

Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia

Emma RIBAS RABERT

Universitat Ramon Llull

Antiaging Group Barcelona, Clínica Tres Torres

Luis BOTELLA GARCIA DEL CID

Universitat Ramon Llull

Jesús BENITO RUIZ

Antiaging Group Barcelona, Clínica Tres Torres

Resumen

Este trabajo presenta dos estudios. El primero de ellos contrasta los efectos de la cirugía estética sobre la imagen corporal mediante un diseño pre-post en el que la variable “imagen corporal” se evaluó utilizando la versión española del cuestionario MBSRQ. En él se demuestra que, tras operarse, (a) se produce un incremento en la valoración subjetiva positiva de la imagen corporal; (b) los pacientes son más conscientes de los aspectos relevantes concernientes a su aspecto físico; (c) los pacientes se centran más en el mantenimiento de su forma física, (d) los pacientes se sienten más atractivos físicamente y (e) el factor Cuidado del Aspecto Físico no se ve afectado por la intervención. En referencia a los resultados del Estudio 2, las intervenciones y tratamientos realizados a la muestra de participantes en este estudio contribuyeron a mejorar su autoestima en la dimensión de imagen corporal.

Palabras clave: imagen corporal, psicoterapia, cirugía estética, autoestima, relaciones de pareja.

Dirección de correspondencia: Departament de Psicologia. Facultat de Psicologia y Ciencias de la Educación y el Deporte, Blanquerna. c/ Císter 24-34. Barcelona. *Correo electrónico:* lluisbg@blanquerna.url.edu

Recibido: julio 2010. *Aceptado:* noviembre 2010.

Abstract

This paper presents two studies. The first one analyzes the effects of cosmetic surgery on body image by means of a pre-post design in which the variable “body image” was assessed by means of the Spanish version of the MBSRQ. It demonstrates that, after surgery, (a) there is an increase in the positive subjective valuation of body image; (b) patients are more conscious of the relevant aspects concerning their physical aspect; (c) patients concentrate more in the maintenance of their physical form, (d) patients feel more physically attractive and (e) the factor Care of Physical Aspect is not affected by the intervention. With reference to the results of Study 2, the interventions and treatments contributed to improve patients self-esteem in the dimension of body image.

Key words: Body Image, Psychotherapy, Cosmetic Surgery, Self-Esteem, Couple’s Relationships.

La definición más aceptada de “imagen corporal” es la ya clásica de Schilder (1935): “*la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente*”, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo. La importancia de dicho constructo ha sido puesta en evidencia en las últimas décadas en decenas de estudios; véase una revisión en Cash y Pruzinsky (1990) y, en español, en Botella, Grañó, Gámiz y Abey (2008). Algunos ejemplos de esta relevancia, ya comentados en otros trabajos, son los siguientes:

- Entre las personas que se consideran menos atractivas se encuentra mayor incidencia de fobia social, ansiedad social y locus de control externo.
- La satisfacción personal con el propio físico correlaciona con el grado de ajuste social percibido.
- La falta de atractivo comporta un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes patologías mentales (incluida la esquizofrenia), así como una complicación en el curso de su recuperación.
- El atractivo del paciente es considerado como uno de los factores que contribuye al buen pronóstico de la psicoterapia.
- Los problemas y síntomas asociados a la

imagen corporal o a la corporalidad en general caracterizan a un buen número de patologías psicológicas (incluyendo por supuesto los tan abordados trastornos alimentarios): la hipocondría, los trastornos dismórficos corporales, las alucinaciones somáticas propias de algunas formas de trastorno paranoide, los trastornos de identidad de género y las automutilaciones y autolesiones.

- Además, en los últimos años se han descrito otras formas menos comunes de patologías de la corporalidad tales como el Síndrome de Munchausen, la adicción quirúrgica, la adicción a las transformaciones corporales cosméticas (tatuajes, *piercings*, escarificaciones...), la adicción al ejercicio físico y la musculación (“vigorexia”) y la “apotemnofilia” (el deseo obsesivo de que se ampute una parte del propio cuerpo, normalmente una pierna, asociado a conductas parafilicas de excitación sexual con parejas amputadas).
- Por otra parte, no hay prácticamente ningún trastorno psicopatológico sin correlatos en la esfera de la corporalidad, y en algunos de ellos esos correlatos son especialmente nucleares: el desagrado por el propio físico, la falta de apetitos sensoriales y las preocupaciones excesivas por

el cuerpo de los pacientes depresivos; las disfunciones corporales evidentes en los trastornos sexuales; las alteraciones de la imagen corporal en la psicosis...

- Por lo que respecta a la influencia de lo físico en lo psicológico, son evidentes los efectos traumáticos y en ocasiones emocionalmente devastadores de la pérdida de funciones o de partes del cuerpo debida a accidentes, cirugías invasivas o procesos patológicos; por ejemplo, las desfiguraciones accidentales por quemaduras, las amputaciones quirúrgicas o como resultado de accidentes, las deformidades debidas a patologías genéticas o adquiridas...

Todo lo anterior nos lleva a plantear la seriedad e importancia de lo corporal en la construcción de la identidad, en su patología y en su reconstrucción terapéutica. Como muy bien destacan Cash y Pruzinsky (1990) es evidente que el sentido del *self* se basa en nuestra experiencia corporal; al fin y al cabo no nacemos con un sentido del *self*, pero sí inevitablemente con un cuerpo.

Ejemplos concretos de esta dialéctica demostrada en la investigación sobre imagen corporal son algunos de los siguientes (véase Cash y Pruzinsky, 1990):

- La conducta de los demás hacia uno varía sustancialmente en función de su atractivo percibido, en general en la línea de mayor agrado hacia quienes son considerados atractivos y mayor desagrado hacia quienes no lo son. Este efecto se ha demostrado incluso en situaciones en que parece impensable que afecte el atractivo físico: los bebés más atractivos reciben más atenciones no sólo del personal de la *nursery* sino incluso de sus padres y madres; los niños y niñas más atractivos re-

ciben mayores atenciones de sus maestros y de sus compañeros de clase; los adultos más atractivos evocan en los demás más conductas de complacencia, honestidad, auto-revelación y ayuda prosocial; en el entorno laboral el atractivo discrimina favorablemente en cuanto a la probabilidad de ser contratado y la evaluación de las tareas llevadas a cabo; incluso, sorprendentemente, en sistemas judiciales como los anglosajones, mucho más basados en procesos de influencia social que los napoleónicos, el atractivo del imputado ha demostrado influir en la sentencia.

- El atractivo físico también ha demostrado tener consecuencias discriminatorias en algunos casos; por ejemplo cuando las mujeres atractivas optan a puestos de trabajo tradicionalmente masculinos, son discriminadas negativamente. Otra consecuencia en ocasiones indeseable en este caso es que las mujeres atractivas son más frecuentemente objeto de aproximaciones erotizadas no bienvenidas por ellas. Además, tanto hombres como mujeres tienen tendencia a atribuir el éxito de las mujeres atractivas a su atractivo en lugar de a sus capacidades.
- En el caso de las mujeres la influencia mutua entre imagen corporal y auto-concepto es especialmente relevante: la influencia de los aspectos físicos de la construcción personal del *self* sobre el auto-concepto en general ha demostrado ser mucho más determinante para las mujeres que para los hombres, probablemente por una combinación de factores biológicos y socioculturales. Esta mayor influencia, unida al hecho de que el porcentaje de mujeres insatisfechas con su imagen corporal en prácticamente todos los estudios realizados hasta la fecha es mayor que el de hombres insatisfechos (un 33%

de mujeres por término medio respecto a un 25% de hombres), hace que sea evidente que la relación de la mujer con su cuerpo en cuanto a la construcción de su autoconcepto puede en muchos casos ser problemática y causa de un cierto grado de malestar psicológico.

- En estudios en que se manipulaba la variable “atractivo físico percibido” (por ejemplo el clásico experimento de hacer creer a un hombre que habla por teléfono con una mujer muy atractiva sin que sea así) se ha demostrado que el efecto es claramente circular. En estos casos no sólo es el hombre quién evalúa la conversación posterior como más interesante sólo por el hecho de creer que habla con una mujer atractiva, sino que la mujer que colabora en el estudio suele informar de lo mismo. Parece que el hecho de ser tratado como si se fuese atractivo crea un contexto conversacional en que es mucho más posible manifestar los aspectos más atractivos de uno mismo: el *efecto Pigmalión* en su demostración más literal.
- El efecto contrario (inhibición conductual y relacional debida a la percepción de falta de atractivo) también se ha demostrado repetidamente. Por ejemplo, los pacientes que solicitan cirugía estética en general han desarrollado toda una serie de estrategias defensivas y evitativas de algunas formas de contacto social que, de nuevo de forma circular, los hacen ser considerados menos atractivos aún, y acaban configurando un estilo de personalidad tímido, retraído y poco sociable, con las consiguientes consecuencias indeseables para su autoconcepto.
- Este patrón de retraimiento social es extremo en el caso de deformidades congénitas o adquiridas, que en algunas situaciones llegan a comportar el ostracismo o

el auténtico escarnio social. No hace tanto que las personas con ciertos tipos de deformidades eran consideradas fenómenos de feria, y en algunas zonas del planeta aún lo son. Aún en pleno siglo XXI y con todo nuestro trasfondo de posmodernidad y corrección política, una breve excursión por internet revela no sólo que no estamos muy lejos de las “barracas de los monstruos” de siglos pasados sino que incluso las hemos superado en perversidad y fetichismo decadente. Aunque ahora su ubicación no sea física sino hiperespacial eso más bien agrava el fenómeno al democratizar la perversidad y ponerla al servicio de cualquiera.

- Ambos efectos -tanto el de fomento conductual y relacional del atractivo como el de inhibición conductual y relacional de su falta- han demostrado correlacionar no con el atractivo “objetivo” evaluado socialmente, sino con la construcción personal de este. Así, las personas convencidas de su atractivo y seguras de su físico y de su presentación social en general actúan de forma que aumentan las posibilidades de ver ese atractivo confirmado, mientras que las que están convencidas de resultar poco agraciadas o desagradables actúan de forma que aumentan las posibilidades de verse relegadas a un segundo plano social. De nuevo nos encontramos ante una auténtica profecía de autocumplimiento.

Los resultados comentados hasta este punto demuestran los efectos potencialmente patógenos de una imagen corporal deteriorada. Si nos basásemos solamente en la conexión entre imagen corporal y sufrimiento psicológico podría parecer que la única intervención viable en tales casos es la cirugía. Sin embargo, la consideración

de un modelo más sofisticado que incluya como variable mediadora de los efectos patógenos de la imagen corporal negativa (es decir, de los *factores desencadenantes*) la presencia simultánea de *factores predisponentes* (en este caso, la importancia subjetiva atribuida a la imagen corporal) lleva a un planteamiento más flexible y a la vez más psicológico. Tal modelo, un ejemplo del cual se presenta detalladamente en Botella (2007) contempla la posibilidad de que, si el problema principal de un paciente reside en los factores predisponentes (es decir, en la exagerada importancia que le atribuye a la imagen corporal), la intervención más adecuada no sea la quirúrgica inmediata sino la psicoterapéutica (al menos previamente). Sin embargo, en el caso en que el sufrimiento psicológico del paciente se centre en un aspecto de su imagen corporal “objetivamente” disfuncional o bien en el caso de que dicho malestar sea inasequible a la intervención psicoterapéutica, sí sería adecuada la intervención quirúrgica aunque preferentemente acompañada de algún tipo de terapia de apoyo.

En este trabajo se presentan dos estudios. El primero de ellos tuvo como objetivo contrastar los efectos de la cirugía estética sobre la imagen corporal mediante un diseño pre-post en el que la variable “imagen corporal” se evaluó mediante un instrumento específico destinado a la medida de dicha variable y de sólidas cualidades psicométricas. El segundo estudio se centró en los efectos de intervenciones y tratamientos de estética sobre la autoestima y las relaciones de pareja. En este caso el estudio se llevó a cabo mediante un formato de encuesta utilizando un cuestionario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio. Tras exponer ambos estudios, el artículo concluye con una discusión conjunta de ambos.

Estudio 1

Método

Participantes

Los participantes incluidos en este primer estudio fueron 86 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y después de dicha operación. El grupo de estaba compuesto por 81 mujeres (94,2 %) y 5 hombres (5,8 %) entre 18 y 70 años, con un promedio de 40,3 años y una desviación típica de 10,2 años. Se trataba de pacientes de un centro especializado en cirugía estética perteneciente a un prestigioso instituto médico de Barcelona, que solicitaban un amplio rango de intervenciones de cirugía estética como consecuencia de su insatisfacción con diferentes aspectos de su imagen corporal, que abarcaban las que son clásicamente objeto de dichas operaciones.

Por lo que respecta a los criterios de exclusión de la muestra, cualquier indicio de trastorno psicopatológico era evaluado previamente a la intervención quirúrgica por el equipo de facultativos del centro y, en caso de confirmarse, dicha operación no se realizaba. Por lo tanto, los participantes en el estudio ya habían sido previamente evaluados para descartar cualquier motivo de exclusión en base a posibles trastornos psicopatológicos.

Instrumento

Para evaluar la imagen corporal, en este estudio se utilizó el Cuestionario de Imagen Corporal de Botella, Ribas y Benito (2009), que constituye la adaptación al español del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ; Cash y Pruzinsky,

1990) (véase en el Anexo I).

El *MBSRQ original* es un inventario autoadministrado de 69 ítems que evalúa los aspectos actitudinales respecto al constructo “imagen corporal”; en tanto que actitudes, estos aspectos incluyen componentes evaluativos, cognitivos y conductuales.

Desde su desarrollo inicial en 1983 se ha ido depurando su estructura factorial reduciéndolo de los 294 ítems iniciales a los 69 actuales. El cuestionario se utilizó en 1985 en uno de los mayores estudios que se han llevado a cabo sobre la imagen corporal, que incluyó a 2.000 participantes seleccionados de una muestra de más de 30.000 (Cash *et al.*, 1986).

El análisis de componentes principales de la base de datos original corroboró la estructura teórica del cuestionario (Brown, Cash y Mikulka, 1990). Los factores extraídos a partir del análisis del MBSRQ reflejaban dos dimensiones disposicionales (*evaluación y orientación*, tanto *cognitiva* como *conductual*), además de tres ámbitos somáticos (*apariencia, forma física y salud/enfermedad*). Además de esos siete factores, el manual del cuestionario indica que el MBSRQ tiene tres subescalas especiales multi-ítem: (1) subescala de *satisfacción respecto a áreas corporales*, (2) subescala de *preocupación por el sobrepeso*, que evalúa la ansiedad respecto a aumentar de peso, el control excesivo del peso, las dietas de adelgazamiento y la restricción alimentaria, y (3) subescala de *auto-clasificación del peso*, que oscila entre “muy por debajo del peso normal” a “muy por encima del peso normal”.

El uso del MBSQR se recomienda solo a partir de los 15 años de edad, no resultando adecuado para niños o niñas de edad inferior a esta.

Las escalas de la versión completa de

69 ítems se pueden combinar de diferentes maneras si se considera conveniente reducir el número de los factores que se obtienen. Así mismo existe una escala reducida del instrumento que incluye solamente cuatro factores.

El MBSQR ha sido utilizado desde su origen en multitud de estudios que incluyen no solamente el tema clásico del peso sino, entre otros, la alopecia, el acné y la efectividad de las terapias centradas en la imagen corporal.

Por lo que respecta a la *versión española* validada por Botella, Ribas y Benito (2009) y utilizada en este estudio, su estructura adaptada y validada mantiene los criterios de calidad del original en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original, si bien difiere en algunos aspectos formales.

En primer lugar, en la versión española emergen cuatro factores, en lugar de siete como en la versión original: (1) *Importancia subjetiva de la corporalidad* (ISC), (2) *Conductas orientadas a mantener la forma física* (COMF), (3) *atractivo físico autoevaluado* (AFA), y (4) *cuidado del aspecto físico* (CAF). Además, los ítems con cargas factoriales significativas en estos cuatro factores configuran un cuestionario más breve que el original. Así, si bien el original se componía de 69 ítems, la versión española se reduce a 45. Esto hace además que la versión española conste sólo de dos partes diferenciadas entre sí (no de tres como el original): una referida a evaluación general de la imagen corporal y otra a la evaluación del grado de satisfacción con varias áreas corporales por separado. Tal como se comenta en la sección de resultados, la evaluación del peso corporal por separado (tal como aparece en el cuestionario original) no resultó cumplir los crite-

rios de calidad psicométrica exigibles en la versión española.

Los criterios de calidad de las propiedades psicométricas de la versión española del MBSRQ son los siguientes: fiabilidad global (consistencia interna)=0,884; fiabilidad del factor ISC=0,940; fiabilidad del factor COMF=0,807; fiabilidad del factor CAF=0,709; y fiabilidad del factor AFA=0,842.

El cálculo de la validez predictiva (a partir de la comparación entre una muestra de 131 estudiantes universitarios y 130 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y, 30 de ellos, después de dicha operación) reveló diferencias estadísticamente significativas en todos los factores excepto en el COMF.

El mismo cálculo de la validez predictiva, en este caso de las diferencias pre-post cirugía estética a partir de la comparación de los 30 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y después de dicha operación reveló diferencias estadísticamente significativas en el factor AFA.

En resumen, la versión española del MBSRQ (Botella, Ribas y Benito, 2009) evalúa y detecta las diferencias teóricamente esperables en todas las escalas relevantes

y no en las que no lo son, comportándose como sería de esperar de un instrumento de sus características.

Procedimiento

Tras obtener el consentimiento informado de los pacientes, se administró por primera vez el Cuestionario de Imagen Corporal de Botella, Ribas y Benito (2009) en el momento en que se evaluó la demanda quirúrgica de los pacientes participantes en el estudio y se volvió a administrar tras someterse a la operación de cirugía estética de la que se tratase y transcurrido el período necesario para que los efectos de la cirugía fuesen evidentes (entre 4 y 6 meses).

Resultados

La tabla 1 muestra el contraste pre-post intervención de la diferencia de las puntuaciones medias en la versión española de los cuestionarios MBSRQ.

Por lo que respecta a la puntuación general del cuestionario, ésta aumenta significativamente tras la intervención (media Pre-intervención=3,24; media Post-intervención=3,47; $t=-5,81$; $p<0,001$). En cuanto al análisis de los resultados factor

Tabla 1. Contraste de la diferencia de las puntuaciones medias pre y post-intervención en la versión española del cuestionario MBSRQ (N=86).

Factor	Media Pre	Media Post	Diferencia	t	Sig.
<i>General</i>	3,24	3,47	-0,23	-5,81	p<0,001
<i>ISC</i>	3,15	3,30	-0,15	-4,82	p<0,001
<i>COMFF</i>	3,04	3,21	-0,17	-2,44	p<0,05
<i>AFA</i>	3,12	3,63	-0,51	-6,83	p<0,001
<i>CAF</i>	3,72	3,73	-0,01	-0,14	p=0,89

por factor los datos indican que, en primer lugar, el factor Importancia Subjetiva de la Corporalidad aumenta significativamente tras la intervención (media de ISCP_{Pre}=3,15; media de ISCP_{Post}=3,30; $t=-4,82$; $p<0,001$). Por otro lado, el factor Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física aumenta significativamente tras la intervención (media de COMF_{Pre}=3,04; media de COMF_{Post}=3,21; $t=-2,44$; $p<0,05$). El factor Atractivo Físico Autoevaluado aumenta significativamente tras la intervención (media de AFAP_{Pre}=3,12; media de AFAP_{Post}=3,63; $t=-6,83$; $p<0,001$). El factor Cuidado del Aspecto Físico no se ve afectado por la intervención (media de CAF_{Pre}=3,72; media de CAF_{Post}=3,73; $t=-0,14$).

Estudio 2

Método

Participantes

Participaron en este segundo estudio 44 pacientes que se sometieron a tratamientos y operaciones de cirugía estética. El grupo estaba compuesto por 43 mujeres (97,7%) y 1 hombre (2,3%). El 38,6% tenían entre 26 y 35 años y un 36,4% entre 36 y 45 años (es decir, el 75% de los pacientes que contestaron eran mujeres de entre 26 y 45 años).

Instrumento

En este estudio se utilizó un cuestionario *ad hoc* diseñado para la evaluación de (a) el grado de satisfacción con los tratamientos e intervenciones de estética y (b) hasta qué punto y cómo han influido en las relaciones de pareja de los pacientes (véase Anexo II).

Procedimiento

El cuestionario se administró vía correo electrónico a los participantes que voluntariamente lo contestaron y lo reenviaron a los investigadores. Los datos se procesaron anónimamente.

Resultados

En este caso en concreto los resultados se centran exclusivamente en estadística descriptiva, dado que la metodología empleada no permite establecer conclusiones inferenciales puesto que no era ese el objetivo del estudio.

En este sentido, y en cuanto a la satisfacción con las intervenciones o tratamientos y los efectos de estos sobre su autoestima e imagen corporal, el 100% de los pacientes que contestaron el cuestionario refirieron que la intervención les hizo sentirse “mejor consigo mismos”.

Por lo que respecta a la influencia de dichas intervenciones y/o tratamientos en las relaciones de pareja de los pacientes:

- De entre los que no tenían pareja estable antes de operarse (un 20,5% del total) el 45,5% creía que la operación podía ayudarles a encontrar pareja, un 27,3% creía que no y al resto (27,3%) le era indiferente.
- El 91,2% de los que tenía pareja antes de la operación seguía con ella.
- Un 48,5% de las pacientes refería que su relación de pareja había mejorado y sólo un 3,6% decía que había empeorado tras el tratamiento o intervención.
- El 100% de participantes que había cambiando de pareja (un 19,4%) afirmaban que el cambio no estaba relacionado con la operación; es decir, que la operación no les hizo decidirse a cambiar de pareja.

- Un 52,9% creía que la operación podía ayudarles a encontrar una nueva pareja, mientras que el 35,3% creía que no les ayudaría y el resto (11,8%) no sabía si les ayudaría o no.

Entre los comentarios cualitativos que más destacaban están los siguientes:

- *“Me ha ayudado mucho a mí misma y eso se contagia, no sólo a tu relación de pareja, sino a tu relación con los demás.”*
- *“Haberme operado el pecho no me hace ligar mas o “encontrar con facilidad pareja” yo ya ligaba antes. Una chica desagradable a nivel personal/físico pero con pecho no liga más que una sin pecho. La gran diferencia es que en la cama soy mucho menos pudorosa y no me escondo ni me dan vergüenza ciertas situaciones.”*
- *“Considero que ha sido totalmente neutro en cuanto a relación de pareja, no ha tenido ningún efecto ni positivo ni negativo.”*
- *“Estoy muy contenta conmigo misma; ya lo estaba antes pero ahora un poco más.”*

Discusión

Por lo que respecta a los resultados del Estudio 1, el aumento significativo en la puntuación general del MBSRQ después de la cirugía demuestra que tras la intervención se produce un incremento en la valoración subjetiva positiva de la imagen corporal.

El hecho de que el factor Importancia Subjetiva de la Corporalidad aumente significativamente tras la intervención indica que, tras operarse, los pacientes son más conscientes de todos aquellos aspectos relevantes concernientes a su aspecto físico. Entre otras cosas esto significa que dedican

más atención a su rendimiento físico, a cuidar su peso y su alimentación, a su estado de salud y al atractivo autoevaluado de diferentes áreas de su cuerpo.

Por otra parte, el resultado de que el factor Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física aumente significativamente tras la intervención demuestra que, tras operarse, los pacientes se centran más en el mantenimiento de su forma física.

Igualmente, el aumento significativo del factor Atractivo Físico Autoevaluado tras la intervención lleva a concluir que, tras operarse, los pacientes se sienten más atractivos físicamente.

Sin embargo, el factor Cuidado del Aspecto Físico no se ve afectado por la intervención, cosa que sugiere que la intervención no ejerce ninguna influencia demostrable sobre este factor. Teniendo en cuenta que los ítems originales del cuestionario dan una connotación de “interés” o incluso “atención focalizada” a este factor, los resultados indican que se trata de una población que le atribuye una gran importancia al cuidado de su aspecto *ya desde antes de operarse* (como es lógico pues sino no se operarían). Ésta es probablemente la razón de que este factor no aumente ni disminuya tras la operación, pues se trata de una dimensión más parecida a un “rasgo de personalidad” o a una actitud que a algo transitorio producto de una vivencia negativa de la imagen corporal.

En referencia a los resultados del Estudio 2, se puede afirmar que las intervenciones y tratamientos realizados a la muestra de participantes en este estudio contribuyeron a mejorar su autoestima en la dimensión de imagen corporal. De hecho, y tal como ya se ha expuesto, el 100% de los participantes afirma haber experimentado dicha mejora

en su autoestima. Los datos de estudios sobre autoimagen e imagen corporal comentados en la introducción de este trabajo hacen comprensible el hecho de que una mejora en la imagen corporal redunde en una mejora en la autoestima. Tal y como se ha comentado en la introducción, el ámbito de la imagen corporal está íntimamente ligado a la autoimagen y a la imagen social, a las relaciones interpersonales, y a la posición del *self* en la vida cotidiana. Igual que una imagen corporal deteriorada puede afectar gravemente a la autoestima, estos datos parecen demostrar una vez más el efecto contrario, es decir que a mejor imagen corporal más autoestima.

Casi la mitad de los participantes (un 45,5%) dicen sentir que dicha mejora en su imagen corporal puede ayudarles a conseguir una mejor relación de intimidad interpersonal y de pareja en particular. Si se tiene en cuenta la conexión entre autoestima e imagen corporal es explicable que una mejora en ambas redunde en una mayor competencia social y en el fomento de habilidades interpersonales antes inhibidas por la mala imagen corporal autopercebida. Entre las respuestas cualitativas al cuestionario se encuentran algunas en la línea de afirmar que la cirugía y/o los tratamientos de estética quizá no consiguen transformarte en una persona diferente (obviamente), pero que pueden potenciar al máximo todo aquello que antes no expresabas por temor, vergüenza, “complejos” o inseguridades.

La mejora a la que nos referíamos en el párrafo anterior también se hace evidente en el hecho de que casi la mitad (un 48,5%) de los participantes afirmen que sus relaciones de pareja han mejorado como producto de la intervención o tratamiento. El argumento aquí es el mismo que en el párrafo anterior: la mejora en la imagen corporal conlleva

más autoestima y esta a su vez conlleva una mayor facilidad relacional.

El cambio en la imagen corporal y en la autoestima, sin embargo, no conlleva necesariamente un cambio en las relaciones de pareja en el sentido de provocar rupturas. A pesar de la lógica de “sabiduría popular” de que muchos pacientes se operan o tratan para acabar dejando a sus parejas actuales, este estudio demuestra que ninguno de los participantes de la muestra hizo algo así. Tal como hemos comentado antes, del 19,4% de participantes que efectivamente habían acabado su relación de pareja en el período posterior a la intervención o tratamiento, ninguno de ellos achacaba dicha ruptura a efectos de la intervención; si bien eso no quita que, tal como también se ha comentado antes, piensen que el tratamiento o intervención les puede ayudar a encontrar una nueva pareja.

Las implicaciones de ambos estudios para la intervención psicoterapéutica en casos de problemas provocados por una imagen corporal son múltiples. A modo de conclusión nos centraremos en la más genérica. Entre los pacientes que se someten a cirugía estética se da un patrón de (a) elevada importancia atribuida a la imagen corporal y (b) imagen corporal negativa general o específica. Si bien la cirugía consigue reducir los efectos de lo segundo, no parece afectar a lo primero. Este patrón tendría dos posibles lecturas. Una exclusivamente centrada en lo corporal: estos pacientes tienen problemas objetivos de imagen corporal y por eso se preocupan en exceso por su imagen. Otra exclusivamente psicológica: estos pacientes tienen un nivel de preocupación por lo físico tan elevado que por eso se encuentran defectos continuamente.

A nuestro juicio, y basándonos en nuestra experiencia clínica, ambas explicaciones son reduccionistas. Lo más probable es que

nos encontremos ante un proceso circular y dialéctico en el que ambos fenómenos se retroalimentan: la preocupación por la corporalidad hace que la autoestima de estos pacientes dependa excesivamente de su imagen corporal y, a la vez, eso hace que se centren excesivamente en la evaluación constante de su imagen y de sus posibles “defectos”, lo cual los coloca en una serie de situaciones psicosociales en que la preocupación por la imagen aumenta cada vez más. Todo ello sin olvidar que forman parte de una sociedad que valora la imagen como nunca antes en la historia.

En la medida en que esto sea así, la intervención psicoterapéutica en estos casos se hace doblemente necesaria. En primer lugar, debería orientarse a reconstruir el sentido de autoestima de los pacientes descen-trándolo de lo corporal exclusivamente. En segundo lugar debería ayudarles a reevaluar su propia imagen corporal para hacerles conscientes de hasta qué punto puede estar siendo distorsionada por sus propios procesos cognitivos, emocionales y relacionales.

Las diferentes psicoterapias actuales que han demostrado su eficacia ofrecen múltiples herramientas y formas de intervención para conseguir ambas cosas. Por ejemplo, las terapias constructivistas han desarrollado técnicas específicas para reconstruir el sentido del *self*, tales como las intervenciones en la narrativa del paciente y las provenientes de la terapia de constructos personales (véase Botella y Feixas, 1998). Igualmente, las terapias cognitivas han propuesto desde sus inicios técnicas tales como la reestructuración cognitiva para reevaluar cogniciones distorsionadas y hacerse consciente de tales distorsiones. Ambos enfoques, junto con otros compatibles y complementarios, pueden resultar de gran utilidad en el abordaje terapéutico de tales casos.

Referencias

- Botella, L. (2007). Usos potenciales de la lógica borrosa. Aplicación de mapas cognitivos borrosos (MCBS) para el manejo de los casos clínicos en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 103-119.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales. Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., Grañó, N., Gámiz, M. y Abey, M. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 245-263.
- Botella, L., Ribas, E., y Benito, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 235-264.
- Brown, T.A., Cash, T.F. y Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (Eds.) (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Cash, T.F., Winstead, B.W. y Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20 (4), 30-37.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Londres: Keegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.

Anexo 1
Cuestionario de Imagen Corporal.
Versión española del MBSRQ® reducido y adaptado,
validada por Botella, Ribas y Benito (2008)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto
	2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física
	3. Para mi es importante tener mucha fuerza
	4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo
	5. No hago ejercicio regularmente
	6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física
	7. Me preocupó constantemente de poder llegar a estar gordo/a
	8. Me gusta mi aspecto tal y como es
	9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo

	10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme
	11. Tengo una buena capacidad de resistencia física
	12. Participar en deportes no es importante para mí
	13. No hago cosas que me mantengan en forma
	14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí
	15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños
	16. Casi todo el mundo me considera guapo/a
	17. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno
	18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas
	19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida
	20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física
	21. Raramente estoy enfermo
	22. A menudo leo libros y revistas de salud
	23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa
	24. No soy bueno en deportes o juegos
	25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas
	26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física
	27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada
	28. Me gusta como me sienta la ropa
	29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo
	30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas
	31. Trato de estar físicamente activo
	32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo
	33. Nunca pienso en mi aspecto
	34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico
	35. Me muevo de forma armónica y coordinada
	36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente
	37. Hago deporte regularmente a lo largo del año
	38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud

	39. Al primer signo de enfermedad voy al médico
Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación	
1: Muy insatisfecho/a	
2: Bastante insatisfecho/a	
3: Punto medio	
4: Bastante satisfecho/a	
5: Muy satisfecho/a	
	40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
	41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
	42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
	43. Tono muscular
	44. Peso
	45. Aspecto general

Anexo 2

Cuestionario Relaciones de Pareja

Ribas, Botella y Benito (2010)

El objetivo es conocer el impacto que una operación o un tratamiento estético ha tenido en la relación de esa persona con su pareja, si la tenía antes de la operación, o de si puede ayudarlo a encontrarla, en caso de que no la tuviera.

MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR.

Es completamente ANÓNIMO. No le llevará más de cinco minutos y nos dará una información muy valiosa sobre la influencia de los tratamientos de Medicina y Cirugía Estética en la vida de las personas.

INSTRUCCIONES

Las cuatro primeras preguntas son obligatorias. Tras contestarlas haga lo siguiente:

- SI NO TENIA PAREJA ANTES DEL TRATAMIENTO, conteste sólo LA PREGUNTA 5.
- SI SIGUE CON LA MISMA PAREJA, POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS 6 y 7.
- SI HA CAMBIADO DE PAREJA O HA ROTO SU RELACIÓN Y ESTA SIN PAREJA, RESPONDA LAS PREGUNTAS 8 Y 9

CUANDO LO HAYA HECHO, PULSE EN EL BOTÓN ENVIAR DEL FINAL DEL CUESTIONARIO

1. Por favor, díganos si es hombre o mujer.

- HOMBRE
- MUJER

2. Por favor, díganos su edad.

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-60
- + de 60

3. ¿Ha ayudado a sentirse mejor consigo mismo/a?

- SI
- NO
- INDIFERENTE

4. ¿Tenía antes de la operación o tratamiento una relación de pareja estable?

SI NO

5. Si no tenía pareja antes de la operación o tratamiento... ¿Cree que la operación le puede ayudar a encontrar una pareja?

SI NO INDIFERENTE

6. ¿Sigue con la misma pareja?

SI NO

7. Por favor, denos algo más de información respecto a la influencia del tratamiento en su relación de pareja:

¿Ha afectado a su relación de pareja?

SI NO INDIFERENTE

¿Ha mejorado su relación de pareja?

SI NO INDIFERENTE

8. ¿Ha cambiado de pareja tras el tratamiento?

SI NO

9. Por favor, dénos algo más de información respecto al efecto que ha tenido la operación en Vd. y su cambio de pareja.

SI NO NO LO SÉ

¿Se siente mejor consigo mismo/a?

SI NO NO LO SÉ

10. ¿Quiere dejarnos algún comentario adicional?