

■ Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado

María Jesús Tornero¹, Rosario Bustamante² y Rosa del Arco¹

¹Hospital General Universitario, Elche (Alicante)

²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Elche (Alicante)

Resumen

Se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de un programa multicomponente de tipo cognitivo-conductual sobre un grupo de pacientes adolescentes diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). Formaron parte de la intervención cuatro mujeres con edades comprendidas entre 12 y 15 años que habían acudido a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por presentar problemas de la conducta alimentaria. El tratamiento fue aplicado a lo largo de 20 sesiones con una frecuencia semanal y en formato grupal. En cada sesión se repasaron las tareas para casa y se plantearon diferentes contenidos para la intervención con el grupo, con el objetivo de cubrir las necesidades detectadas en las pacientes: actitud frente a la alimentación, insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, autoestima y relaciones interpersonales. Al finalizar el programa se observó una mejoría clínica de las pacientes, especialmente de aquellas que asistieron regularmente a las sesiones y participaron de forma activa. Se observó un aumento de la autoestima, menor insatisfacción corporal y distorsión corporal, un cambio positivo en la actitud frente a la alimentación, y una mejora en las relaciones interpersonales.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado, adolescentes, muestra clínica, tratamiento cognitivo-conductual, intervención grupal.

Abstract

The results obtained from the implementation of a multicomponent cognitive-behavioural treatment for a group of adolescents diagnosed by Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) are presented. Participants were four women, aged between 12 and 15, who had come to the Child and Adolescent Mental Health Unit showing eating behaviour problems. The treatment was applied over 20 sessions on a weekly basis and a group format. Each session started reviewing the homework and different contents were proposed to the group, with the aim of meeting the needs identified in the patients: attitudes towards food, body image dissatisfaction, body image distortion, self-esteem, and interpersonal relationships. Once the program finished, the participants showed a clinical improvement, especially those who regularly attended the meetings and participated actively. An increase in self-esteem, less corporal dissatisfaction and body distortion, a positive change in their attitudes toward food, and improved relationships were found.

Keywords: Eating disorder not otherwise specified adolescents, clinical sample, cognitive-behavioral treatment, group intervention.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son “síndromes en los que existe una alteración grave de la conducta alimentaria, fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que los pacientes hacen por controlar su peso y su cuerpo” (Marco-Salvador, 2004). Son trastornos muy complejos porque, a los múltiples factores biológicos y psicosociales que intervienen en toda psicopatología, se añaden las alteraciones somáticas y fisiológicas fruto de la malnutrición y desnutrición, que complica su curso y pronóstico (Toro, 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002), incluye en su clasificación de los TCA la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y otras alteraciones denominadas Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). En el caso de la AN los criterios considerados son el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso (incluso estando por debajo del peso normal), la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, la exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal y presencia de amenorrea en mujeres postpuberales. En la BN los criterios que se recogen son la presencia de atracones recurrentes (ingerir gran cantidad de alimento en un espacio corto de tiempo, con pérdida de control sobre la ingesta del alimento) y conductas compensatorias inadecuadas y repetidas (provocación del vómito, uso de diuréticos, laxantes, etc.) que deben ser llevadas a cabo al menos dos veces por semana durante un período de tres meses. Además, la autoevaluación está muy influida y determinada por el peso y la silueta corporal, y la alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de la AN.

La categoría TCANE agrupa los trastornos que no cumplen criterios para ser incluidos en alguna de las categorías de TCA específico. Algunos de los ejemplos que pueden darse son los siguientes: en mujeres se cumplen todos los criterios para AN pero las menstruaciones son regulares; se cumplen todos los criterios para AN, pero a pesar de existir una pérdida significativa de peso, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad; se cumplen todos los criterios para BN, con la excepción de que los atracones y conductas compensatorias aparecen menos de dos veces por semana durante un período de tres meses; o trastorno compulsivo, en el que aparecen atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN.

La prevalencia de los TCA ha aumentado en los últimos años, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del tercer mundo (VVAA, 2007). La mayoría de los estudios epidemiológicos constatan que el 90% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres, con una relación 9-10:1 entre mujeres y hombres, tanto en el caso de la AN como en la BN (Chinchilla-Moreno, 2003; Gómez-Del Barrio, García-Gómez y Corral-Collantes, 2009). En cuanto a la edad, por lo general se acepta que el inicio más frecuente de la AN se sitúa entre los 13 y los 18 años (Sánchez-Planell, 1998; Gómez Del Barrio et al., 2009), aunque el intervalo se va ampliando progresivamente a edades más tempranas y también más avanzadas (Sierra, Buela-Casal y Ambrosio, 2004). La BN es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo la edad media de aparición los 20 años de edad (Chinchilla-Moreno, 2003; Sánchez-Planell, 1998).

En diferentes estudios epidemiológicos se ha comprobado que la AN y BN sólo son “la punta del iceberg” de una gran cantidad de otros trastornos clínicamente significativos que se engloban dentro de los TCANE. Aunque éstos podrían asumirse como trastornos con una menor relevancia clínica, lo cierto es que suelen ser pacientes con un cuadro clínico tan complicado y grave como el que presentan las pacientes con los dos principales diagnósticos (Marco-Salvador, 2003). Según Fairburn y Wash (2002), entre el 20% y el 60% de los TCA se consideran dentro de los clasificados como TCANE. En la población femenina adolescente se aceptan como cifras aproximadas porcentajes de 0.5-1% de AN, del 1-3% de BN y del 3% de TCANE (Gómez del Barrio et al., 2009). Basándonos en estudios realizados en España con la población de mayor riesgo (mujeres entre 12 y 21 años), estaríamos considerando una prevalencia total de TCA del 4.1% al 6.41%. (AAVV, 2007).

Algunas de las posibles consecuencias originadas por los TCA son las siguientes (Chinchilla Moreno, 2003; Lechuga y Gámiz, 2005): alteraciones emocionales y sociales (depresión, ansiedad, obsesiones, baja autoestima, distorsiones cognitivas, falta de autocontrol, apatía, labilidad emocional, irritabilidad y tendencia a enojarse, aislamiento social, etc.), alteraciones cognitivas (disminución de la concentración), alteraciones físicas (alteraciones del sueño, debilidad gastrointestinal, aumento de la sensibilidad al ruido y a la luz, edema, hipotermia, parestesias, etc.), y alteraciones metabólicas y neuroendocrinas (alteración de la función tiroidea, alteraciones del metabolismo de la glucosa, alteración de la hormona liberadora de la corticotropina).

En cuanto al curso y pronóstico del trastorno, puede ser muy variable. Según Gómez del Barrio et al. (2009), en el caso de la AN aproximadamente el 50% consigue una remisión completa, un 20-30% una remisión parcial, y un 10-20% evolucionan a la cronicidad. En el caso de la bulimia, el 60% de los pacientes se consideran de buen pronóstico, el 30% tienen una recuperación parcial, y el 10% tiene un pronóstico malo. Tanto en la AN como en la BN se considera la importancia de la detección y el tratamiento precoz para conseguir que el pronóstico sea lo mejor posible. Los TCANE pueden ser síntoma del inicio de un trastorno de mayor importancia, por ello no deben pasar desapercibidos, y deben ser objeto de tratamiento, puesto que se puede prevenir la aparición de un trastorno de mayor gravedad o la cronificación del mismo (Chinchilla-Moreno, 2003).

Es importante considerar otras causas que pueden producir pérdida de peso o de apetito para realizar el diagnóstico diferencial. Puede tratarse de enfermedades médicas como la diabetes mellitus, la neoplasia, la tirotoxicosis, tumores hipotalámicos y los síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Buc (Perpiñá, 1999). También debemos considerar que muchos trastornos psiquiátricos cursan con pérdida de peso o apetito, o negación a ingerir alimento por otros motivos, por ejemplo, el trastorno depresivo, TOC, trastorno psicótico, trastorno de conversión, o fobia social (Marco Salvador, 2003). Por otra parte, la comorbilidad de estos trastornos es bastante alta. La depresión mayor es el trastorno más frecuente, ya que aparece en el 40% de los casos, seguido de la distimia con un 32% (Marco Salvador, 2004). Otros trastornos frecuentemente asociados son trastornos de ansiedad o trastornos de la personalidad (Perpiñá, 1995).

El abordaje terapéutico de los TCA ha de ser realizado por un equipo multidisciplinar que suele requerir la colaboración de distintos especialistas y niveles asistenciales (Turón, 1997). La evaluación inicial del paciente determinará el tipo de tratamiento que necesitará: ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio. Desde el punto de vista médico, en el tratamiento ambulatorio se establece el siguiente plan terapéutico (Lechuga y Gámiz, 2005): reorganización de la alimentación a través de una dieta individualizada para cada paciente y en cada momento concreto de la evolución del TCA; seguimiento de las diferentes fases de la recuperación (hidratación, depósito glucógeno, tejido graso y proteínas); educación nutricional; y administración de fármacos para subsanar problemas asociados con los TCA. A nivel psicológico, el tratamiento debe ir orientado a reducir o mejorar los síntomas que con mayor frecuencia presentan estos pacientes: ansiedad, obsesiones, depresión, distorsiones cognitivas, baja autoestima y falta de autocontrol (Lechuga y Gámiz, 2005). Los objetivos terapéuticos en el área psicológica son (AETCA y ADANER, 1997): orientación educativa, modificación conductual, modificación cognitiva, adquisición de estrategias y de habilidades de afrontamiento, y prevención de recaídas.

Entre las opciones terapéuticas existentes, la forma de terapia que ha demostrado ser más eficaz es la cognitivo-conductual (TCC) (AAVV, 2007), sobre todo para BN. En el caso de la AN el único tratamiento que se ha mostrado eficaz hasta el momento es la rehabilitación nutricional, pero éste suele combinarse con la TCC, especialmente una vez que el paciente ha recuperado parte del peso y se encuentra en disposición de beneficiarse en mayor medida del tratamiento psicoterapéutico (Saldaña, 2001). Otros tipos de terapia que son utilizados y siguen siendo investigados para probar su eficacia son las terapias interpersonal (eficacia probada para los casos de BN), psicoeducativa, psicodinámica, familiar o de pareja (Saldaña, 2001; Chinchilla-Moreno, 2003).

Aunque se han descrito programas específicos para la AN y la BN basados en el tratamiento cognitivo-conductual, lo cierto es que las técnicas utilizadas para estos trastornos, junto a los TCANE, son similares. Algunas de las más utilizadas son el control de contingencias, exposición y prevención de respuesta, control de estímulos, reestructuración cognitiva, refuerzo social, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas (Chinchilla-Moreno, 2003). A pesar de los buenos resultados obtenidos con la TCC, sigue existiendo un número considerable de pacientes que no se benefician en parte o totalmente de estas intervenciones (Marco-Salvador, 2003), por lo que algunos autores defienden la necesidad de incluir en los tratamientos otros aspectos, como son el abordaje de la autoestima, las relaciones interpersonales, las emociones o la imagen corporal (Fairburn et al., 2002).

En cuanto a la modalidad del tratamiento psicológico, éste puede llevarse a cabo de forma individual, familiar o grupal. Aunque en la mayoría de los trabajos se defiende la eficacia superior del tratamiento a nivel individual (sobre todo en casos de AN), también se pueden obtener buenos resultados con las intervenciones familiares y grupales, porque permiten trabajar aspectos importantes directamente. En el caso de la terapia grupal, la interacción con personas que se encuentran en una situación similar, permite abordar características como las relaciones interpersonales o la expresión emocional, que pue-

den ser críticas para la obtención de buenos resultados (Chinchilla-Moreno, 2003)

Tras la revisión realizada podemos afirmar que existe un gran número de trabajos en los que se analiza la eficacia de diferentes tratamientos psicológicos para los TCA específicos, AN y BN, incluyéndose en algunos estudios de los últimos años el trastorno por atracón. Sin embargo, sigue sin prestarse atención a nivel de investigación al tratamiento psicoterapéutico de otros trastornos no especificados, a pesar de su elevada prevalencia. El presente estudio se centra en la terapia grupal con pacientes con un diagnóstico de TCANE, a los que se ha aplicado un programa multicomponente basado en técnicas utilizadas en el tratamiento de la AN y la BN, puesto que hasta donde llega nuestro conocimiento no existe un programa específico para la población objeto de estudio. Por lo tanto, el propósito de este trabajo es comprobar la eficacia de un programa grupal multicomponente con una base cognitivo-conductual en adolescentes con TCANE.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por cuatro mujeres con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años (edad media de 14 años). Todas fueron derivadas a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por presentar problemas relacionados con la conducta alimentaria. Tras la evaluación inicial realizada en las consultas de psicología clínica o psiquiatría, fueron diagnosticadas de TCANE (F50.9) (DSM-IV-TR).

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para reclutar a los sujetos fueron tener una edad superior a los 10 años y haberse sido diagnosticada de TCANE. Los únicos criterios de exclusión fueron que la edad (menores de 10 años) y/o que presentaran otras alteraciones psicopatológicas comórbidas que pudieran complicar la intervención grupal.

La participación en el programa grupal fue voluntaria. Se ofreció la intervención a un total de ocho pacientes, de las cuales siete acudieron a las primeras sesiones. Tres de ellas abandonaron el tratamiento grupal antes de finalizarlo, por lo que no fueron incluidas en el presente estudio.

Las participantes tenían determinadas características en común, como la preocupación por el aspecto físico, baja autoestima, y la preocupación por la comida. Todas ellas fueron diagnosticadas de TCANE porque no cumplían todos los criterios para diagnosticar como AN. No obstante, el cuadro clínico se aproximaba más a la AN que al trastorno de tipo bulímico, puesto que no informaron de atracones, ni conductas purgativas o compensatorias inadecuadas después de las comidas. A continuación se señalan algunas características personales de cada una de ellas, utilizando para ello nombres figurados. Tamara, de 15 años, presentaba una gran dificultad para "enfrentarse" con la comida. Aunque tenía infrapeso, no mostraba un miedo intenso a ganar peso ni tampoco una distorsión de la imagen corporal. Al contrario del resto de sus compañeras, Tamara quería ganar peso porque no le gustaba tener un cuerpo tan delgado. Teresa, de 14 años, a pesar de tener un peso considerado dentro de la normalidad, estaba muy incómoda con su cuerpo y realizaba muchos episodios de restricción alimentaria, tirando incluso el almuerzo que se

llevaba al instituto o parte de la comida cuando sus padres no estaban. Presentaba una gran distorsión de la imagen corporal y un malestar intenso ante la idea de ganar peso. Además, presentaba un déficit de habilidades sociales, que le causaba más dificultades. Sonia, de 15 años, manifestaba una gran insatisfacción con su peso y su figura corporal, a pesar de encontrarse en normopeso. Sonia presentaba una importante distorsión de la imagen corporal, y un rechazo patente a ganar peso. Su asistencia al grupo de intervención fue irregular. Por último, Marta, de 12 años, mostraba un importante infrapeso, habiendo perdido bastantes kilos en pocos meses. Manifestaba un gran rechazo a ganar peso, una importante insatisfacción con su peso y su cuerpo (especialmente con su cara) y una marcada distorsión con su imagen corporal. Marta cumplía con los criterios de AN, a excepción de la retirada de la menstruación.

Variables dependientes

Las variables que fueron evaluadas y sobre las que se intervino fueron las siguientes: (a) actitudes frente a la alimentación, (b) características asociadas a los TCA: perfeccionismo, tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal, etc., (c) imagen corporal: componente perceptivo y cognitivo, y (d) autoestima.

Diseño

El diseño de esta investigación es de caso único pretest-postest, en el que se interviene con cuatro adolescentes mujeres. Se trata de una intervención grupal realizada en un contexto clínico, con un grupo reducido, en el que se presentan los cambios presentados a nivel individual en cada paciente que formó parte de la intervención.

Procedimiento y evaluación

Se elaboró un programa multicomponente de tipo cognitivo-conductual de 20 sesiones semanales de noventa minutos de duración, que se desarrolló en aproximadamente 6 meses.

Las sesiones tuvieron el siguiente formato: en primer lugar, se repasaban las tareas para casa (en la primera sesión se sustituyó por la presentación del grupo de intervención, el objetivo de la misma y la presentación de los componentes); a continuación se daba la oportunidad de preguntar dudas o informar sobre acontecimientos personales durante la semana. Tras esta sección, se proporcionaba psicoeducación sobre el tema abordado en la sesión, se presentaba la dinámica a realizar (todos requerían de la participación activa por parte de todas las asistentes), y por último, se planteaban y explicaban tareas para casa (a compartir la siguiente semana). Durante el período que duró la intervención, se mantuvieron sesiones individuales en la consulta de psicología y/o psiquiatría en los casos en los que fue necesario, pero con una frecuencia menor a la que asistían antes de la participación en el grupo.

Para la evaluación de los sujetos (pretest y postest) se utilizaron los siguientes instrumentos:

Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitude Test; EAT-26; Garner y Garfinkel, 1982), validación española (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003). Evalúa la presencia de actitudes y conductas asociadas con la AN, especialmente aquéllas relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso a

adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos (Gandarillas et al., 2003). Este instrumento ha demostrado buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, y una adecuada sensibilidad y especificidad para cribado de TCA, permitiendo discriminar entre casos clínicos de TCA y población normal. Consta de tres escalas: (1) Dieta: que recoge las conductas de evitación de alimentos que engordan y preocupación por la delgadez, (2) Bulimia y Preocupación por la comida: que incluye conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida, y (3) Control oral: que se refiere al autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso. Cada ítem tiene seis opciones de respuesta (nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, y siempre) y se puntúa mediante una escala tipo Likert. Para un punto de corte de 20 puntos o más, la sensibilidad es del 59% y la especificidad del 93%. Cuando el punto de corte es inferior (10 puntos o más) presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% (Gandarillas et al., 2003).

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2; Garner, 1991), versión española (Corral, González, Pereña, y Seisdedos, 1998). Es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN. Consta de 64 ítems agrupados en ocho subescalas que correlacionan positivamente. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal (motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal). Los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas (inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva, y miedo a madurar) evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). Cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert de seis puntos. Se pueden sumar todas las subescalas para obtener una puntuación global o utilizar cada subescala por separado. A nivel clínico, el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas posee mayor relevancia que la puntuación global. La puntuación total máxima de este inventario es de 192, el punto de corte es de 42 en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.

Escala de Evaluación de la Imagen Corporal (Garner, 1999), versión española validada por Rodríguez, Beato, Rodríguez-Cano, Martínez-Sánchez (2003). Esta escala evalúa las distorsiones de la imagen corporal en pacientes con TCA. Consta de 13 siluetas que representan la figura humana sin atributos reconocibles. La silueta central representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia, y a ambos lados hay otras seis siluetas que representan en orden creciente y decreciente el aumento y decremento progresivo de peso. Uno de los extremos representa una figura extremadamente obesa y el otro, extremadamente delgada. Se le pide al paciente que haga dos tareas: que señale la figura que mejor representa su cuerpo (percepción actual), y que señale aquella figura que le gustaría llegar a tener (imagen ideal). Esta escala proporciona una medida de la imagen percibida, de la ideal y de la real, y ofrece dos indicadores: el índice de insatisfacción con la imagen corporal (diferencia entre la imagen percibida

y la deseada) y el índice de distorsión con la imagen corporal (diferencia entre la imagen percibida y la real). No existe un punto de corte, pero a mayor puntuación, mayor será la distorsión y la insatisfacción. En su versión española se obtuvieron resultados que nos indican que es un instrumento psicométricamente sensible para evaluar la imagen corporal en esta población (Rodríguez-Campayo et al., 2003).

Cuestionario sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal (Body Image Automatic Thoughts Questionnaire; BIATQ, Cash, Lewis y Keeton, 1987), versión española de Perpiñá, Borra, Baños, Botella, Quero y Jorquera (2003). Se trata de un cuestionario que evalúa el componente cognitivo de la Imagen Corporal. Evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o de su aspecto físico. Está formado por 52 ítems con una escala de respuesta comprendida entre 1 (nunca) y 5 (muy a menudo). Consta de dos subescalas: una que evalúa pensamientos positivos (15 ítems) y otra que evalúa pensamientos negativos (37 ítems). En la validación española se ha obtenido una consistencia interna de 0.91 en la escala general, 0.97 en la escala negativa y 0.91 en la positiva (Perpiñá et al., 2003).

Test de Autoestima (Rosenberg, 1965), versión española de Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Inicialmente fue desarrollada por Rosenberg para la evaluación de la autoestima en adolescentes, aunque con el tiempo se ha extendido su uso a todo tipo de población. Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Se puntúa con una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40. La prueba tiene una consistencia interna de 0.85 y una fiabilidad test-retest de 0.84 (Martín-Albo et al., 2007).

Tratamiento

Los contenidos y objetivos de cada sesión del programa se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Objetivos y contenidos de cada sesión

Sesión	Objetivos	Contenidos
1	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la confianza y la participación en el grupo - Proporcionar información sobre normas de funcionamiento - Proporcionar información sobre qué es la Imagen Corporal y cuáles son sus componentes - Realizar la evaluación pre-test 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Objetivos y normas de funcionamiento del grupo. - Introducción sobre la Imagen Corporal: definición y componentes - Aplicación de pruebas de evaluación - Tarea para casa
2	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Favorecer una actitud crítica sobre los ideales de belleza - Realizar la evaluación pre-test 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Actividad sobre Imagen Corporal - Factores influyentes en la formación de la Imagen Corporal - Ideal de belleza e Imagen corporal - Aplicación de pruebas de evaluación - Tarea para casa
3	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Proporcionar información sobre los posibles factores influyentes en los TCA - Favorecer la autorreflexión sobre los factores que han podido influir en su propia historia 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno - Actividad: historia de María - Tarea para casa
4	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Proporcionar información sobre las posibles consecuencias de los TCA 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Consecuencias de los TCA: a nivel cognitivo, a nivel conductual y a nivel físico - Tarea para casa
5	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Obtención de nociones básicas de nutrición - Normalización de hábitos de alimentación - Corregir errores o resolver dudas en torno a los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Nutrición: definición y nutrientes principales - Alimentación saludable - Mitos sobre las dietas - Actividad: pirámide nutricional - Tarea para casa: elaboración de un menú

Sesión	Objetivos	Contenidos
6	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Proporcionar información sobre los pensamientos automáticos distorsionados - Conseguir identificar y detectar pensamientos distorsionados 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Pensamientos saludables / no saludables - Las distorsiones cognitivas: tipos - Actividad por grupos: relacionar pensamientos con tipo de distorsión - Tarea para casa
7	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Proporcionar información sobre los errores cognitivos más frecuentes en torno a la imagen corporal en TCA - Promover la autorreflexión en torno a estos errores cognitivos en cada caso particular 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Errores cognitivos en relación con la apariencia: “la docena sucia” - Mitos sobre la Imagen Corporal - Tarea para casa
8	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Dotar de recursos para mejorar la detección de pensamientos distorsionados - Dotar de recursos para poder cambiar los pensamientos automáticos distorsionados 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Las distorsiones cognitivas: cómo detectarlas y cómo cambiarlas - Tarea para casa
9	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Facilitar la comprensión de los propios procesos emocionales - Proporcionar herramientas para construir pensamientos menos distorsionados, más realistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Explicación del esquema Pensamiento-Emoción-Conducta - Elaboración de pensamientos alternativos - Tarea para casa
10	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Favorecer el “darse cuenta” a través de pruebas de realidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Distorsiones perceptuales en torno al cuerpo - Actividad: medición objetiva vs apreciación subjetiva - Tarea para casa
11	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Proporcionar información sobre los errores cognitivos más frecuentes en relación con la comida y el ejercicio físico en personas con TCA - Fomentar la autorreflexión en torno a estos errores cognitivos en cada caso particular 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Revisión de conceptos sobre Nutrición - Errores cognitivos en torno a la comida y el ejercicio físico - Actividad para compartir en grupo - Tarea para casa
12	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Conocer qué es la autoestima y cómo podemos mejorarla - Promover emociones positivas ante los elogios de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - ¿Qué es la autoestima? - Actividad de grupo para definirla - Dinámica grupal: ronda de elogios - Tarea para casa
13	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Promover la autoobservación y el autoconocimiento como herramientas para incrementar la autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Actividad individual: autorreflexionar y compartir sus características y/o cualidades positivas - Decálogo de la autoestima - Tarea para casa
14	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Mejorar la expresión emocional mediante el entrenamiento en detección y reconocimiento de emociones - Promover la expresión de emociones en el grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Entrenamiento en reconocimiento de emociones - Actividad - Tarea para casa

Sesión	Objetivos	Contenidos
15	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Promover la expresión de emociones en el grupo - Fomentar la utilización de una técnica adecuada de control emocional para situaciones provocadoras de ansiedad (por ejemplo, tras realizar una comida) 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Entrenamiento en expresión de emociones - Entrenamiento en técnica de control emocional: relajación - Tarea para casa: práctica de respiración diafragmática
16	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Considerar la importancia del componente no verbal en la comunicación - Diferenciar los diferentes estilos de comunicación y comportamiento - Aprender técnicas que facilitan la comunicación asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Componente no verbal de la comunicación - Entrenamiento en Habilidades Sociales: estilos de comunicación - Actividad: comportamiento asertivo (role-playing) - Tarea para casa
17	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Promover una comunicación sana con iguales y familia - Aprender a aplicar HHSS en diferentes situaciones - Proporcionar recursos para mejorar las relaciones mediante el entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Actividad grupal: role-playing de diferentes situaciones <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo pedir favores? - ¿Cómo recibir cumplidos? - ¿Cómo pedir disculpas? - Autoafirmaciones positivas - Tarea para casa
18	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Aprender a detectar un problema y a realizar una definición operativa del mismo - Aprender a plantear alternativas ante una situación problemática 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Entrenamiento en Resolución de Problemas: orientación hacia el problema, definición el mismo, y generación de alternativas - Actividad: role-playing - Tarea para casa
19	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la implicación mediante las tareas para casa - Aprender a tomar decisiones basándose en toda la información disponible - Aprender a poner en marcha estrategias para poder solucionar el problema y valorar su eficacia 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa - Entrenamiento en Resolución de Problemas: toma de decisiones, puesta en práctica y verificación de la solución - Actividad: role-playing - Tarea para casa
20	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar aprendizajes - Cerrar el grupo - Evaluación post-test 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de recaídas - Aplicación de pruebas de evaluación

Resultados

Los resultados de la intervención grupal se examinan mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios en las evaluaciones realizadas antes y después del tratamiento.

En la Tabla 2 se presenta la puntuación total en el EAT-26, que es el test que permite discriminar entre población normal y población de riesgo o clínica con TCA. Tras la intervención, se observó una disminución de las puntuaciones en las participantes, aunque hay diferencias entre ellas. En el caso de Tamara, la puntuación obtenida en la evaluación pre-intervención no era significativa (el punto de corte se sitúa en 20 puntos), pero aun así se produjo una reducción de la misma. En el caso de Teresa, aunque en la puntuación obtenida en la evaluación posttest estuvo por encima del punto de corte, se produjo un descenso significativo de la puntuación, pasando de 52 a 32 puntos. En las puntuaciones de Sonia también se

observó un descenso, aunque siguió manteniendo una puntuación elevada, pasando de 72 a 63 puntos. Por último, en el caso de Marta se produjo el mayor descenso de puntuación, pasando de 57 puntos en la evaluación pretest a 7 puntos en la evaluación posttest, quedando muy por debajo del punto de corte establecido para clasificar como población clínica.

Tabla 2. Puntuaciones pretest-posttest en el EAT-26

Participante	Pretest	Posttest
Tamara	15	11
Teresa	52	32
Sonia	72	63
Marta	57	7

Nota: EAT-26: Test de Actitudes Alimentarias.

Las puntuaciones en cada subescala del EDI-2 son presentadas en la Tabla 3. Las tres primeras escalas proporcionan información sobre los comportamientos y actitudes sobre la comida, el peso y la imagen corporal. En la escala de Motivación para Adelgazar (DT), se produjo un descenso de la puntuación en tres de los cuatro casos, produciéndose sólo un incremento en el caso de Sonia (incremento de 19 a 21 puntos). En la escala de Bulimia (B) se produjo un descenso de las puntuaciones tanto en Teresa como en Sonia; en el caso de Marta se mantuvo la puntuación de 0 y aumento de 0 a 4 puntos en el caso de Tamara. En la escala de Insatisfacción con la

Imagen Corporal (BD) se redujeron las puntuaciones en todos los casos exceptuando a Teresa, que mantuvo la puntuación de 14. El resto de subescalas hacen referencia a otras características psicológicas de la población con TCA, y podemos observar como en líneas generales se produjo un descenso de la puntuación en la mayoría de ellas, más o menos acentuado en función de la participante. Por ejemplo, observamos que en el caso de Sonia el descenso es menos marcado (incluso se produce un leve aumento en tres escalas) y, por el contrario, es mucho más notable en Marta.

Tabla 3. Puntuaciones pretest-postest en el EDI-2

Participante		DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Tamara	Pretest	3	0	46	11	4	9	12	11	4	3	9
	Postest	1	4	11	7	7	4	8	9	3	12	1
Teresa	Pretest	18	3	14	12	9	3	13	10	6	5	4
	Postest	16	1	14	5	7	1	6	15	2	4	3
Sonia	Pretest	19	5	27	11	6	2	6	6	11	0	5
	Postest	21	4	22	10	7	3	3	5	7	5	5
Marta	Pretest	21	0	25	24	0	3	9	9	7	5	4
	Postest	7	0	1	9	0	0	4	6	3	0	0

Nota: EDI-2: Inventario de trastornos de la conducta alimentaria; DT: motivación para adelgazar; B: bulimia; BD: insatisfacción corporal; I: ineficacia; P: perfeccionismo; ID: desconfianza interpersonal; IA: conciencia interoceptiva; MF: miedo a la maduración; A: ascetismo; IR: impulsividad; SI: inseguridad social.

Tabla 4. Puntuaciones pretest-postest en la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal

Participante		IIIC	IDIC
Tamara	Pretest	-2	0
	Postest	-1	0
Teresa	Pretest	+4	+5
	Postest	+2	+1
Sonia	Pretest	+10	+7
	Postest	+7	+4
Marta	Pretest	+4	+5
	Postest	0	+1

Nota: IIIC: Índice de Insatisfacción con la Imagen Corporal. IDIC: Índice de distorsión de la Imagen Corporal.

En la Tabla 4 se presentan los resultados en la Escala de Evaluación de la Imagen Corporal, que indica un descenso generalizado en los índices de Insatisfacción y de Distorsión de la Imagen Corporal. Las puntuaciones obtenidas por Tamara indican una reducción de la insatisfacción relacionada por percibirse demasiado delgada (la puntuación disminuyó de -2 a -1). Con respecto a Teresa y Marta, la insatisfacción se redujo y pasó a obtener una puntuación muy baja (+2 en el caso de Teresa y 0 en el caso de Marta), y al mismo tiempo se redujo la distorsión cognitiva relacionada con el peso, que pasó en ambos casos de +5 a +1. Sonia fue la participante con mayores puntuaciones en ambos índices en la evaluación pretest; en su caso también se produjo una importante reducción de ambos, pero continuó obteniendo puntuaciones elevadas, con +7 en el índice de insatisfacción y +4 en el índice de distorsión.

En el Cuestionario sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal se puede observar en general una relación inversa entre la puntuación de pensamientos negativos y positivos (Tabla 5). En la mayor parte de los casos coincide un descenso en la puntuación de pensamientos negativos con un aumento en la puntuación de pensamientos positivos. Especialmente es destacable esta relación en Tamara y Marta,

en cuyos casos resulta observable el cambio cuantitativo en ambas escalas. El único caso en el que no se produjo este tipo de relación fue en el de Sonia, que obtuvo una puntuación mayor en pensamientos negativos en la evaluación posttest (de 41 a 82) y una puntuación menor en el caso de pensamientos positivos (de 14 a 13).

Tabla 5. Puntuaciones pretest-postest en el BIATQ

Participante		Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
Tamara	Pretest	77	19
	Posttest	19	36
Teresa	Pretest	89	14
	Posttest	72	23
Sonia	Pretest	41	14
	Posttest	82	13
Marta	Pretest	66	15
	Posttest	29	36

Nota: BIATQ: Cuestionario sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal.

En el Test de Autoestima los resultados varían en función de la paciente (Tabla 6). En dos casos la autoestima pasó de ser baja (se consideran las puntuaciones entre 10 y 20) a ser media (puntuaciones entre 20 y 30). Esta tendencia se observó en Tamara (de 16 a 26) y Marta (de 13 a 23). Teresa y Sonia mantuvieron sus puntuaciones, obteniendo Teresa una puntuación de autoestima media tanto en la evaluación pretest como en el posttest, y Sonia una puntuación de autoestima baja en los dos momentos, aunque encontrándose en el límite con la autoestima media.

Tabla 6. Puntuaciones pretest-postest en el Test de Autoestima

Participante	Pretest	Posttest
Tamara	16	26
Teresa	21	21
Sonia	19	18
Marta	13	23

Discusión

Tras analizar los resultados obtenidos podemos afirmar que se produjo una mejoría clínica en las pacientes que recibieron la intervención. Se observó un cambio en la actitud frente a la alimentación, existiendo una ingesta más apropiada al finalizar

el tratamiento. Se halló también una reducción de la insatisfacción y de la distorsión de la imagen corporal, consiguiendo que eliminaran los pensamientos erróneos sobre ésta y los sustituyeran por otros más adaptados y realistas, reduciendo también así el nivel de ansiedad cuando tenían que enfrentar situaciones de exposición a su cuerpo. Las pacientes informaron de una mejoría en el funcionamiento social y las relaciones interpersonales, lo que puede ayudar a mantener una conducta alimentaria normalizada y prevenir recaídas (Chinchilla-Moreno, 1994). Se obtuvo una mejoría en su autoestima, consiguiendo en las pacientes una autoestima media, excepto en una de ellas que obtuvo una puntuación baja, aunque en el límite con autoestima media.

Para conseguir todos estos cambios se utilizaron las técnicas recomendadas en la literatura científica, sobre todo las basadas en la terapia cognitivo-conductual (Chinchilla-Moreno, 2003) como son la exposición y prevención de respuesta ante situaciones ansiógenas relacionadas con la comida, reestructuración cognitiva para pensamientos relacionados con la comida, el peso y la forma corporal, refuerzo social de los avances conseguidos en el grupo, entrenamiento en habilidades sociales para enfrentar situaciones sociales generadoras de ansiedad, y prevención de recaídas. También se incluyó el abordaje de otras áreas que se consideraron necesarias dadas las características de la muestra, como eran la autoestima, la expresión emocional y la resolución de problemas interpersonales.

La principal limitación de este estudio es el pequeño tamaño muestral. Por lo que consideramos necesario reclutar más individuos para próximas investigaciones, sobre todo por el problema encontrado con la asistencia al grupo. Aunque la mayoría de las pacientes que finalmente formaron parte del tratamiento asistieron con regularidad (a excepción de las tres personas que abandonaron el grupo), era muy difícil retomar determinados temas ya tratados en la sesión anterior cuando alguna de ellas no asistía. También consideramos positivo reducir el número de sesiones en posteriores estudios, ya que de esa manera se podría favorecer una mayor adherencia al tratamiento. Además, sería interesante incluir un grupo de control para poder comparar los resultados con del grupo que ha recibido la intervención.

Artículo recibido: 13/09/2013

Aceptado: 4/10/2013

Referencias

- AETCA/ADANER (1997). *Clínica y tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes*. Madrid: Jornadas AETCA.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.
- Chinchilla-Moreno, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Fairburn, C. G. y Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 171-177). New York: Guildford Press.

- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Garner, M., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gómez-Del Barrio, J. A., García-Gómez, M. C. y Corral-Collantes, L. P. (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia, bulimia y trastorno por atracones*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lechuga, L. y Gámiz, N. (2005). Tratamientos psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 142-157.
- Marco-Salvador, J. H. (2004). *Tratamiento de los Trastornos Alimentarios: eficacia diferencial de la Terapia Cognitivo Comportamental con un componente de Imagen Corporal apoyado con Técnicas de Realidad Virtual*. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Perpiñá, C. (1995). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología (vol. 1)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Perpiñá, C. (1999). *Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia*. Madrid: UNED-FUE.
- Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R. M., Botella, C., Quero, S. y Jorquera, M. (2003, Noviembre). *Psychometric Properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ) in a Spanish population*. Póster presentado al 37th Annual Convention of AABT, Boston, EEUU.
- Rodríguez-Campayo, M. A., Beato, L., Rodríguez-Cano, T. y Martínez-Sánchez, F. (2003). Adaptación española de la Escala de evaluación de la imagen corporal de Garner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (2), 59-64.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13 (3), 381-392.
- Sánchez-Planell, L. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria. En J. Vallejo-Ruiloba, (Editor), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (214-222)*, 4ª ed. Barcelona: Masson.
- Sierra, J. C., Buela-Casal, G. y Ambrosio, I. (2004). Evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 571-606). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Toro, J. (2009). Trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 38, 1-15.
- Turón, V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.