

## TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL<sup>1</sup>

R. M. Raich  
M. Mora  
H. Marroquín  
S.A. Pulido  
A. Soler

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

### RESUMEN

*Una imagen corporal negativa es motivo de gran preocupación por parte de algunas estudiantes universitarias y tiene una relación importante con el desarrollo de trastornos alimentarios tipo Anorexia o Bulimia.*

*En el estudio que presentamos 42 estudiantes universitarias, con gran preocupación por su imagen corporal, fueron asignadas a la terapia cognitivo-conductual de la imagen corporal (n=32) y a lista de espera (n=12). El grupo experimental fue tratado en pequeños grupos (siete) durante 9 sesiones. La terapia incluía información acerca del concepto de la imagen corporal, modificación de pensamientos intrusivos, exposición a situaciones evitadas a causa de su imagen corporal y eliminación de comprobaciones corporales. Presentamos los resultados que muestran una buena mejora al final de la terapia y mantenimiento al cabo de un año, mientras que no hay cambio en el grupo control.*

**Palabras clave:** TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL, TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

---

<sup>1</sup> Correspondencia: Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra.

## SUMMARY

*Negative body image is a major concern in some female college students and has an important relationship with Eating Disorders like Anorexia and Bulimia . In the present study 42 students with important worries about their body image were assigned to cognitive behavioral body image therapy (n=30) and no-treatment or waiting list (n=12). The experimental group was treated in small groups (seven groups) for 9 sessions. Therapy included information about body image concept; modification of intrusive thoughts of body dissatisfaction; exposure to avoided body image situations & elimination of body checking. We present the results and we can find a good improvement at the end of the therapy and in the follow-up. On the other hand no change in the control group.*

**Key words:** *BODY IMAGE DISTURBANCE; COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY;*

## INTRODUCCIÓN

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. Pero la preocupación exagerada puede llegar a ser altamente alteradora e incluso incapacitante para mucha gente.

A tenor del aumento de los trastornos alimentarios en la sociedad occidental (especialmente anorexia y bulimia nerviosas) y del valor diagnóstico que tiene la preocupación por la figura y por el peso, se han promovido una serie de estudios tanto para la evaluación de la imagen corporal como para la intervención. Un factor que no se pone en tela de juicio es la influencia de los medios de comunicación y de los agentes de socialización en la propagación de un ideal estético delgado (Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens, 1992, Andersen y Didomenico, 1992; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1985). Pero aún más importante que esto, es la interiorización de este ideal en base al cual se compara el cuerpo real.

Una elevada proporción de adolescentes están insatisfechas con su peso (Koff y Rierdan, 1991) y un porcentaje nada despreciable toma medidas sistemáticas para controlarlo (Hill y Robinson, 1991; Hill, Oliver y Rogers,

1992). La mayoría de adolescentes quieren perder peso, a pesar de que la mayoría están en el peso promedio o saludable (Moore, 1993).

Hay evidencia longitudinal de que la insatisfacción corporal es el principal factor predictor del trastorno alimentario en la adolescencia (Attie y Brooks-Gunn, 1989). Por otra parte, se ha visto en un estudio prospectivo, (Santonastaso y Favaro, 1994) que en los casos que la insatisfacción corporal no interviene en la eclosión de trastornos alimentarios, no desaparece sino que se mantiene al cabo de un año y sigue causando problemas de relación social y de autoestima.

De todas formas, contrastando con el *boom* en el estudio de técnicas de evaluación no aparecen en la literatura demasiados intentos de llevar a cabo intervenciones controladas frente a este problema.

Thompson (1990), concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- *Un Componente Perceptual*: Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.

- *Un Componente Subjetivo (Cognitivo-Afectivo)*: Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado Insatisfacción Corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión, evalúan la insatisfacción corporal.

- *Un Componente Conductual*: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Para Cash y Pruzinsky (1990), la Imagen Corporal implica: perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal en los DSM. El término *dismorfofobia* fue introducido por Morselli en 1886 (Morselli, 1886). La fobia no estuvo muy detallada en su explicación pero el término que acuñó significa literalmente: miedo a la propia forma. Janet en 1903 habla de: "la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo", que implica el miedo a ser visto como ridículo. El primer artículo publicado en inglés por Hay, data de 1970. La esencia del trastorno fue clarificada no como miedo a volverse deforme sino la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás.

En los DSM se suprimió el sufijo "fobia" cuando se introdujo el trastorno dismórfico como un tipo de categoría diagnóstica (APA, 1987, 1994).

Cuando se habla de Trastorno de la Imagen Corporal en el estudio de los Trastornos Alimentarios se ha utilizado una gran cantidad de expresiones: distorsión de la Imagen Corporal, sobreestimación, preocupación, insatisfacción...

Cada uno de estos términos se refiere a otras tantas manifestaciones de la Imagen Corporal en los pacientes que presentan Trastornos Alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad. El problema de la Imagen Corporal es multidimensional. Por ello si se usa el término Trastorno de la Imagen corporal queda claro:

- a) Que se trata de una constelación de aspectos como un conjunto
- b) Que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

En este sentido J.C. Rosen (Rosen, Cado, Silberg, Srebnik y Went, 1990) propone que el trastorno de la Imagen Corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

## OBJETIVO DEL ESTUDIO

El principal objetivo de esta investigación es el de comprobar el cambio perceptivo, cognitivo y comportamental respecto a la imagen corporal, tras una intervención en grupo, en una muestra de este país.

Para ello se ha hecho necesario adaptar un material elaborado por J. Rosen y T. Cash (con cambios provistos por Raich, de los que se han publicado estudios previos en Raich, Mora y Soler 1994 y 1995) para la evaluación y tratamiento del trastorno dismórfico.

## MUESTRA, MATERIAL Y MÉTODO

Se administró el *Body Shape Questionnaire* (Cuestionario de la Forma Corporal de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) a varios grupos de mujeres universitarias con objeto de detectar aquellas que puntuaran alto en esta medida de Preocupación e Insatisfacción Corporal.

A los sujetos que pasaron el punto de corte (105, una desviación típica por encima de la media, en un estudio previo, realizado en nuestra misma universidad por Mora y Raich (1993) se les propuso realizar una evaluación más completa. A los que accedieron se les administró la BDDE, (*Body Dysmorphic Disorder Examination*, Entrevista para la Evaluación del Trastorno Dismórfico de Rosen y Reiter, 1995) que es una entrevista estructurada para la evaluación del trastorno dismórfico.

Aquellos sujetos que excedieron el punto de corte, que fue una puntuación de 60 ó más (que es el criterio que emplean Rosen y Reiter, 1995), y algunos que presentaban puntuaciones cercanas a ésta, se les propuso participar en un grupo de terapia cognitivo-conductual para las alteraciones de la imagen corporal.

### Sujetos

La muestra quedó constituida por 42 mujeres, estudiantes de Psicología de cuarto o quinto curso o personal no docente (secretarias), de edad media 23,42 (D.T. 3,6). Ninguna de ellas estuvo en tratamiento por un diagnóstico psicopatológico concurrente, si bien algunas presentaron alteraciones alimentarias subclínicas.

Accedieron voluntariamente a la evaluación y fueron distribuidas entre el grupo experimental (30) y el grupo control. El grupo control estuvo formado por 12 sujetos que o no podían asistir al tratamiento por cuestiones horarias o que posteriormente se incorporaron a él.

### Material

Las medidas que se tomaron fueron las siguientes:

· Para evaluar el *componente perceptivo*: se utilizó la técnica de estimación de la amplitud de varias regiones corporales que empleó J. Rosen: es decir dos marcadores movibles en una mesa, que cada sujeto debía separar o aproximar hasta hacerlo coincidir con la amplitud percibida de la zona

corporal que se pedía. Después con un calibrador corporal se tomaron las medidas reales, de manera que la diferencia entre la estimación hecha por el sujeto y la medida real, multiplicado por 100 dio un índice de precisión perceptiva, para cada área corporal.

El promedio de estos índices para cada área dio un índice compuesto de precisión perceptiva para cada sujeto.

· En la evaluación del *componente cognitivo-afectivo* se utilizaron:

-El BSQ (*Body Shape Questionnaire*, Cuestionario de la Forma Corporal, de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987): una medida de autoinforme de insatisfacción y preocupación corporal. Consta de 34 ítems, la puntuación mínima es de 34 y la máxima es de 204. A mayor puntuación le corresponde más insatisfacción con la imagen corporal. Ha demostrado buena fiabilidad y validez en muestras universitarias de este país (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996).

-El BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*, Entrevista para la Evaluación del Trastorno Dismórfico, de Rosen y Reiter, 1995): entrevista estructurada para la evaluación del trastorno dismórfico. Consta de 28 preguntas puntuables, siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 168. A una puntuación más alta le corresponde mayor trastorno de la imagen corporal. Investiga acerca de auto-conciencia, preocupación e insatisfacción con la apariencia física, ideas sobrevaloradas acerca de la importancia de la apariencia en la auto-evaluación, evitación de situaciones sociales, camuflaje del cuerpo y conductas de comprobación a causa de la apariencia. De los estudios de Rosen se desprende que presenta buena fiabilidad test-retest ( $r = .94$ ), consistencia interna ( $r = 0,88$  y  $0,91$ ); y validez concurrente con otros cuestionarios aceptable ( $r = 0,37$  hasta  $=,77$ ). En nuestros estudios ha mostrado una validez concurrente con el BSQ de  $r = 0,73$  (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996).

· Para la evaluación del *componente conductual* se utilizó:

- El BIAQ (*Body Image Avoidance Questionnaire*, Cuestionario de Evitación a causa de la Imagen Corporal de Rosen, Saltzberg, Srebnik, y Wendt, 1990): es un autoinforme que consta de una serie de ítems que describen situaciones que tienden a ser evitadas por personas con preocupaciones corporales, así como conductas de comprobación del cuerpo, como por ej. pesarse muchas veces o mirarse repetidamente en el espejo, etc. Consta de 19 ítems y la puntuación mínima es de 0 y la máxima de 95. A mayor puntuación le corresponde más conductas de evitación. Su traducción aparece en Raich (1994).

·Medidas de *ajuste psicológico y psicopatología general*:

-El BSI (*Brief Symptom Inventory*, Breve Inventario de Síntomas de Derogatis y Spencer, 1982): es una medida de psicopatología general. Consta de 53 ítems y la puntuación mínima es 0 y la máxima 4. Hemos calculado el Índice de Severidad Global, que es la media de la severidad presentada durante la semana anterior y oscila de 0 a 4. 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 de cerca de  $0,30$ .

- El Rosenberg *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Autoestima de Rosenberg, Rosenberg 1979): una medida global y unidimensional de autoestima. Consta de 10 ítems y la puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40. La corrección que hacemos de la prueba va en el sentido de que a mayor puntuación corresponde una menor autoestima. La escala presentó una fiabilidad test-retest aceptable ( $0,77$ ), así como una consistencia interna ( $0,89$ ) y correlacionó significativamente con los informes de los pares ( $r=0,32$ ; Demo, 1985).

·Medida de los trastornos del comportamiento alimentario. A fin de prevenir la posibilidad de hallarnos ante un trastorno alimentario, utilizamos una prueba en período de experimentación: el TCA (*Trastornos del Comportamiento Alimentario*) (Toro, Canalda, Castro, Raich, Saldaña y Vallés, documento no publicado) y que consta de 11 ítems en los que se pregunta por cada uno de los criterios diagnósticos para el trastorno anoréxico y bulímico (APA, 1987, 1994). Normalmente se analiza la cantidad de criterios para uno u otro síntoma. En este estudio el tratamiento que dimos a estos datos, tras observar que no se presentaba ningún trastorno alimentario clínico, fué el de contabilizar el número total de síntomas y compararlos entre grupos. Por tanto la puntuación puede oscilar entre 0 y 11.

## Procedimiento

Se han llevado a cabo intervenciones en siete grupos durante los cursos: 1992-93, 1993-94 y 1994-95 y se han comparado los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final intrasujeto así como los obtenidos en el grupo control (lista de espera).

La intervención consta de nueve sesiones semanales de dos horas de duración. Cada sesión consta de charlas y discusión, ejercicios terapéuticos, tareas a realizar en casa, entrenamiento previo para la realización de estas tareas y supervisión de las tareas señaladas en la sesión anterior.

El tratamiento es una intervención cognitivo-conductual que incide en los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual. Es una adaptación realizada por R.M. Raich del programa de intervención elaborado por Rosen (1989, 1990 y 1995) y Cash (1990 y 1991):

-Se utiliza el *Entrenamiento en Percepción Corporal* correcta, haciendo énfasis en aquellas áreas que más preocupan al sujeto, que generalmente son las que más distorsionan.

-*Desensibilización Sistemática*, primero en imaginación y después en vivo, tanto de áreas corporales concretas como de situaciones que producen sentimientos negativos con la apariencia física.

-*Reestructuración Cognitiva*: se entrena a los sujetos a detectar pensamientos negativos relacionados con la apariencia física, examinar la evidencia a favor y en contra y construir pensamientos más adaptados, basados en la objetividad.

-*Exposición* a todas aquellas situaciones que producen malestar y control de las *Conductas de Evitación*.

-*Exposición con Prevención de Respuesta*, para la eliminación de los *Rituales de Comprobación del Cuerpo*: pesarse muchas veces, mirarse repetidamente al espejo, compararse con otras personas y *Búsqueda de Confirmación*: pedir insistentemente la opinión de otros acerca del aspecto corporal que preocupa.

-*Prevención de Recaídas*: se les hace especificar las situaciones de alto riesgo de malestar con la imagen corporal y ensayar pensamientos racionales que puedan emplear así como técnicas de relajación para hacer frente a la situación.

## **Terapia**

1. La terapia comienza presentando el objetivo de ésta y proveyendo al paciente de la información básica sobre la psicología de la apariencia, el concepto de imagen corporal y el desarrollo del trastorno de la imagen corporal (Cash y Pruzinsky, 1990). En nuestro grupo terapéutico instruimos a nuestras clientes en las dos primeras sesiones y les animamos a examinar su propia historia de imagen corporal. Utilizamos "mini exposiciones", discusión y tareas para casa en las que se emplean grabaciones de Cash (1990). Las terapeutas, al inicio, deben discutir las resistencias que se presentan para ganarse la cooperación y el compromiso en la terapia. Las

personas que participan en la terapia suelen estar profundamente convencidas de que sólo podrán superar su preocupación si arreglan su defecto. Por ello debe insistirse en que de lo que se trata es de cambiar cómo ven su defecto y no de eliminarlo. Las clientes deben saber que aunque su propia historia pueda explicar su preocupación actual, lo que se va a tratar en la terapia son aquellos factores que están manteniendo su insatisfacción actualmente. Otros puntos a tratar son la importancia que puede tener la apariencia física en un primer contacto, pero solamente en éste, y con personas a las que no se conoce; la imagen corporal es subjetiva y las dos variables, imagen corporal y apariencia física, pueden ser independientes; la imagen corporal puede cambiar sin cambiar la apariencia física. Estas ideas se irán repitiendo durante la terapia en los diferentes estadios que se traten.

2. *Corrección de la distorsión perceptiva.* Se analiza en tres facetas. Por una parte, a través de los autorregistros, a través del análisis de la sobrestimación o subestimación de distintos segmentos corporales que se realizó en la primera evaluación y de la comparación con los pares. Se intenta generar algún pensamiento positivo a cerca de la apariencia.

3. Los sujetos construyen una jerarquía de su apariencia en función de la insatisfacción que les causa. También la construyen sobre las situaciones en que se sienten más alteradas. Con procedimientos de Desensibilización Sistemática primero imaginada y posteriormente en la realidad ante el espejo se trabajan cada una de las partes. En las cintas se les proporciona técnicas de relajación y ayuda supletoria para la construcción de la jerarquía.

4. La reestructuración cognitiva se lleva a cabo con la utilización del autorregistro que provee de la información personalizada en que se relacionan situaciones, pensamientos y conductas. Para que puedan detectar más fácilmente los pensamientos alterados utilizamos cuestionarios como el de *Pensamientos automáticos de la imagen corporal* y el *Inventario situacional de ansiedad ante la imagen corporal* (Cash, 1990). La evaluación detallada de los autorregistros y de los cuestionarios suele restringirlos a un conjunto de situaciones-pensamientos-sentimientos individualizado. Posteriormente se le indica que trate de cambiar estos pensamientos de manera más adaptativa y compruebe el efecto que tiene sobre sus sentimientos y conductas.

5. La Exposición se utiliza para superar aquellas situaciones evitadas a causa de la apariencia. Se lleva a cabo en la sesión terapéutica y en las tareas entre sesiones. La dificultad de la exposición se va incrementando de acuerdo con la jerarquía propuesta por cada cliente.

6. La Prevención de Respuesta se utiliza para disminuir las conductas rituales como la excesiva comprobación o confirmación. Por ejemplo pesarse repetidamente, mirarse al espejo muy a menudo o preguntar insistentemente a alguien de confianza sobre algún aspecto de su apariencia.

7. Finalmente se les instruye sobre la prevención de recaídas y se llevan a cabo ejercicios en este sentido.

**Tabla 1.- Comparación entre el grupo experimental y el grupo control antes de la intervención**

Instrumento	Grupo Experimental	Grupo Control	Diferencia
BDDE	x= 67,40 (D.T. 22,01)	x= 69,50 (D.T. 23,78)	No hay diferencias significativas. P= 0,40
BSQ	x= 123,86 (D.T. 21,84)	x=118,33 (D.T. 22,94)	No hay diferencias significativas. P= 0,24.
TCA	x= 6,20 (D.T. 1,78)	x= 5,63 (D.T. 1,43)	No hay diferencias significativas. P= 0,14.
BIAQ	x= 45,70 (D.T. 9,84)	x= 40,18 (D.T. 10,69)	No hay diferencias significativas. P= 0,06
ROSENBERG	x= 26,06 (D.T. 4,66)	x= 27,90 (D.T. 5,70)	No hay diferencias significativas. P= 0,16
BSI	x= 1, 17 (D.T. 0,55)	x= 1, 09 (D.T. 0, 50)	No hay diferencias significativas. P= 0,32

**NOTA:**

BDDE= Body Dysmorphic Disorder Examination; BSQ= Body Shape Questionnaire; TCA= Trastornos del Comportamiento Alimentario; BIAQ= Body Image Avoidance Questionnaire; ROSENBERG= Rosenberg Self-Esteem Scale; BSI= Brief Symptom Inventory; X= Media; DT= Desviación Típica; P= Valor medio de significación

## RESULTADOS

### a) Comparaciones de grupo

Las mismas medidas que se utilizaron en la evaluación inicial se administraron en la evaluación final, excepto la medida de precisión perceptiva. El grupo control también fue evaluado en esta misma fase.

Se efectuaron análisis para verificar que los dos grupos fueran comparables en todas las medidas, en la evaluación inicial y no se halló diferencia en ningún parámetro (ver tabla 1).

No encontramos diferencias significativas en las medidas pre/post en el grupo control, pero sí en el grupo experimental (ver tabla 2 y 3).

**Tabla 2.- Comparación del grupo experimental antes y después del tratamiento**

Instrumento	Antes de la intervención	Después de la intervención	Diferencia
BDDE	x= 67,40 (D.T. 22,01)	x= 30,40 (D.T. 22,01)	Diferencia significativa P<0,001
BSQ	x= 123,86 (D.T. 21,84)	x=76,23 (D.T. 34,32)	Diferencia significativa. P<0,001
TCA	x= 6,20 (D.T. 1,78)	x= 3,48 (D.T. 2,16)	Diferencia significativa. P<0,001
BIAQ	x= 45,70 (D.T. 9,84)	x= 31,13 (D.T. 12,88)	Diferencia significativa. P<0,001
ROSENBERG	x= 26,06 (D.T. 4,66)	x= 32,20 (D.T. 4,42)	Diferencia significativa. P<0,001
BSI	x= 1, 17 (D.T. 0, 55)	x= 0, 68 (D.T. 0, 48)	Diferencia significativa P<0,0005

NOTA:  
BDDE= Body Dysmorphic Disorder Examination; BSQ= Body Shape Questionnaire; TCA= Trastornos del Comportamiento Alimentario; BIAQ= Body Image Avoidance Questionnaire; ROSENBERG= Rosenberg Self-Esteem Scale; BSI= Brief Symptom Inventory; X= Media; DT= Desviación Típica; P= Valor medio de significación

Tabla 3.- Comparación del grupo control antes y después del tratamiento

Instrumento	Grupo Control antes de la intervención	Grupo Control, después de la intervención	Diferencia
BDDE	x= 69,50 (D.T. 23,78)	x= 63,41 (D.T. 24,59)	No hay diferencia significativa. P=0,27
BSQ	x= 118,33 (D.T. 22,94)	x=112,75 (D.T. 19,67)	No hay diferencia significativa. P=0,26
TCA	x= 5,63 (D.T. 1,43)	x= 5,09 (D.T. 1,37)	No hay diferencia significativa. P=0,17
BIAQ	x= 40,18 (D.T. 10,69)	x= 40,83 (D.T. 9,65)	No hay diferencia significativa. P=0,44
ROSENBERG	x= 27,90 (D.T. 5,70)	x= 28,75 (D.T. 4,69)	No hay diferencia significativa. P=0,35
BSI	x= 1, 09 (D.T. 0 ,50)	x= 0, 93 (D.T.0, 53)	No hay diferencia significativa. P=0,23

NOTA:  
BDDE= Body Dysmorphic Disorder Examination; BSQ= Body Shape Questionnaire; TCA= Trastornos del Comportamiento Alimentario; BIAQ= Body Image Avoidance Questionnaire; ROSENBERG= Rosenberg Self-Esteem Scale; BSI= Brief Symptom Inventory; X= Media; DT= Desviación Típica; P= Valor medio de significación

### b) Ancova

Temíamos que la variable peso corporal expresada en IMC (Peso en Kgs. /Altura en m. al cuadrado) estuviera interfiriendo en nuestros resultados, por ello realizamos el tratamiento estadístico de covarianza (ANCOVA) para analizar el efecto de grupo (experimental *versus* control) controlando el peso corporal expresado en IMC.

La diferencia entre tratamiento y no-tratamiento en medidas de imagen corporal, ajuste psicológico, conductas alimentarias y en relación al peso corporal expresado en IMC, fue analizada en un análisis de covariancia.

El efecto principal por grupo fue significativo  $F(1)=10,24$ ;  $P<0,001$  en la medida BDDE, indicando que los sujetos que recibieron tratamiento mejoraron significativamente respecto del grupo control. Mientras que el efecto del IMC no fue significativo  $F(1)=0,92$ ;  $P=0,34$ .

En el BSQ el efecto principal por grupo fue significativo con una  $F(1)=11,818$ ;  $P<0,001$ . Mientras que la covariante IMC no resultó significativa  $F(1)=0,175$ ;  $P=0,67$ .

Para el TCA el efecto principal de grupo es significativo con una  $F(1)=6,59$ ;  $P=0,014$ . Pero, para el postratamiento el IMC resulta significativo con una  $F(1)=6,35$ ;  $P=0,014$  lo que nos indica que la variable peso corporal, aunque no interfiere en el resultado terapéutico tiene algo que ver con los comportamientos alimentarios tanto para el grupo experimental como para el control.

En el Rosenberg se presenta una diferencia significativa entre grupos con una clara mejora en el grupo experimental  $F(1)=8,57$ ;  $P=0,006$  y la covariante no presenta significación.

En el BIAQ la diferencia por grupos es significativa  $F(1)=6,75$ ;  $P=0,013$  y la covariante IMC no presenta significación  $F(1)=3,58$ ;  $P=0,066$ .

En el BSI el efecto principal entre grupos no resulta significativo  $F(1)=2,04$ ;  $P=0,16$ , con lo que podemos ver que no existen diferencias entre el grupo control y el experimental en cuanto a mejora en los síntomas psicopatológicos. Por otra parte, la covariante IMC no resulta significativa  $F(1)=0,53$ ;  $P=0,46$ .

### c) Tamaño del cambio terapéutico

La medida del tamaño del cambio terapéutico se obtiene con la fórmula siguiente: Media del pre-tratamiento menos media del postratamiento dividido por la desviación típica del pre-tratamiento (Rosen, 1995).

En nuestro estudio lo hemos calculado para cada uno de los instrumentos utilizados y se expone en la tabla 4.

Hemos visto que es especialmente potente en las medidas que se refieren a imagen corporal, sobre todo a través del instrumento BSQ y es bastante inferior, aunque no despreciable, en las medidas de ajuste psicológico.

**Tabla 4.- Tamaño del cambio terapéutico observado en los instrumentos utilizados**

TAMAÑO DEL CAMBIO TERAPÉUTICO	
BDDE	1.69
BSQ	2.18
TCA	1.53
BIAQ	1.48
ROS	1.25
BSI	0.89

NOTA:  
 BDDE= Body Dysmorphic Disorder Examination; BSQ= Body Shape Questionnaire; TCA= Trastornos del Comportamiento Alimentario; BIAQ= Body Image Avoidance Questionnaire; ROSENBERG= Rosenberg Self-Esteem Scale; BSI= Brief Symptom Inventory; X= Media; DT= Desviación Típica; P= Valor medio de significación

Por otra parte, si tenemos en cuenta las recomendaciones proporcionadas por Jacobson y Revenstorf (1988) acerca de la determinación de la significación clínica podemos ver que se define que una persona se ha recuperado de un problema, cuando su respuesta tras la intervención se acerque más a la de la población funcional que a la de la población disfuncional. Es decir, debería hallarse en un punto medio entre media de las respuestas de estas dos poblaciones.

La fórmula para hallar este punto medio sería:  $C = (S_0 M_1 + S_1 M_0) / (S_0 + S_1)$ . Donde  $S_0$  es la desviación típica de la población normativa;  $S_1$  es la de la población disfuncional;  $M_0$  es la media de la población normativa y  $M_1$  es la media de la población disfuncional.

Cuando el sujeto cruce este punto de corte en dirección a la respuesta de la población normativa parece que podemos decir que se ha recuperado, por lo menos en un sentido estadístico.

De nuestros datos sólo conocemos la puntuación normativa del BSQ que es para la media de 84,75 y la desviación típica es de 30,42. ( Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996) Si utilizamos esta fórmula, siendo la media y la desviación típica las presentadas por el grupo disfuncional antes de la intervención vemos que el resultado es:

$$C = (30,42 \times 123,86 + 21,84 \times 84,75) / (30,42 + 21,84) = 107,5$$

La media que hemos conseguido tras la terapia es de 76,23 que está claramente por debajo del punto de corte y en la dirección de la normalidad. Es más, la media final está por debajo de la media de la población general de estudiantes.

Por otra parte, los mismos autores antes citados, proponen que en el caso de que no se disponga de los datos normativos, el criterio de éxito se cifraría entre una y dos desviaciones típicas, en la dirección de la funcionalidad, por debajo de la media de la población disfuncional. Esto es congruente con que difícilmente podrá deberse al azar o a un artefacto de error de medida.

En nuestro estudio, la media del grupo experimental tras el tratamiento en la entrevista BDDE está por debajo de una desviación típica en el resultado del pre-tratamiento y en la dirección de la funcionalidad; en el BIAQ está prácticamente más de una desviación típica por debajo de la media del pre-tratamiento; en el TCA se sitúa más allá de una desviación típica por debajo de la media del pre-tratamiento; respecto de las medidas de ajuste psicológico del Rosenberg, la media final está más de una desviación típica (4,55) por debajo de la media del pre-tratamiento, mientras que en el BSI la disminución de la patología (26,40) no alcanza la magnitud de una desviación típica del pre-tratamiento (28,32), aunque queda muy cerca.

En resumen, los resultados de la terapia de la imagen corporal, en el momento del re-test, aparecen como importantes, en el sentido de que son cambios reales y no producidos por artefactos del instrumento de medida ni por el azar, en las medidas de imagen corporal del BDDE y del BSQ, importantes en la medida de TCA, moderados en la medida del BIAQ y en las medidas de ajuste psicológico.

Por otra parte, a fin de evaluar la significación clínica de la intervención con un criterio que no fuese sólo el de las respuestas a los cuestionarios, se les pidió a todas las participantes en el grupo terapéutico que expusieran su grado de satisfacción con la terapia en una escala de 0 a 10 puntos. Los resultados en media son de 6,95 puntos. Se ha de destacar que solamente hay dos participantes que dan unas puntuaciones bajas y responden a unos problemas muy concretos. También se les pidió un criterio subjetivo de la mejora obtenida en la terapia y el resultado fue del 64,3 % en el sentido de haber mejorado con la terapia.

#### **d) Seguimiento al cabo de un año**

De los sujetos tratados sólo pudo conseguirse la respuesta en el seguimiento al cabo de un año de 8.

Analizamos con técnicas no paramétricas (Wilcoxon) si existían diferencias entre los resultados al final de la terapia y al cabo de un año, y no las hallamos (BDDE/  $z=-1.5403$ ,  $p>0.05$ ; BSQ/  $z=-0.2801$ ,  $p>0.05$ ; BIAQ/  $z=-0.4901$ ,  $p>0.05$ ; TCA/  $z=-0.5477$ ,  $p>0.05$ ; ROS/  $z=-1.3522$ ,  $p>0.05$ ; BSI/  $z=-0.9802$ ,  $p>0.05$ ), con lo que podríamos afirmar que los logros conseguidos en la intervención se mantienen.

En todos los sujetos hay una buena respuesta a la intervención y un mantenimiento de los resultados obtenidos excepto en un sujeto que presenta muy poca, si no ninguna mejora al finalizar el tratamiento y una importante disminución en trastorno de la Imagen Corporal medido a través del BDDE en el año de seguimiento.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El tratamiento cognitivo-conductual de la imagen corporal ha demostrado ser eficaz para las estudiantes universitarias que presentaban una imagen corporal negativa. La severidad total de la preocupación o desagrado con la imagen corporal descendió a un rango de normalidad en todos los sujetos que participaron en la intervención, por lo menos a través de la medida BDDE, del BSQ y del BIAQ (aunque esta última no fuese tan potente). También han mejorado significativamente los comportamientos alimentarios. Por otra parte hay un incremento notable en autoestima y una ligera disminución de la sintomatología psicopatológica medida a través del BSI, aunque éste no constituyese un objetivo específico de la terapia.

Los sujetos que no participaron en la terapia no obtuvieron ningún incremento significativo en ninguna de las medidas de imagen corporal ni de comportamiento alimentario o de autoestima, aunque se ha presentado una mejora en sintomatología psicopatológica que puede deberse a causas fortuitas, a que el grupo control es demasiado pequeño o a otras causas.

El estudio muestra que la intervención cognitivo-conductual aplicada produce cambios cognitivos y conductuales significativos, lo cual da lugar a una mejora en alguna de las medidas de ajuste psicológico. Estos cambios no se producen en el grupo control. Esto corrobora los resultados obtenidos por Santonastaso y Favaro (1994) de que sino se incide en la insatisfacción corporal, ésta se mantiene.

Por otra parte, el estudio muestra que las mejoras se mantienen a lo largo, por lo menos de un año.

Utilizando como criterio clínico la satisfacción de los sujetos con los resultados de la terapia y el porcentaje de mejora que le atribuyen podemos decir que es suficiente.

El tratamiento no resultó uniformemente efectivo. Una minoría (2 personas o un 6,6 %) no mejoró durante la terapia. Nuestra impresión es la de que aunque no presentaran diferencias respecto al resto del grupo al inicio de la intervención, su localización en un grupo terapéutico concreto, pudo haber influido en los resultados. Posiblemente se hubiesen beneficiado más en un grupo más homogéneo y en una terapia más larga.

Los resultados obtenidos son consistentes con los expuestos previamente, utilizando terapia cognitivo-conductual (Marks y Mishan, 1988; Neziroglu y Yaryura-Tobías, 1993) y los hallados por J.C. Rosen en grupos de estudiantes e incluso el cálculo del tamaño del efecto terapéutico medido en el BSQ es superior al obtenido por este mismo autor en grupos de obesas (1995).

Aunque los resultados de este estudio son favorables, pensamos que es sólo el comienzo de un estudio más sistemático sobre muestras mayores y con unos problemas más graves. Tampoco podemos hacer extensivo el resultado de nuestro trabajo a muestras masculinas y desconocemos cual sería la respuesta de mujeres ante un terapeuta masculino aunque esta es una decisión a tomar en un futuro próximo.

Hemos podido observar buenos resultados no solo en la reducción del malestar por la imagen corporal, sino también una mejora en los parámetros de ajuste psicológico. Ello junto con la disminución mostrada en los comportamientos alimentarios de riesgo nos hace pensar que podría constituir una buena forma preventiva de la consolidación de los trastornos alimentarios en población universitaria y aún en el tratamiento de trastornos de la alimentación para la prevención posterior de la insatisfacción corporal (Pantano y Santonastaso, 1989).

Somos conscientes de la necesidad de llevar a cabo un análisis sobre el efecto de cada uno de los componentes de la terapia. Tampoco hemos comparado esta compleja terapia con otras más sencillas como lo han hecho otros autores (Fisher y Thompson, 1994 y Grant y Cash, 1995). En un futuro próximo intentaremos dilucidar el diferente peso que cada uno de los elementos tiene en el resultado final, así como la comparación con otros abordajes más sencillos.

Finalmente, aunque queda un largo camino por recorrer, y aunque deben llevarse a cabo intervenciones en un mayor número de sujetos, a poder ser

procedentes de la clínica, podemos afirmar que la intervención terapéutica propuesta ha dado muy buenos resultados en muestras de mujeres jóvenes de este país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, A.E. y DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 11,3,283-287.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989) Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Development Psychology*, 25, 1, 70-79.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder-revised*. 3ª ed. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-IV*. Washington D.C.: APA.
- Cash, T.F. (1990) *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford
- Cash, T.F. (1991) *Body-image therapy: A program for self-directed change*. New-York: Guilford.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990): *Body images: development, deviance and changes*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Demo, D. H. (1985) The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1490-1502.
- Derogatis, L.R. y Spencer, P. M. (1982) *The brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- 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. Preliminary findings. *Behavior Modification*, 18, 171-185.
- Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995): Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of groups and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Hay, G.G. (1970): Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hill, A. J. y Robinson, A. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year-old girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 265-267.

- Hill, A.J., Oliver, S., y Rogers, P.J. (1992) Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical psychology*, 31, 905-105.
- Jacobson, N.S. y Revenstorf, D. (1988): Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems and new developments. *Behavioral Assessment*, 10, 133-145.
- Janet, P. (1903) *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Felix Alcan.
- Koff, E. y Rierdan, J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescents girls. *Journal of Adolescents Health*, 12, 307-312.
- Marks, I. & Mishan, J. (1988) Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study with exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993) Adaptació del Bulimia Test i BSQ en una mostra universitària. Comunicació presentada en la VIII Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Pràctica Clínica. Barcelona.
- Moore, D.C. (1993). Body image and eating behavior in adolescents, *Journal of the American College of Nutrition*, 12, 5, 505-510.
- Morselli, E. (1886) Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Academia di Genova*, 6, 110-119.
- Neziroglu, F.A. y Yaryura-Tobias, J.A. (1993): Exposure, response prevention and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Pantano, M. y Santonastaso, P. (1989): A case of dysmorphophobia following recovery from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 701-704.
- Raich, R.M. (1994) *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994) Trastorno de la Imagen Corporal: Evaluación y Tratamiento. *Cuadernos de Medicina Conductual*, 30, 105-110.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1995) A cognitive-behavioral approach to the treatment of body image disorder: A pilot study. En *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 175-182.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A, Avila, Clos y Zapater (1996): Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 1, 51-66.
- Rosen, J.C. (1995): The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J C, Cado, S, Silberg, S, Srebnik, D,y Went, 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., Salzberg, E., Srebnik, D. y Went, S. (1990) *Development of Body Image Avoidance Questionnaire*. Documento no publicado.
- Rosenberg, M. (1979) *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Santonastaso, P. y Favaro, A. (1994). Prevalence and short-term evolution of body image disturbance in a female adolescent sample. Manuscrito no publicado.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, y Rodin (1985): Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Thompson, J.K. (1990): *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Toro, J, Canalda, G., Castro, J., Raich, R.M., Saldaña, C y Valles, A.: TCA, Cuestionario de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Documento no publicado.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchman, E.G., McKenzie, S.J. y Watkins, P.C. (1990) *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia & Bulimia Nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Wiseman, C.V. Gray, J.J. Mosiman, J.E. y Ahrens, A.H. (1992) Cultural expectations of thinness in women : An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.