una metodología cognitivo conductual en la línea del trabajo de Rosen, J. C. y Cash, T. F. Sus objetivos principales son reducir la imagen corporal negativa y minimizar los síntomas de los trastornos alimentarios. El método utilizado es la evaluación pre y post grupo de siete pacientes. Se utiliza la T de Wilcoxon como medida estadística. Se produce una reducción significativa en el malestar con la imagen corporal, se reducen síntomas medidos por el E.A.T. y se consigue una ganancia en autoestima. El trabajo grupal en imagen corporal sirve para conseguir objetivos terapéuticos importante en la recuperación de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia.

In this work we describe the Body Image Group Therapy Program done with patients coming to a eating Disorders Specialised Unit in Galdacano's Hospital. A cognitive behavioural methodology in the line of Rosen, J.C. and Cash, T. F is used in this group. Main aims are reducing the negative body image and reducing eating disorders' symptoms. The method is a pre-test pos-test comparison of means, using Wilcoxon paired samples T test. A significant reduction in negative body image is found, along with a decrease in symptoms measured by the E.A.T. and a better self esteem is apparent. Body image group therapy works to obtain important objectives in the cure of eating disorders as bulimia and anorexia nervosa.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo terapéutico con las mujeres afectadas por un trastorno de la alimentación está pautado en manuales clínicos de terapia cognitivo conductual (Fairburn, 1990). Estos trabajos proporcionan orientaciones claras al respecto para trabajar los temas de las dietas y atracones, como ir mejorando la alimentación, las ideas y conductas negativas. Sin embargo un aspecto primordial de estos trastornos suele quedar un tanto relegado y este es la distorsión en la imagen corporal. Las mujeres afectadas manifiestan una distorsión perceptiva sobre la percepción del tamaño de sus propios cuerpos, mantienen unas ideas irracionales acerca de los mismos y realizan conductas de evitación con respecto a todo

aquello relativo a la imagen, como exponer su cuerpo a la vista de otras personas, llevar determinadas ropas o proporcionar a sus cuerpos cuidados y atenciones. La imagen corporal negativa es causa de otros problemas como las conductas evitativas, los pensamientos automáticos negativos, los sentimientos disfóricos o la baja autoestima.

Los dos profesionales que quizás mas se han ocupado del tema con Rosen y Cash (Cash, 1987, 1996; Rosen, 1989). Ellos proporcionan un programa de trabajo estructurado basado en las técnicas cognitivo conductuales para la mejora de la imagen corporal. Se apoyan básicamente en el trabajo en grupos con las técnicas de:

-Relajación. Desensibilización imaginaria y posteriormente en vivo (enfrente del espe-

jo con ropa y posteriormente sin ella) con las áreas corporales percibidas negativamente como objetivos.

-Reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos negativos relacionados con la imagen.

-Exposición gradual a situaciones temidas relacionadas con la imagen corporal.

-Práctica de actividades reforzantes y placenteras para el cuerpo.

Todo esto lo planteamos realizar en grupos breves de unas 8-10 sesiones. Sin embargo ellos no suelen trabajar con trastornos de la alimentación. Nos propusimos trabajar con nuestras usuarias desde este punto de vista.

## METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología de trabajo el grupo se ha celebrado durante un curso lectivo una vez a la semana durante 1 hora y media. El grupo ha sido parcialmente abierto con tres incorporaciones a mitad de año. El enfoque básico era a través de dinámicas, trabajo en díadas y discusión en grupo grande. La orientación era activa, realizando una serie de tareas en la sesión y promoviendo el continuarlas en casa. Se promovía el establecimiento de lazos interpersonales entre las participantes en el grupo, creando a través de la interacción y de la amistad una red de apoyo.

La estructura típica de una sesión era:

- 1) Comienzo con una actividad de concienciación corporal del estilo usado en la expresión corporal: juegos, masaje, dinámicas grupales.
- 2) Puesta en común en parejas de lo realizado durante la semana en relación a las tareas encomendadas.
- 3) Debate grupal sobre los temas suscitados por la tarea.
- 4) Relajación o práctica de desensibilización sistemática.

Las normas grupales eran las comunes a cualquier grupo de terapia: respeto mutuo, no violencia, confidencialidad, no prohibíamos la socialización entre las componentes post-grupo. El grupo era llevado en co-terapia por dos psicólogos, mujer y hombre, jóvenes.

En cuanto a metodología de investigación hemos realizado evaluaciones al comienzo, y finalizado el grupo. Hemos de reseñar

que todas las usuarias tenían consulta psiquiátrica individual de seguimiento y dos de ellas, consulta psicológica al mismo tiempo

La descripción del proceso seguido por el grupo es común con otros grupos terapéuticos. Durante el primer trimestre se creó la matriz grupal, se creó el clima grupal de relación, confianza y apoyo. Se realizó un acercamiento a los temas relativos a la imagen corporal. En el segundo trimestre se produjo el establecimiento de liderazgos, pequeños subgrupos y se realizó el grueso del trabajo grupal de afrontamiento. En el tercer trimestre se profundizó en las tareas (desensibilización de zonas corporales, actividades de autocuidado físico). Se preparó y elaboró el cierre.

Una constante durante todo el grupo fue la constante ambivalencia frente al cambio. Esto provocaba un cumplimiento de las tareas irregular. Asumimos que el papel del grupo era motivar hacia el cambio, pero que era infructuoso el prescribirlo. Creemos de gran ayuda aquí el modelo de cambio de actitudes de Prochaska y Clemente. La mayoría de las asistentes al grupo se encuentran en el estado de ambivalencia. "Aunque la persona se compromete con la terapia, con posterioridad no cumple la mayoría de los compromisos. En ocasiones parece muy decidida al cambio, mientras que otras parece haberse instalado en la enfermedad. Hay una ambivalencia entre desear cambiar (en la consulta o ante una crisis de la enfermedad) y no desearlo" (Perez Sales, P., 1999).

## SUJETOS, EVALUACIÓN (PRUEBAS UTILIZADAS).

Las asistentes al grupo tienen la mayoría un diagnóstico de bulimia (n=10) y una minoría de anorexias con conductas purgativas (N=3). La mayoría tienen entre 4 y 10 años de evolución, con una media de 6 años. Todas ellas llevaban ya tiempo en tratamiento y habían pasado por diversos centros y tratamientos. Las edades oscilan entre los 21 y los 27, con una media entorno a los 24 años.

Los tests utilizados para evaluar la sintomatología son la escala de autoestima de Rosenberg, y la escala de imagen corporal BSQ validado por Rosa María Raich, y el cuestionario EAT-46, aparte de otras técni-



cas más cualitativas como el dibujo de la figura propia.

- El BSQ (Body Shape Questionary) de Taylor y Cooper et al ,1987. Es un cuestionario autoadministrado de 34 ítems, mediante una escala Likert de 6 puntos. El paciente responde en función de la aparición de síntomas relacionados con la imagen corporal en las últimas cuatro semanas. La puntuación total del cuestionario oscila entre 34 y 204 y se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems. No se han establecido puntos de corte específicos pero se han obtenido puntuaciones medias para pacientes con bulimia nerviosa (136,9) en comparación con medias obtenidas en una población general de mujeres (81,5).Consistencia interna 0,97. Fiabilidad test retest 0,88. Discrimina entre personas con un trastorno de la alimentación de aquellas sin trastorno de la alimentación alguno y de otras con una alta preocupación por su peso.

- El test de Rosenberg de autoestima es un test breve, con diez ítems con una puntuación de 1 a 4, con frases de autoestima generales con las que se puede estar de acuerdo en diferente medida.

- El EAT, test de actitudes alimentarias, consta de 40 ítems con una escala de seis alternativas, de las cuales solo puntúan las tres últimas de 1 a 3. La puntuación de corte se sitúa en 30 siendo la puntuación máxima de 120. La fiabilidad es 0,79 en muestras clínicas, su validez interna es de 0,61 y su consistencia interna de 0,93. En España se propuso un punto de corte de 20, ya que las españolas puntuaban mas bajo que las americanas.

## RESULTADOS

### VALORACIÓN CUANTITATIVA

Hemos tomado como base para el cálculo de las medias aquellas usuarias de las que tenemos ambas evaluaciones pre y post. Incluimos a las otras por interés descriptivo. Si faltan datos es por que algunas no empezaron el grupo con las otras o no vinieron los días de las evaluaciones.

Vemos que la reducción media en el malestar en la imagen corporal es de 60 puntos. Vemos que parten de 170 una imagen corporal sensiblemente peor que las muestras de las que se obtuvieron los puntos de corte recomendados (136). Están mejor que esa muestra de referencia, 116 significa un trastorno de la imagen corporal reducido o

### Evaluación de las usuarias pre y postratamiento.

Test Usuarias	BSH antes	APE QUES después	Rosenberg Antes	AUTO OEST después	EATING antes	DIS.Test Después
N1	187	126	34	25	59	34
N2	196	190	33	32	64	61
N3	145	144	31	34	50	63
N4		88		30		26
N6	159	111	24	17	34	10
N7		137		24		55
PRGRU.1	156	158	25	18	48	20
PRGRU.2	107		39		52	
AB.PRE.1	157		39		43	
AB.PRE.2	177		29		85	
_TRA.1	175		33		34	
1/2TRA.2	168	133	25	18	38	23
1/2TRA.3	182	72	31	12	67	21
MEDIAS	170,42	119,14	33,8	22,28	47,79	33,14
Desviación estandar	18,50	37,07	4,20	25,43	12,61	20,92
T de WILCOXON para pares asociados	1, significativo alf=0,0156		2, significvo alf=0,0234		2, significvo alf=0,0234	
T STUDENT Paramétrica	-2,39, no sign	Alfa=0,025 +/- 2,447	-1,97, no significativ		-1,31, no significativ	

moderado. Todavía tienen un arduo camino hasta llegar a la normalidad situada en una puntuación entorno a 86. Pero la reducción es significativa según la prueba no paramétrica de Wilcoxon utilizada por la escasa n muestral .

La ganancia en el test de autoestima general es de 11 puntos y la reducción el EAT es de 14 puntos. Estos efectos del tratamiento son potentes. En este año de tratamiento se logra salir de una psicopatología de intensidad moderada-fuerte a llegar casi al punto de corte (30) debajo del cual comienza la normalidad en lo que se refiere a síntomas del trastorno alimentario medidos por el EAT, uno de los tests mas utilizados en la literatura al respecto.. Vemos que la terapia de grupo junto con la individual logra reducir de forma significativa los síntomas.

Con lo cual podemos concluir que en el año de experiencia de grupo de imagen corporal de las usuarias que recibieron todo o casi todo el tratamiento mejoran en su sintomatología reduciéndola de forma significativa.

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GRUPAL

Tenemos un alto grado de abandonos un 43 %, dentro de ellos distinguimos abandono prematuro dentro del primer mes de terapia(50%), y abandono tardío(50%) o lo que hemos llamado como mitad de tratamiento.

Las primeras cuatro sesiones son informativas, preparatorias y se trata de crear un ambiente propicio. El compromiso de asistir al grupo que adquieren las usuarias es después de esas primeras 4 sesiones, por lo tanto a las 2 bajas habidas en ese momento no las consideramos abandonos, se trata de una fase de prueba. Las razones aducidas para los abandonos posteriores eran motivos de trabajo en un 70 %, estudios 20% y decisión personal en un 10%. Nosotros sabemos que estos trabajos eran reales y en una mayoría las usuarias estaban motivadas a continuar. Como anécdota divertida nosotros pensamos promocionar nuestro grupo el año que viene como el medio mejor para encontrar trabajo (tenemos un índice de éxitos superior al INEM).

#### VALORACIÓN CUALITATIVA

En cuanto a la valoración cualitativa por parte de las participantes el grupo ha sido apreciado muy positivamente sobre todo en el sentido de la universalidad del problema, el no sentirse solas, el poder desahogarse con compañeras en la misma situación ha sido de gran ayuda. La gente que mejoró más también mencionaba el grupo como incentivador al cambio.

En relación con la propia valoración cualitativa del equipo terapéutico hemos de manifestar que las ganancias en referencia al grupo que en cuanto a la psicopatología de imagen corporal son moderadas, produciéndose ciertos avances importantes en la propia valoración del cuerpo o en la reducción de conductas evitativas en relación a la imagen, se produce un cambio clínicamente significativo en las escalas de evaluación aunque la imagen diste todavía de ser normal. Un hecho significativo que concuerda con lo observado en otros grupos es que una participación continuada y activa permite mayores ganancias.

#### DISCUSIÓN

Resaltamos la dificultad del trabajo e imagen corporal dada la ambivalencia y el poder egosintónico de los síntomas del trastorno alimentario. El programa de Cash es una guía útil pero en un medio clínico con usuarias crónicas hay que marcarse metas mas pequeñas y realistas que se adapten mas a sus problemas. Como ejemplo todo el tratamiento basado en la desensibilización progresiva imaginaria y en vivo es muy difícil aplicarlo de forma completa. Las técnicas activas de juego, exposición en vivo, son rechazadas en principio por gran parte de las usuarias necesiéndose un acercamiento muy gradual.

Creemos que existen toda una serie de ganancias de concienciación sobre el problema, cambio de actitud que no quedan reflejadas en los tests clínicos pero que en gran parte de esas usuarias que siguen igual, se están dando mejoras en cuanto a las actitudes hacia al cambio, en concreto en la mitad de las usuarias el paso de la fase de precontemplación a la fase de contemplación, y en la otra mitad de las usuarias de la contemplación a la acción .

Debemos señalar los factores que nosotros en ambos años hemos apreciado mas ha





sido la creación de una red de apoyo entre las participantes, a través de encuentros o llamadas fuera del grupo. Esta red les permitía sentirse parte de un grupo que luchaba contra una causa común, elevando sus ganas de afrontar activamente las dificultades. Nos sentimos de acuerdo con Frank, J. Que propugna que lo que ocurre con las personas que acuden en busca de ayuda psiquiátrica o psicológica es que se sienten desmoralizados e incapaces de afrontar sus problemas. La terapia proporcionaría una explicación o mito, crearía una relación de confianza y apoyo y plantearía un ritual de cura. Creemos que este grupo ha servido en gran medida para remoralizar a las usuarias a seguir planteando cara a sus dificultades.

Por otro lado tenemos el factor de la Disonancia cognitiva, con esto queremos decir que si alguien va a un grupo terapéutico en busca de ayuda, el no hacer nada contra su problema sería incongruente con sus propias ideas. Por lo tanto para ser coherente consigo mismo se anima a hacer cosas diferentes y coherentes con esa idea de intentar cambiar.

Una última observación tiene que ver con que las usuarias que más mejoran estaban en consulta psiquiátrica y psicológica individual, el resto solo tenía consulta psiquiátrica. Creemos que hace falta un input terapéutico importante, con un entrenamiento en técnicas concretas de control y manejo de síntomas para que realmente se arriesguen a cambiar de conductas.

Por último respecto al alto índice de abandonos es una constante que encontramos en todos los grupos que se realizan en la Unidad de trastornos Alimentarios de Galdakao. Aquí contamos con grupos de adolescentes, Crónicas, padres, grupo de

manejo de síntomas y relaciones interpersonales. Todos ellos tienen un índice de abandonos similar. Creemos que los factores que explican esto son: ambivalencia ante el cambio, carga egosintónica de los síntomas, fallos de enganche con el grupo, preferencia por otras actividades más gratificantes (trabajo). Creemos que en estos aspectos reproducen patrones similares a los usuarios adictos a drogas, en el sentido de evitación, falta de conciencia de enfermedad, ya que estos síntomas son altamente reforzantes en algunos aspectos.

## CONCLUSIONES

En primer lugar hemos de constatar la importancia del trabajo en imagen corporal en estas personas. La distorsión de imagen corporal es un núcleo de su problema que causa muchísimo padecimiento y provoca muchos de los otros síntomas.

Podemos concluir que en el año de experiencia de grupo de imagen corporal de las usuarias que recibieron todo o casi todo el tratamiento mejoran en su sintomatología reduciéndola de forma significativa. Nuestro balance es positivo, creemos que el grupo es útil para que las usuarias se valoren más, se expongan más a situaciones estresantes y sigan activas en su lucha contra los síntomas del trastorno de la alimentación. Gracias a él mejoran parcialmente su imagen corporal, recuperan autoestima y controlan y reducen síntomas de los trastornos alimentarios.

## Contacto

Joaquín Ponte Velón.  
Psicólogo Clínico. Hospital de Zamudio,  
Bizkaia.  
Email: [jponte@euskalnet.net](mailto:jponte@euskalnet.net)

## Bibliografía:

- FAIRBURN, C G.; PEVELER R.C., JONES R.; HOPE R; DOLL H.A. (1993) Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of clinical and consulting psychology*, 61, 696-698.
- CASH, T.F. (1996). Treatment of body image disturbances. En J.K. Thompson (ed) *Body image, eating disorders and Obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. (83-107)
- CASH, T.F & BROWN T.A. (1987) Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior modification*, 11, 487-521.
- ROSEN, J.C.; SALTZBERG E.; SBRENIK D. (1989) Cognitive behaviour therapy for negative body image. *Behaviour therapy*, 20, 20:393-404.