



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal: Fonaments Conceptuals, Avaluació i Aplicacions Clínicas



Emma Ribas i Rabert
Director: Dr. Lluís Botella Garcia del Cid
Juny de 2011

Imatge de la portada: *Echo and Narcissus* de John William Waterhouse (1903).
Exhibit a la Walker Art Gallery, Liverpool.

L'oli de Waterhouse il·lustra el poema Eco i Narcís de la *Metamorfosi* d'Ovidi. Segons aquest poema mitològic, la nimfa Eco s'enamorà de Narcís, però aquest la rebutjà. Per això ella, desolada, s'amagà en una cova i es consumí de dolor fins a quedar només reduïda a la seva veu. Nèmesi, la deessa de la venjança, castigà a Narcís fent que s'enamorés de la seva pròpia imatge reflectida en una font, consumint-se d'amor cap a ell mateix. On Narcís morí, brotà la flor que porta el seu nom.

El mite original tal i com apareix en l'oli de Waterhouse conté el missatge que aquesta tesi vol transmetre: **guiar-nos pel mirall de la pròpia imatge ens pot fer perdre si ens allunya d'allò essencial a la vida reduint-lo a ecos de veus en la distància.**



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal: Fonaments
Conceptuals, Avaluació i Aplicacions Clíniques

Realitzada per Emma Ribas Rabert

en el Centre Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació
i l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull

i en el Departament de Psicologia

Dirigida per Dr. Lluís Botella García del Cid

**RECERCA en PSICOTERÀPIA
i IMATGE CORPORAL**

***Fonaments Conceptuals, Avaluació i Aplicacions
Clíniques***

**Tesi Doctoral
Emma Ribas i Rabert
Juny 2011
FPCEE Blanquerna
Universitat Ramon Llull**

**Director
Dr. Lluís Botella García del Cid**

Als meus pares,

AGRAÏMENTS

Vull agrair a diferents persones i entitats la seva col·laboració en el transcurs de l'elaboració d'aquesta tesi.

Agraeixo i faig especial esment al Dr. Lluís Botella pel seu acompanyament, implicació, mestratge i rigor en la direcció d'aquesta tesi. Valoro i admiro les seves capacitats intel·lectuals i humanes que m'ha demostrat al llarg d'aquest recorregut. Gràcies Lluís per donar-me l'oportunitat d'aprendre al teu costat.

Gràcies als companys i companyes del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius pel seu suport i estímul intel·lectual, així com al Servei d'Atenció i Assessorament Psicològic Blanquerna i a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull per donar-me totes les facilitats.

El meu sincer agraïment al Dr. Jesús Benito i a tot l'equip d'*Antiaging Group Barcelona* de la Clínica Tres Torres per la seva col·laboració, eficàcia i bona disposició.

I naturalment a la meva família i a totes aquelles persones del meu entorn més proper, tant de l'àmbit personal com professional pel seu recolzament.

ÍNDEX

Prefaci	9
1ª Part. Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius: Introducció Conceptual i Objectius	15
1.1. La Línia de Recerca “Psicoteràpia i Imatge Corporal”	17
1.2. Consideracions Ètiques	21
2ª Part. Articles Publicats	23
3ª Part. Resum dels Resultats	75
3.1. Predictors del Resultat i Procés Terapèutic	77
3.2. Adaptació i Validació Psicomètrica de la Versió Espanyola del MBSRQ (<i>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire</i>)	81
3.3. Implicacions Psicoterapèutiques dels Perfils Psicològics Bàsics en Cirurgia Estètica	85
3.4. Cirurgia Estètica i Tractaments Estètics, Imatge Corporal, Autoestima i Relacions de Parella: Implicacions per a la Psicoteràpia	87
4ª Part. Discussió General	89
5ª Part. Limitacions i Suggeriments de Recerca Futura	101
Referències	105

Prefaci

La tesi doctoral per compendi de publicacions que es presenta a continuació s'emmarca dins un àmbit que resulta de la intersecció entre altres dos: la **Recerca en Psicoteràpia** (*Psychotherapy Research*), per una banda, i la **Recerca sobre Imatge Corporal** (*Body Image Research*), per una altre. Tenint en compte aquest origen per intersecció, s'ha optat per a identificar la línia de recerca a la que pertany aquesta tesi com a **Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal** (*Psychotherapy and Body Image Research*).

El cos de recerca sobre ambdós àmbits per separat (Recerca en Psicoteràpia per una banda i Recerca sobre Imatge Corporal per una altre) és molt quantiós en aquests moments i engloba literalment milers de publicacions. Tanmateix, l'encreuament dels dos dóna lloc a una base de publicacions de qualitat de només 44 referències. D'aquest total de 44 treballs, 23 es centren en trastorns alimentaris només, que no és l'interès exclusiu d'aquesta tesi, per la qual cosa la resta queden reduïdes a 21 (veure Taula 1). Aquest cos reduït però de qualitat de la intersecció entre dos àmbits amb multitud de treballs publicats fa pensar que es tracta d'un tema prometedori i de futur.

Taula 1. Treballs publicats i compilats a PsycInfo combinant “Psychotherapy Research” i “Body Image” i excloent els que només es refereixen a trastorns alimentaris. N=21.

-
- Brown, D. G. (1959). The relevance of body image to neurosis. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 249-260.
-
- Brown, M. (1973). The new body psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 10(2), 98-116.
-
- Buhler, C. (1968). Psychotherapy and the image of man. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 5(2), 89-94.
-
- Davies, E., & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59(3), 279-287.
-
- Dosamantes-Alperson, E., & Merrill, N. (1980). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(1), 63-68.
-
- Fava, G. A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 171-179.
-
- Harris, R. (1979). Cultural differences in body perception during pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 52(4), 347-352.
-
- Krasner, J. D. (1977). Preface. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 14(4), 456-498.
-
- Löwe, B., Breining, K., Wilke, S., Wellmann, R., Zipfel, S., & Eich, W. (2002). Quantitative and qualitative effects of Feldenkrais, progressive muscle relaxation, and standard medical treatment in patients after acute myocardial infarction. *Psychotherapy Research*, 12(2), 179-191.
-
- McCrea, C. W., Summerfield, A. B., & Rosen, B. (1982). Body image: A selective review of existing measurement techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55(3), 225-233.
-
- Meares, R. (1971). 'Ego boundary' and the 'barrier score'. *British Journal of Medical Psychology*, 44(2), 179-180.
-
- Mintz, E. E. (1965). On fostering development of some conflict-free ego functions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 2(2), 84-88.
-
- Papadopoulos, L., Bor, R., & Legg, C. (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*,
-

72(3), 385-396.

Redfearn, J. W. (1970). Bodily experience in psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 43(4), 301-312.

Robertiello, R. C. (1976). The myth of physical attractiveness. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13(1), 54-55.

Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156.

Scott, R. D. (1951). The psychology of the body image. *British Journal of Medical Psychology*, 24, 254-266.

Vamos, M. (1990). Body image in rheumatoid arthritis: The relevance of hand appearance to desire for surgery. *British Journal of Medical Psychology*, 63(3), 267-277.

Ward, A. J. (1972). The use of structural therapy in the treatment of autistic children. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 9(1), 46-50.

Weber, C., Bronner, E., Thier, P., Schoeneich, F., Walter, O., Klapp, B. F., & Kingreen, D. (2001). Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 507-521.

Worsley, A. A. (1981). In the eye of the beholder: Social and personal characteristics of teenagers and their impressions of themselves and fat and slim people. *British Journal of Medical Psychology*, 54(3), 231-242.

La raó de l'escassetat de treballs d'investigació combinant la recerca en psicoteràpia amb la recerca sobre imatge corporal es pot trobar en la pròpia història de la psicoteràpia en les darreres dècades. Així, tal i com s'afirma en una altra publicació del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius en aquesta mateixa línia:

La progressiva cognitivització de la psicologia al llarg de les cinc últimes dècades ha tingut, sens dubte, conseqüències molt positives, especialment l'increment del coneixement científic sobre els processos mentals allunyats ja de l'estricta proscripció conductista de tot allò intrapsíquic. No obstant, l'excessiu èmfasi en la dimensió cognitiva equiparada a processos i funcions mentals superiors ha comportat

també una lamentable despreocupació per àmbits de l'experiència humana tan o més importants que els intel·lectuals. Concretament, el cos, les emocions i les relacions han quedat a vegades relegats a un segon pla en el discurs de la psicologia científica (Botella, Grañó, Gámiz i Abey, 2008, p.3).

Amb aquests precedents, aquesta tesi doctoral consta de quatre articles producte d'una mateixa línia de recerca adreçats tots ells (en consonància amb la pròpia línia de recerca) a aportar elements de reflexió així com eines i resultats específics que permetin avançar el coneixement científic en aquest àmbit. El **primer**¹ dels articles inclosos (Botella *et al.*, 2008) emmarca l'estat actual de la recerca sobre predictors del resultat i procés terapèutic, especialment pel que fa a les dimensions relacionals de l'aliança terapèutica. Es tracta d'un estudi quantitatiu intensiu amb una mostra de 239 pacients en psicoteràpia tractats durant un període que engloba fins a més de 40 sessions en alguns casos. El **segon** (Botella, Ribas i Benito, 2009) constitueix una aportació metodològica a la Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal; l'adaptació i validació psicomètrica de la versió espanyola del MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*). En aquest cas es tracta d'un treball de validació psicomètrica seguint els estàndards internacionals habituals en aquests estudis i amb una mostra de 261 participants: 131 universitaris sense problemes d'imatge corporal i 130 pacients de cirurgia estètica. Quan disposàvem d'un instrument validat per a avaluar el constructe Imatge Corporal i poder així dur a terme estudis controlats sobre les relacions entre aquest i la recerca en psicoteràpia, el **tercer** article (Botella, Ribas i Benito, 2008²) constitueix el nexa explícit entre els dos àmbits que aquesta tesi connecta, doncs presenta els resultats d'un estudi dut a terme per identificar els perfils psicològics bàsics dels pacients que sol·liciten cirurgia estètica, així com les seves possibles implicacions pel treball psicoterapèutic amb tals

¹ En aquest punt no es farà una descripció detallada de cada estudi, que es reserva per a un apartat posterior. La finalitat d'aquest és només destacar el lligam entre tots els articles presentats alhora que sintetitzar l'estructura general d'aquesta tesi.

² La data de publicació d'aquest article (2008) és anterior a la del segon (2009) per motius de política editorial de la Revista de Psicoteràpia. Atès que aquesta publicació porta un cert endarreriment en la seva producció, la numeració dels exemplars no correspon exactament a l'any en què es publica. Així, aquest tercer article va ser publicat en realitat l'any 2010, tot i que la referència correcta per numeració de la revista és la que hem mantingut.

pacients. Es tracta un cop més d'un estudi quantitatiu amb una mostra de 130 pacients sotmesos a cirurgia estètica.

El **quart** article inclòs en aquesta tesi (Ribas, Botella i Benito, 2010) segueix explorant el lligam entre Recerca en Psicoteràpia i Imatge Corporal en una altre direcció complementària: els efectes sobre el benestar psicològic de les intervencions de cirurgia estètica. En aquest cas s'inclouen dos estudis; el primer d'ells (N=86) contrasta els efectes de la cirurgia estètica sobre la imatge corporal i el segon (N=44) avalua com aquesta contribueix a millorar l'autoestima i les relacions interpersonals dels pacients.

En total es tracta d'una tesi composta per **quatre articles, cinc estudis, dues institucions col·laboradores** (Servei d'Atenció i Assessorament Psicològic Blanquerna i *Antiaging Group* Barcelona, Clínica Tres Torres) i amb una mostra total al voltant de **700 participants** incloent pacients en psicoteràpia, pacients sotmesos a tractaments i operacions de cirurgia estètica i voluntaris de grups de comparació.

Aquesta tesi consta de sis apartats. En el **primer** es fa una introducció conceptual a la línia de recerca "Psicoteràpia i Imatge Corporal" del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius – sense entrar encara en detall en els estudis específics que constitueixen aquesta tesi per compendi de publicacions, als quals es dedica íntegrament la resta del text. Alhora en aquest apartat també s'emmarquen els objectius generals de l'esmentada línia de recerca. El **segon** consisteix en un recull de les publicacions compendiades per a formar part d'aquesta tesi:

- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A. M., Herrero, O., Ribas, E., & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535-542.
- 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*, XVIII, 253-264.
- Botella, L., Ribas, E., y Benito, J. (2008). Imagen corporal y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 76, 5-16.
- Ribas, E., Botella, L., y Benito, J. (2010). Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 457-472.

El **tercer** apartat d'aquesta tesi consisteix en un resum general dels resultats de les publicacions compendiades. En el **quart** es planteja una Discussió General d'aquests resultats. Finalment la tesi es tanca amb un **cinquè** apartat sobre les limitacions i suggeriments de recerca futura en la línia de "Psicoteràpia i Imatge Corporal" i un **sisè** on es presenten totes les referències bibliogràfiques emprades tant en el text de la tesi en sí mateixa com en les publicacions compendiades.

1^a Part

*Grup de Recerca sobre
Constructivisme i Processos Discursius:
Introducció Conceptual i Objectius*

1.1. La Línia de Recerca “Psicoteràpia i Imatge Corporal”

Tal i com s’anticipava en l’apartat anterior, l’interès del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius per la recerca en la línia de Psicoteràpia i Imatge Corporal prové de la constatació que la creixent onada cognitiva en psicologia des dels anys 70-80 ha tingut efectes força positius en molts àmbits, però ha comportat menystenir inadvertidament alguns dominis de l’experiència humana, i molt específicament el cos, les relacions i les emocions. Aquesta línia de recerca intenta compensar aquesta mancança en l’àmbit concret de la corporalitat³.

L’objectiu general d’aquesta línia de recerca⁴ és (a) conceptual, (b) empíric i (c) clínic. Pel que fa a la vessant conceptual, es pretén aclarir quines són les interrelacions entre imatge corporal, construcció del *self* i procés de canvi psicoterapèutic i quins constructes i marcs teòrics permeten entendre-la millor. Pel que fa a la part empírica de la línia de recerca, els estudis duts a terme contribueixen a contrastar els desenvolupaments conceptuals amb les dades objectives i a modificar la base teòrica en la mesura que sigui necessari. Finalment, pel que fa a la part clínica, aquesta línia de recerca pretén oferir resultats que permetin elaborar guies i estratègies de tractament psicoterapèutic en els casos en que la imatge corporal és part intrínseca del motiu de demanda del pacient.

La definició d’**imatge corporal** que s’adopta en aquesta tesi i en la línia de recerca en general (com es veurà repetidament als estudis que la componen) és la més acceptada i clàssica de Schilder (1935): *la imatge del cos que ens formem en la nostra ment*, és a dir l’aparença que atribuïm al nostre cos.

Pel que fa a **construcció del self**, s’adopta una visió pròpia del constructivisme relacional (veure Botella, 2006), és a dir es concep el *self* com a *autor i alhora protagonista d’un procés de construcció narrativa no només intrapsíquic*

³ Resulta impossible incloure totes les publicacions del grup en aquest àmbit dins aquesta tesi. Per a un recull detallat de totes, veure la web del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius:

<http://recerca.blanquerna.url.edu/constructivisme>

⁴ Que es detallaran amb més concreció al següent apartat d’aquesta tesi.

sinó també relacional i mediatitzat pel llenguatge i els posicionaments discursius en el sí de relacions socials.

La relació entre imatge corporal i construcció del *self* (concebuda com a construcció narrativa) rau en la darrera, en la seva dimensió de corporalitat, la qual inclou des de la dimensió més sensori-motriu de l'esquema corporal fins a la dimensió conceptual del cos com a objecte de coneixement, en un nivell màxim de complexitat i autoconsciència—incloent les dimensions de *self* corporal (*body self*) i del cos com a discurs i objecte de discurs (veure Botella, Grañó, Gámiz i Abey, 2008).

Finalment, el **procés de canvi psicoterapèutic** es concep també des d'una òptica constructivista relacional, no només com a tractament d'un pacient amb un trastorn, sinó com a *diàleg col·laboratiu adreçat a transformar les narratives d'identitat del client*.

Com ja s'ha argumentat en altres publicacions (Botella, 2006), aquests plantejaments estan influenciats pels treballs d'autors constructivistes (p.e., George A. Kelly, Michael M. Mahoney, Robert N. Neimeyer), narratius (p.e., Theodore R. Sarbin, Michael White, David Epston, Oscar Gonçalves), construccionistes (Kenneth J. Gergen, Ian Parker, John Shotter) així com pels desenvolupaments filosòfics i literaris de Ludwig Wittgenstein i Mikhail Bakhtin. De fet, el treball dels creadors de la teràpia narrativa (White & Epston, 1990) pren com a inspiració de la seva base teòrica les reflexions de Foucault (1972) sobre com la mirada i la dimensió espacial del cos genera formes de control social amb una arrel corporalitzada. Atès que la teràpia narrativa té una forta influència constructivista i construccionista, aquests arguments ja lliguen totes les influències teòriques abans esmentades.

En altres estudis en aquesta línia de recerca duts a terme des del Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius no inclosos en aquesta tesi (parcialment sintetitzats a Botella, Ribas i Benito, 2008—per a més informació veure Botella, Grañó, Gámiz i Abey, 2008; Botella, Velázquez i Gómez, 2006; Botella i Durán, 2008) s'arribava a les següents conclusions:

- L'aparença física femenina—i concretament el pes corporal—dóna lloc a un procés d'estereotipificació social. Adolescents i adults d'ambdós sexes es veuen capaços d'atribuir característiques psicosocials i d'identitat (com per exemple el grau de realització personal, professionalitat o dinamisme) a dones de les quals l'única informació que tenen és una fotografia on es fa evident que el seu pes és (a)

normal, (b) per sobre de la norma, o (c) per sota de la norma. En general l'estereotip trobat anava en la direcció de "com més excés de pes menys èxit social i laboral, menys atractiu, i menys cura d'una mateixa, però més simpatia--i a la inversa"--Botella, Velázquez i Gómez (2006).

- Aquest procés de construcció social de les correlacions entre l'aparença física i els "trets" de personalitat també es dona en sentit invers. És a dir, presentant tres narratives que variaven pel que fa a interès i atractiu psicològic, els participants (29 dones i 48 homes entre 19 i 45 anys) les atribuïen de forma predictable a cadascuna de tres models femenines de les quals només havien vist una fotografia del rostre. Els participants atribuïen majoritàriament la narrativa de la persona sofisticada i amb èxit a la imatge de la dona més atractiva de les tres. Les narratives de la persona senzilla i natural i la de caràcter ferm i rigorós s'atribuïen a les dues menys atractives també de forma majoritària, si bé el patró d'atribució no va ser tan unànim com en el primer cas--Botella, Grañó, Gámiz i Abey (2008).
- Pel que fa a la construcció social i personal de les intervencions quirúrgiques en sí mateixes—és a dir de la transformació voluntària d'algun aspecte de l'aparença física fent recurs a la cirurgia—les reaccions d'acceptació o crítica variaven en funció dels motius atribuïts. Així, els participants en els estudis del Grup de Recerca (adults que no s'havien sotmès a cap intervenció de cirurgia estètica) es mostraven més identificats amb la decisió de sotmetre's a una possible intervenció quan el motiu era augmentar l'autoestima i l'estatus laboral, i no quan era encaixar amb cànons socials, un possible trastorn de personalitat o satisfer les expectatives d'altres. Els resultats també indicaven que a més identificació amb els motius que porten a la intervenció, més recomanable es trobava aquesta intervenció--Botella i Durán (2008).

Les implicacions d'aquests estudis per a la intervenció psicoterapèutica en casos de problemes provocats per una imatge corporal son múltiples—d'aquí la connexió entre Psicoteràpia i Imatge Corporal que recull el nom de la línia d'investigació. Un dels raonaments que destaca fins a quin punt els dos àmbits estan connectats és que degut a la complexitat dels processos de construcció social i individual de la imatge corporal, aquesta té implicacions directes per a l'autoestima i el benestar psicològic en general.

Així, i tal com es discuteix més àmpliament en un dels treballs recollits en aquesta tesi (Ribas, Botella i Benito, 2010), el més probable és que ens trobem davant un procés circular i dialèctic en el que ambdós fenòmens es retroalimenten: la preocupació per la corporalitat fa que l'autoestima d'aquests pacients depengui excessivament de la seva imatge corporal i, alhora, això fa que es centrin excessivament en l'avaluació constant de la seva imatge i dels seus possibles "defectes", la qual cosa els col·loca en una sèrie de situacions psicosocials en què la preocupació per la imatge augmenta cada cop més—tot això sense oblidar que formen part d'una societat que valora la imatge com mai abans a la història.

En la mesura en què això sigui així, la intervenció psicoterapèutica en aquests casos es fa doblement necessària. En primer lloc, s'hauria d'orientar a reconstruir el sentit d'autoestima dels pacients descentrant-lo d'allò corporal exclusivament. En segon lloc, hauria d'ajudar-los a reavaluar la seva pròpia imatge corporal per fer-los conscients de fins a quin punt pot estar essent distorsionada pels seus propis processos cognitius, emocionals i relacionals.

Les diferents psicoteràpies actuals que han demostrat la seva eficàcia ofereixen múltiples eines i formes d'intervenció per aconseguir ambdues coses. Per exemple, les teràpies constructivistes han desenvolupat tècniques específiques per a reconstruir el sentit del *self*, tals com les intervencions en la narrativa del pacient i les que provenen de la teràpia de constructes personals (veure Botella i Feixas, 1998). Igualment, les teràpies cognitives han proposat des dels seus inicis tècniques tals com la reestructuració cognitiva per reavaluar cognicions distorsionades i fer-se conscient de tals distorsions. Ambdós enfocaments, junt amb altres compatibles i complementaris, poden resultar de gran utilitat en l'abordatge terapèutic de tals casos.

Precisament el Grup de Recerca sobre Constructivisme i Processos Discursius ha contribuït significativament al desenvolupament de la recerca sobre teràpies cognitives i constructivistes (per exemple, Botella, Herrero, Pacheco, & Corbella, 2004) i particularment a la recerca de resultat (*outcome research*) i de procés (*process research*)—veure Botella *et al.* (2009). En aquest sentit la recerca resulta clau per a aportar més claredat a la relació entre els dos àmbits propis de la línia en la qual s'insereix aquesta tesi, tal com fa palès la inclusió d'un article sobre recerca de procés i resultat en la pròpia tesi.

1.2. Consideracions Ètiques

Els participants dels estudis inclosos en aquesta tesi varen signar un document de consentiment informat per a formar part de la recerca. Les dades incloses als estudis s'han mantingut anònimes i confidencials.

Els projectes que constitueixen els estudis i comporten l'ús de dades del SAAP Blanquerna varen ser avaluats i aprovats per la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull.

Així mateix, el projecte sobre els pacients sotmesos a cirurgia estètica o tractaments estètics conta amb l'aprovació de la Direcció de l'*Antiaging GroupBarcelona* (Clínica Tres Torres).

2^a Part
Articles Publicats

Psychotherapy Research
2008, 18, iFirst article



Predictors of therapeutic outcome and process

LUIS BOTELLA, SERGI CORBELLA, LAIA BELLES, MERITXELL PACHECO,
ANTONIA MARÍA GÓMEZ, OLGA HERRERO, EMMA RIBAS, & NURIA PEDRO

Department of Psychology, Ramon Llull University, Barcelona, Spain.

(Received 12 January 2006; revised 7 February 2008; accepted 7 February 2008)

Abstract

This article presents an intensive study of the outcome and process of the psychotherapeutic treatments conducted at the Blanquerna Psychotherapy Service in Barcelona. It analyzes in detail the relation between outcome (improvement) and process (therapeutic alliance). Specifically, it discusses (a) the therapeutic process in terms of the relation between therapeutic alliance and psychotherapy outcome and (b) the effects of the temporary weakening of the therapeutic alliance and temporary symptomatic relapse on therapeutic outcome and process. Two hundred thirty-nine clients were included in the study, and the assessment instruments were the CORE Outcome Measure and the short version of the Working Alliance Inventory. In addition to good outcome of psychotherapy and maintenance of therapeutic change after treatment, the results also demonstrated the significance of different aspects of the therapeutic alliance as predictors of the therapeutic outcome and process.

Keywords: outcome research; alliance; integrative treatment models; process research

The work presented here is based on the systematic study of the outcome and process of psychotherapeutic treatments conducted at the Blanquerna Psychotherapy Service in Barcelona,¹ specifically addressing the question of whether process variables (therapeutic alliance or its temporary weakening) are correlated with outcome variables (symptomatic improvement or relapse and premature termination of treatment).

The conceptualization of the term *therapeutic alliance* originated in the psychoanalytic tradition, and it was further developed during a significant part of the last decades of the 20th century (see Corbella & Botella, 2003; Horvath, 2005, for more detailed historical overviews). Freud (1912/1958), in his work *The Dynamics of Transference*, highlighted the importance of an understanding attitude toward the patient to make it possible for the more healthy part of him or her to establish a positive relationship with the analyst. Later on, however, transference and alliance began to be differentiated (see, e.g., Zetzel, 1956), suggesting that the alliance reflected the nonneurotic part of the patient that makes it possible to attain insight and to use the analyst's interpretations to distinguish between relational past experi-

ences and the real relationship with the therapist. Still from a psychodynamic tradition, Hartley (1985) defined the psychotherapeutic alliance as composed of the "real relationship" (client therapist bond) and the "working alliance" (the therapist's and the client's ability to progress jointly toward their negotiated goals).

The concept of therapeutic alliance has been incorporated by most psychotherapeutic approaches, even if not exactly in the transference sense of the original psychoanalytic framework. The emphasis of humanistic therapies on the facilitative conditions promoting client change is well known. See, for example, the synthesis of research on the correlation between the client's perception of therapist empathy and the therapeutic alliance in Horvath and Luborsky (1993). Cognitive therapies (and especially their more constructivist and integrative versions) also have increasingly included therapeutic alliance as a core aspect of the therapeutic process (Arnkoff, 1995; Newman, 1998; Safran, 1998).

Two authors who have had a major influence on the present notion of therapeutic alliance are Bordin and Luborsky. Bordin (1976) extended Greenson's (1965, 1967) work and defined alliance as the fit and

¹Psychotherapy in this service follows an integrative relational constructivist approach combining cognitive, narrative, and systemic procedures and techniques (see Botella, Herrero, Pacheco, & Corbella, 2004; Feixas & Botella, 2004).

Correspondence: Luis Botella, Department of Psychology, Ramon Llull University, FPCEE Blanquerna, Cister 24-34, Barcelona 08022, Spain. E-mail: lluisbg@blanquerna.url.es

2 Botella et al.

collaboration between client and therapist, identifying three components: (a) agreement on tasks, (b) positive bond, and (c) agreement on goals. Despite the importance attributed to the therapeutic alliance, Bordin (1976) proposed that a positive alliance is not healing in itself but is an ingredient that makes possible acceptance and engagement in the therapeutic work.

Luborsky (1976) proposed a notion of therapeutic alliance closer to the originally psychodynamic one, suggesting that it is a dynamic entity that evolves along with the different phases of therapy (Horvath & Luborsky, 1993). He described two kinds of alliance depending on the therapeutic phase involved. Type 1 alliance is typical of the first stages of therapy and is characterized by the client's perception of the support and help of the therapist (Luborsky, 1976). Type 2 alliance is typical of later phases in the therapeutic process and consists of the feeling of joint work toward overcoming the patient's distress.

As noted earlier, our aim in this study was to analyze in detail the relation between therapy outcome (improvement) and process (therapeutic alliance). As a prerequisite, it was necessary to prove that our sample was a clinical sample, not a subclinical one, because this would limit the applicability of our results to clinical practice. Thus, we conducted preliminary analyses of the seriousness of the clients' presenting problems. It was also equally important to demonstrate the good outcome of psychotherapy in terms of pre post symptom reduction as well as the maintenance of therapeutic change after treatment in follow-up assessments; both are addressed in the Results section.

After having satisfied both prerequisites, our study focused on three goals and hypotheses, all of them grounded on the literature so far reviewed.

1. Hypothesis about the relation between alliance and outcome: There is a significant positive correlation between client-assessed therapeutic alliance and therapy outcome in terms of symptomatic improvement.
2. Hypothesis about the relation between alliance and the premature termination of treatment: The strength of the therapeutic alliance in patients who terminate treatment prematurely is less than that in patients who end treatment successfully.
3. Hypothesis about the relation between therapeutic process and outcome: There is a relation between the temporary weakening of the therapeutic alliance and therapy outcome in terms of general improvement and the number of sessions necessary to improve.

Method

Participants

Clients: basic demographic variables. This sample included 239 clients (191 women [79.9%] and 48 men [20.1%]) who received outpatient psychotherapeutic treatment (one weekly session) in a university-based psychotherapeutic unit in Barcelona: the Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna, described in more detail in the Procedure section. Treatments analyzed corresponded to all those patients who began their therapeutic process at any point within the 3 years and 4 months between the beginning of the study and the analysis of the data included in this study. Participants' mean age was 25.7 years ($SD = 8.7$, range = 14–70; 69.75% of the sample was within the age range of 18 to 25 years).

Therapists. Nine therapists (seven women and two men) participated in this study. They ranged in age range from 26 to 40 years ($M = 33.22$, $SD = 6.48$). All of the therapists were clinical psychologists and psychotherapists with a master's-level training. Eight of them held a PhD. Clinical experience ranged from 3 to 17 years ($M = 10.22$, $SD = 6.48$).

Instruments

Outcome. To assess clients' symptomatic level, we used the CORE Outcome Measure (CORE-OM), a self-administered 34-item questionnaire that evaluates the following dimensions: (a) subjective well-being, (b) problems/symptoms, (c) functioning, and (d) risk (i.e., clinical indicators of suicidal attempts, self-harm or aggressive acts). Each of the 34 CORE-OM items is scored using a Likert-type scale ranging from 0 (*never*) to 4 (*always or almost always*).

The levels of symptomatic seriousness of the clients included in this study, as Corbella (2003) demonstrated, were equivalent to those in other CORE-OM validation studies (see Barkham et al., 2001; Evans et al., 2002).

Therapeutic alliance. To assess the therapeutic alliance, we used the short version of the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). The WAI, as a global measure of the working alliance, is made up of three subscales reflecting the three components of the therapeutic alliance described by Bordin (1976):

- Agreement on therapeutic goals
- Agreement on therapeutic tasks
- Emotional bond between therapist and client

Each subscale of the WAI is made up of 12 items that are scored using a Likert-type scale. The short version of the WAI (WAI-S) used in this study was proposed by Tracey and Kokotovic (1989) after factor analyzing the WAI and making it shorter so as to facilitate its use in clinical settings (see Corbella & Botella, 2004). The WAI-S demonstrated an adequate factor structure and retained its three subscales, each of which is composed of four items. The WAI-S is thus made up of 12 items that the client scores using a Likert-type scale ranging from 1 to 7. Thus, the total scoring of the WAI-S ranges from 12 to 84. Tracey and Kokotovic (1989) also demonstrated a strong internal consistency of the WAI-S: Cronbach's $\alpha = .98$.

The Spanish version of the WAI-S was created and validated by Corbella and Botella (2004) using a sample of 102 nonpsychotic patients receiving outpatient psychotherapy. Internal consistency was also high: Cronbach's $\alpha = .93$. Regarding the factor structure of the inventory, a principal-components analysis with varimax rotation revealed three factors with eigenvalues of 5.66, 2.81, and 2.59, respectively. The three components accounted for 65% of the total variance. The first factor was made up of items belonging to all the subscales of the WAI-S; the second factor, of some items belonging to the subscale Agreement on Goals; and the third factor, of items belonging to the subscale Emotional Bond. In summary, the first two factors were made up of a mixture of the subscales Agreement on Tasks and Agreement on Goals and one item of the subscale Emotional Bond.

Procedure

The procedure followed in this study was the usual one according to the treatment protocol of the therapy service. After the initial phone call of the client, an intake interview was conducted. The intake interview followed the structure of the CORE Therapy Assessment Form. In addition, during the intake interview, the client was asked to complete the CORE-OM already discussed. The therapeutic team met in order to make the necessary decisions about therapy with the particular client.

Once therapy had begun, outcome and process were monitored by periodically asking the client to complete the CORE-OM (after each of the first four sessions and after every four subsequent sessions) and the WAI-S (after each of the first eight sessions and after every four subsequent sessions). We assessed outcome and process at these intervals based on the studies of the pace of therapeutic change (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; see Corbella & Botella, 2004), indicating that 30%

Predictors of outcome and process 3

to 40% of patients experience significant changes between Sessions 1 and 3 and that between Sessions 4 and 7 this percentage increases 50% to 60%.

Once the therapeutic goals were attained, and provided that the therapist and client agreed, the end of therapy was scheduled. Again, as a means of monitoring the therapeutic outcome and process, the client was asked to complete the symptomatic and alliance measures.

Follow-up interviews were conducted after 6 and 12 months of the end of therapy. Again, the client was asked to complete the symptomatic and alliance measures.

Results

Generic Results

Seriousness of the presenting problem. The analysis of the scorings of the 235 patients who completed the CORE-OM after the intake interview gives a generic picture of the seriousness of the presenting problem. Both the Kolmogorov-Smirnoff and the Shapiro-Wilk tests confirmed that it followed a normal distribution ($M = 1.59$, $SD = .66$). The levels of symptomatic seriousness of the clients included in this study, as previously noted, were equivalent to those of clients in other CORE-OM validation studies on each dimension of the measure.

General outcome of psychotherapy and maintenance of therapeutic change. In general terms, the outcome of the therapeutic intervention can be calculated by comparing the symptomatic level pre- and posttherapy. Table I presents the statistical significance of pre- and posttherapy means for each of the CORE-OM symptom dimensions.

Regarding the maintenance of therapeutic change, the analysis of the 165 patients who had completed therapy and follow-up interviews after 6 and 12 months posttherapy confirmed that change was maintained: The mean of the CORE-OM was .75 at the end of therapy, .72 at 6 months, and .71 at 12 months.

Predictors of Therapeutic Outcome and Process

Therapeutic alliance as a predictor of therapeutic outcome. Table II indicates that the correlation between alliance and symptomatic level session by session was statistically significant in each of the sessions for which we had data, from Session 3 to Session 36. As can be seen, the number of patients in the sample decreased as the session number in-

Each subscale of the WAI is made up of 12 items that are scored using a Likert-type scale. The short version of the WAI (WAI-S) used in this study was proposed by Tracey and Kokotovic (1989) after factor analyzing the WAI and making it shorter so as to facilitate its use in clinical settings (see Corbella & Botella, 2004). The WAI-S demonstrated an adequate factor structure and retained its three subscales, each of which is composed of four items. The WAI-S is thus made up of 12 items that the client scores using a Likert-type scale ranging from 1 to 7. Thus, the total scoring of the WAI-S ranges from 12 to 84. Tracey and Kokotovic (1989) also demonstrated a strong internal consistency of the WAI-S: Cronbach's $\alpha = .98$.

The Spanish version of the WAI-S was created and validated by Corbella and Botella (2004) using a sample of 102 nonpsychotic patients receiving outpatient psychotherapy. Internal consistency was also high: Cronbach's $\alpha = .93$. Regarding the factor structure of the inventory, a principal-components analysis with varimax rotation revealed three factors with eigenvalues of 5.66, 2.81, and 2.59, respectively. The three components accounted for 65% of the total variance. The first factor was made up of items belonging to all the subscales of the WAI-S; the second factor, of some items belonging to the subscale Agreement on Goals; and the third factor, of items belonging to the subscale Emotional Bond. In summary, the first two factors were made up of a mixture of the subscales Agreement on Tasks and Agreement on Goals and one item of the subscale Emotional Bond.

Procedure

The procedure followed in this study was the usual one according to the treatment protocol of the therapy service. After the initial phone call of the client, an intake interview was conducted. The intake interview followed the structure of the CORE Therapy Assessment Form. In addition, during the intake interview, the client was asked to complete the CORE-OM already discussed. The therapeutic team met in order to make the necessary decisions about therapy with the particular client.

Once therapy had begun, outcome and process were monitored by periodically asking the client to complete the CORE-OM (after each of the first four sessions and after every four subsequent sessions) and the WAI-S (after each of the first eight sessions and after every four subsequent sessions). We assessed outcome and process at these intervals based on the studies of the pace of therapeutic change (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; see Corbella & Botella, 2004), indicating that 30%

Predictors of outcome and process 3

to 40% of patients experience significant changes between Sessions 1 and 3 and that between Sessions 4 and 7 this percentage increases 50% to 60%.

Once the therapeutic goals were attained, and provided that the therapist and client agreed, the end of therapy was scheduled. Again, as a means of monitoring the therapeutic outcome and process, the client was asked to complete the symptomatic and alliance measures.

Follow-up interviews were conducted after 6 and 12 months of the end of therapy. Again, the client was asked to complete the symptomatic and alliance measures.

Results

Generic Results

Seriousness of the presenting problem. The analysis of the scorings of the 235 patients who completed the CORE-OM after the intake interview gives a generic picture of the seriousness of the presenting problem. Both the Kolmogorov-Smirnoff and the Shapiro-Wilk tests confirmed that it followed a normal distribution ($M = 1.59$, $SD = .66$). The levels of symptomatic seriousness of the clients included in this study, as previously noted, were equivalent to those of clients in other CORE-OM validation studies on each dimension of the measure.

General outcome of psychotherapy and maintenance of therapeutic change. In general terms, the outcome of the therapeutic intervention can be calculated by comparing the symptomatic level pre- and posttherapy. Table I presents the statistical significance of pre- and posttherapy means for each of the CORE-OM symptom dimensions.

Regarding the maintenance of therapeutic change, the analysis of the 165 patients who had completed therapy and follow-up interviews after 6 and 12 months posttherapy confirmed that change was maintained: The mean of the CORE-OM was .75 at the end of therapy, .72 at 6 months, and .71 at 12 months.

Predictors of Therapeutic Outcome and Process

Therapeutic alliance as a predictor of therapeutic outcome. Table II indicates that the correlation between alliance and symptomatic level session by session was statistically significant in each of the sessions for which we had data, from Session 3 to Session 36. As can be seen, the number of patients in the sample decreased as the session number in-

4 Botella et al.

Table I. Statistical Significance of Pre- and Posttherapy Means for Each of the CORE Outcome Measure Symptom Dimensions (Therapy Outcome)

Dimension	Pretherapy		Posttherapy		Pre-post difference ^a	t(164)
	M	SD	M	SD		
Subjective well-being	2.31	0.93	1.37	1.02	.94	4.78***
Problems/symptoms	2.12	0.86	1.25	0.94	.88	4.23***
General functioning	1.40	0.72	0.95	0.68	.45	3.97***
Risk	0.44	0.60	0.23	0.44	.21	3.76***
All nonrisk	1.84	0.73	1.14	0.79	.70	4.08***
General	1.59	0.67	0.98	0.70	.61	3.80***

^aAbsolute value.*** $p < .001$, two-tailed.

creased and more patients completed therapy. This makes it difficult to interpret some of the last correlation coefficients that come from small samples, even if the Kolmogorov-Smirnov test revealed that all data included in the table conformed to a normal distribution.

Predictors of premature termination of therapy. A detailed analysis of the degree of symptomatic improvement of the 239 clients included in this study (calculated by subtracting the final score of the CORE-OM from the initial one) revealed the following typology of cases:

Completers ($n = 165$ [69.04%]): clients who completed therapy and left with their therapists' knowledge and agreement and whose average symptomatic improvement was .82.

Dropouts ($n = 24$ [10.04%]): clients who ended therapy prematurely without their therapists' knowledge or agreement and whose average symptomatic improvement was .07 (i.e., they

were feeling very slightly worse after therapy than before).

Others ($n = 50$ [20.92%]): clients who (a) were still in therapy when we analyzed our data, (b) made specific requests not requiring a therapeutic process (such as assessment or evaluation), or (c) were referred to other services.

Regarding the seriousness of the presenting problem, there were no statistically significant differences between dropouts ($M = 1.53$, $SD = .54$) and those who completed therapy successfully ($M = 1.58$, $SD = .68$). Regarding the therapeutic alliance, however, a t test revealed that it was significantly lower ($p < .05$, two-tailed) in the dropout cases than in the successful ones, even after Session 1 and during the three first sessions:

Session 1: dropouts, $M = 59.90$, $SD = 7.39$; completers, $M = 64.81$, $SD = 8.54$; difference: 4.91, $t(188) = 1.78$, $p < .05$, two-tailed

Session 2: dropouts, $M = 61.60$, $SD = 6.85$; completers, $M = 66.91$, $SD = 8.03$; difference: 5.31, $t(188) = 1.84$, $p < .05$, two-tailed

Session 3: dropouts, $M = 60.50$, $SD = 5.68$; completers, $M = 68.70$, $SD = 8.39$; difference: 8.20, $t(188) = 1.95$, $p < .05$, two-tailed

In fact, the difference increased in each of the first three sessions, and the strength of the therapeutic alliance in the dropout group was increasingly less than that of the successful group.

Alliance weakening and symptomatic relapse. In the longest term cases (and beginning approximately in Sessions 12 to 16 in the case of relapse and Sessions 20 to 24 in the case of alliance weakening), there were some inversions of the previous tendency toward linear and progressive improvement. We termed these *temporary symptomatic relapse* and *temporary alliance weakening* and defined them as, respectively,

Table II. Correlations Between Patients' Symptomatic State and Strength of the Therapeutic Alliance Session by Session

Session	r	n
3: CORE-OM3/WAI3	-.346***	133
4: CORE-OM4/WAI4	-.302***	168
8: CORE-OM8/WAI8	-.432***	119
12: CORE-OM12/WAI12	-.428***	81
16: CORE-OM16/WAI16	-.418***	56
20: CORE-OM20/WAI20	-.444**	42
24: CORE-OM24/WAI24	-.406*	30
28: CORE-OM28/WAI28	-.610**	20
32: CORE-OM32/WAI32	-.615**	19
36: CORE-OM36/WAI36	-.822***	14
40: CORE-OM40/WAI40	-.629	9
44: CORE-OM44/WAI44	-.226	7
48: CORE-OM48/WAI48	.012	7

Note. CORE-OM = CORE Outcome Measure; WAI = Working Alliance Inventory.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

situations in which the scoring of a CORE-OM inventory in Session $n+1$ was higher than that in Session n and situations in which the scoring of a WAI in Session $n+1$ was lower than that in Session n .

Applying these definitions to the 181 cases completed or in progress in our sample allowed us to identify 99 cases in which there had been no temporary relapse and 82 in which there had. Alliance weakening occurred in 97 cases and did not occur in 84. Among all the 181 completed cases, 60 presented both temporary relapse and alliance weakening, 22 presented temporary relapse only, 24 presented alliance weakening only, and 75 presented neither relapse nor weakening.

Analysis of these data revealed that neither relapse nor alliance weakening could be predicted by what therapist was in charge of the case, the patient's age, presenting problem, time since the problem began, self-assessed seriousness of the presenting problem, psychosocial functioning level, motivation for change, and scores on the intake CORE-OM.

However, in those cases in which there had been a temporary weakening of the alliance, a t test revealed that the mean scores of the WAI-S after the first therapy session ($M = 65.98$) were significantly higher than the scores of cases in which such weakening had not happened: $M = 63.09$; difference: 2.89, $t(180) = 1.79$, $p < .05$, two-tailed. In fact, in such cases, the mean scores of the WAI were significantly higher than those of all cases in general: $M = 63.87$; difference = 2.11, $t(238) = 1.94$, $p < .05$, two-tailed.

On the other hand, in cases in which there had been a temporary symptomatic relapse, even if the mean scores of the first CORE-OM inventory were not significantly different from scores of cases in which there had not been a relapse, there were statistically significant differences in the subscale Problems/symptoms ($p < .05$, two-tailed). Specifically, the mean scores of the group with temporary relapse in this CORE-OM subscale ($M = 1.95$) were significantly lower than the scores of those in whom such relapse had not happened ($M = 2.24$).

We conducted a multivariate analysis of variance (MANOVA) to test the effect of temporary alliance weakening and temporary symptomatic relapse (two independent variables) over the number of sessions

needed to finish therapy, the total therapeutic improvement pre- and posttherapy, and the average strength of the therapeutic alliance during the whole of the therapy (three dependent variables). Results are summarized in Table III.

The MANOVA revealed that the effect of the temporary weakening of the therapeutic alliance over the increase in the number of sessions needed to finish the therapeutic process was significant ($p < .001$, two-tailed), and its effect over the total therapeutic improvement pre post was significant ($p < .05$, two-tailed), although its effect on the mean therapeutic alliance was trivial. The effect of temporary symptomatic relapse on the increase in the number of sessions needed to complete the therapeutic process was significant ($p < .001$, two-tailed), as was its effect on the total therapeutic improvement pre posttherapy ($p < .001$, two-tailed), although its effect on the average therapeutic alliance was again trivial. However, these effects must be interpreted with caution because the effect of the interaction between both variables over the increase in the number of sessions needed to finish the therapeutic process was significant ($p < .001$, two-tailed). This suggests that both variables may not be acting independently but rather that the interaction between them is especially problematic in terms of its effect on psychotherapeutic outcome and process.

Discussion

The data in our study come from a clinical sample with a presenting problem, the symptomatic seriousness (distributed along a homogeneous normal curve) of which guarantees the ecological validity of its conclusions. Considered in generic terms, the therapeutic intervention led to a statistically significant reduction of clients' problems/symptoms and risks as well as to an equally significant improvement in their subjective well-being and general psychosocial functioning, which were maintained after the end of therapy for a period of 6 and 12 months.

Our study confirms once more that therapeutic alliance plays a crucial role in predicting psychotherapy outcome (see the reviews of Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 2000; Luborsky,

Table III. Results of the Multivariate Analysis of Variance for Temporary Therapeutic Alliance Weakening (TAW) and Temporary Symptomatic Relapse (TSR)

Dependent variable	TAW		TSR		TAW \times TSR	
	$F(df)$	p	$F(df)$	p	$F(df)$	p
No. sessions	26.05(2)	<.001	34.83(2)	<.001	14.80(2)	<.001
Mean therapeutic alliance	0.02(2)	.891	0.01(2)	.931	0.01(2)	.928
Pre-post symptomatic improvement	4.48(2)	.036	15.34(2)	<.001	.002(2)	.960

6 Botella et al.

Barber, & Crits-Christoph, 1990). In terms of general average pre post therapeutic improvement, and specifically for each therapy session between Sessions 3 and 36, our data demonstrate that the correlation between the therapeutic alliance and the level of clients' symptomatic improvement was significant. In fact, the conclusion that can be derived from our study coincides exactly with the data presented by Horvath (2005).

In this study, 10% of clients terminated treatment prematurely without the therapist's knowledge or agreement, potentially limiting the benefit therapy might have provided if continued. This made it relevant to look for possible factors that could identify clients at risk for dropout and that could be assessed either during the intake session or shortly thereafter. As could be expected, taking into account the research literature (see, e.g., Lingardi, Filippucci, & Baiocco, 2005; Mohl, Martinez, Ticknor, Huang, & Cordell, 1991; Tryon & Kane, 1995), the lower strength of the therapeutic alliance in the first three sessions of therapy proved to be a greater risk factor for the termination of treatment than the seriousness of the client's presenting problem, which did not discriminate dropout from the successful group.

In a negative sense, the significant correlation between the temporary weakening of the therapeutic alliance and symptomatic relapse made the connection between alliance and outcome even more obvious. The majority of client variables considered individually did not allow us to predict either difficulties in the course of the therapeutic alliance or symptomatic relapse. Such setbacks in the therapeutic process did not depend exclusively on the therapist who was in charge of the case.

However, taking the aforementioned into account, an exaggerated high scoring of the therapeutic alliance after the first session did, in fact, discriminate the cases in which there had been a temporary weakening of the alliance from those in which there had not. Of course, this result can be quite expected considering the way we defined this variable. Thus, if the client scores the therapeutic alliance as very high after the first session, the likelihood of scoring it as lower after a future session is higher just because of a mathematical probability.

Nevertheless, this result is not without psychological interest, because the same mathematical reasoning can be read interpersonally. If the client overestimates his or her alliance with the therapist and the therapist's helping skills after just one session, it is probable that he or she will feel frustrated at some future moment along the therapeutic process when confronted with a difficulty in the course of therapy. Such a situation could make

the relationship particularly difficult or tense at the moment of entering the stage of therapy when the therapist's interventions become more confrontational and challenging (see Safran & Muran, 2000).

What we have said regarding setbacks in the therapeutic alliance can also be extended to temporary symptomatic relapse. In those cases in which there had been such a relapse, the mean of the CORE-OM subscale Problems was lower than in those with no relapse. Again, as is the case regarding disruptions in the therapeutic alliance, this result can be quite expected considering the way we defined this variable. However, this is again not without psychological interest because it suggests that the less symptomatically serious cases are the ones more likely to relapse precisely because their presenting complaint might not be focused on symptomatic alleviation.

Regarding those cases that presented a weakening of the alliance or symptomatic relapse, our data indicate that the mean therapeutic alliance was not affected by the temporary weakening, by relapse, or by their interaction. This suggests that the participant therapists were able to restore the therapeutic bond despite these incidents or despite temporary symptomatic relapse.

However, symptomatic relapse had a very significant effect on the reduction of the total therapeutic change, and the temporary weakening of the alliance also had a significant effect in the same sense, even if not necessarily when they occurred simultaneously. This result, combined with that found previously, suggests that, although the therapeutic bond can be restored in adverse conditions, both the weakening of the therapeutic alliance and symptomatic relapses lessen the total amount of therapeutic change.

Regarding the number of sessions needed to complete the therapeutic process, it was significantly increased by both the weakening of the therapeutic alliance and symptomatic relapses, especially when both happened simultaneously.

In summary, our results indicate that ours was a clinical sample, that therapy was effective, and that improvement was maintained after treatment had finished. In addition, there is a significant relation between therapeutic alliance (as an indicator of the therapeutic process) and symptomatic improvement (as an indicator of therapeutic outcome). This relation operates both in the positive sense of mutual facilitation (the higher the strength of the therapeutic alliance, the more the client improves) and in the negative sense (a weak alliance after the first sessions leads to the premature termination of therapy, and episodes of weakening of the alliance during therapy lessen the overall amount of client improvement).

Regarding the clinical implications of these results, they highlight the importance of orienting psychotherapy toward the creation of a strong and secure therapeutic relationship as a precondition so that techniques and procedures have a beneficial effect for the patient. More importantly, the consolidation of such a strong and secure therapeutic relationship is a prerequisite for therapy to proceed because its absence increases the likelihood of premature termination. Our data were based on clients' assessment of alliance, and thus they are coherent with the body of research demonstrating that the view of clients is more relevant than the view of therapists in terms of predicting the final outcome of therapy (Bachelor, 1991; Barber et al., 1999; Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Henry & Strupp, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Bergin, 1994). In this respect, another clinical implication of this study is that it is advisable to systematically assess the strength of the therapeutic alliance between client and therapist from the client's standpoint, which may not always coincide with the therapist's view.

Although neither the temporary weakening of the alliance nor temporary symptomatic relapse reduce the average strength of the therapeutic alliance (because therapists are able to restore it), they do decrease the amount of overall improvement and make therapy longer. This effect is particularly notorious when relapse occurs in the context of the weakening of the alliance, a result that further reinforces the connection between process (alliance) and outcome (improvement or, in this case, time needed to improve). Again, this result highlights the need to attend to the quality of the therapeutic bond as a likely predictor of therapy outcome and especially of its negative vicissitudes.

References

- Arnkoﬀ, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 33-46.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 119-136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Corbella, S. (2003). *Compatibilitat entre el estil personal del terapeuta y el perfil personal del paciente* [Compatibility between the therapist's personal style and the patient's personal profile]. Unpublished doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación [The therapeutic alliance: History, research and assessment]. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes* [Psychotherapy research: process, outcome, and common factors]. Madrid: Vision Net.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G., & Auldin, G. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Feixas, G., & Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista [Psychotherapy integration, reflections and contributions from a constructivist epistemology]. In H. Fernández-Álvarez & R. Opazo (Eds), *La integración en psicoterapia* (pp. 33-67). Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69-80.
- Freud, S. (1958). *The dynamics of transference*. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)
- Greenberg, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenberg, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

8 Botella et al.

- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15*, 45-53.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research, 1*, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 281-287.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(8), 478-481.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Safran, J. D., & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 207-210.
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research, 5*, 189-198.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 37*, 369-375.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA IMAGEN CORPORAL: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL MULTIDIMENSIONAL BODY SELF RELATIONS QUESTIONNAIRE (MBSRQ)

Luis Botella García del Cid, Emma Ribas Rabert
y Jesús Benito Ruiz*

Resumen

En este estudio se lleva a cabo la adaptación y validación psicométrica de la versión española del MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire). El cuestionario se administró a una muestra de 261 participantes: 131 universitarios sin problemas de imagen corporal y 130 pacientes de cirugía estética. La estructura de la versión española mantiene los criterios de calidad psicométrica respecto a la original, pero se reduce a cuatro factores, y no siete: (1) importancia subjetiva de la corporalidad (ISC); conductas orientadas a mantener la forma física (COMF); (3) atractivo físico autoevaluado (AFA); y (4) cuidado del aspecto físico (CAF). La versión española del MBSRQ evalúa las diferencias predecibles en todas las escalas relevantes y no en las que no lo son.

Palabras clave: Evaluación psicométrica de la imagen corporal mediante el MBSRQ, Validación psicométrica de la versión española del MBSRQ, Efectos de la cirugía estética, Estudio Experimental, Estudio Instrumental.

Key words: Psychometric assessment of body image by means of the MBSRQ, psychometric validation of the Spanish version of the MBSRQ, Effects of cosmetic surgery, Experimental study, Instrumental study.

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 & Pruzinsky (1990) y, en español, en Botella, Grañó, Gámiz y Abey (2008).

Los resultados contrastados que destacan la importancia psicológica de la imagen corporal se encuentran resumidos en el artículo antes citado (Botella, Grañó, Gámiz y Abey, 2008) así como en Cash & Pruzinsky, 1990.

Tal como destacan Castrillón, Luna y Avendaño (2007) desde hace más de 20 años se han propuesto múltiples formas de abordar la cuestión de la evaluación de la imagen corporal. Teniendo en cuenta la base teórica de este proyecto, nos interesa especialmente una forma de evaluación que incluya la valoración de los aspectos

cognitivos de construcción del *self* y su relación con el mundo (Cash & Deagle, 1997), junto con las variables más directamente relacionadas con el aspecto "objetivo" de la imagen corporal.

Según la revisión de Raich (2004, p.22) los instrumentos más habituales de evaluación de la imagen corporal (en la mayoría de casos, la insatisfacción corporal) son los que se incluyen en la Tabla 1.

Por lo que respecta al MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*: Cash, 1990), y dado que la validación y adaptación de su versión española constituye el objeto de este trabajo, su descripción detallada se incluye en el apartado "Material".

En síntesis, y como conclusión de esta introducción, el objetivo del presente estudio es la validación psicométrica de la versión española del MBSRQ, justamente por ser la medida más completa y multidimensional que existe actualmente. Concretamente, se llevó a cabo (a) un Análisis Factorial exploratorio para contrastar y depurar la estructura interna del MBSRQ en cuanto a los ítems que lo componen, (b) un contraste de la fiabilidad del cuestionario una vez depurada su estructura factorial mediante el procedimiento habitual de cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, (c) un primer contraste de la validez predictiva de la versión española del cuestionario mediante el cálculo de la significación de la diferencia de medias entre las puntuaciones de un grupo de voluntarios sin problemas de imagen corporal conocidos y uno

* Luis Botella García del Cid, FPCEE/SAAP Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
Emma Ribas Rabert, FPCEE/SAAP Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Antlaging Group Barcelona, Clínica Tres Torres.
Jesús Benito Ruiz, Antlaging Group Barcelona, Clínica Tres Torres

Luis Botella, Departament de Psicologia, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, C/ster 24-34
E-Mail: llulbsg@blanquerna.url.edu

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVII (p.p. 253-264).
© 2009 Fundació ANEL.

Tabla 1. Instrumentos más habituales de evaluación de la imagen corporal (adaptado de Raich, 2004)

Nombre y Referencia del Instrumento	Ámbito Evaluado	Características Psicométricas Básicas
BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination: Rosen & Reiter, 1995). Adaptada por Raich, Torras-Clarasó y Mora (1997).	Imagen corporal y síntomas del trastorno dismórfico. Evalúa aspectos cognitivos y conductuales. Valora la insatisfacción corporal y discrimina las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia.	Entrevista semiestructurada. Adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y entre evaluadores y validez concurrente y predictiva.
Escala Yale-Brown de medición de Trastorno Obsesivo-Compulsivo adaptada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1998).	Imagen corporal y síntomas del trastorno dismórfico.	Entrevista semiestructurada. Adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y entre evaluadores y validez concurrente y predictiva. (Phillips, Hollander, Rasmussen, & Aronowitz, 1997)
Subescala de imagen corporal del EDI (Eating Disorders Inventory: Garner, Olmstead & Polivy, 1983)	Índice genérico de insatisfacción corporal general con diferentes zonas del cuerpo	Adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez concurrente y predictiva.
BSQ (Body Shape Questionnaire: Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987). Adaptación española de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996).	Insatisfacción corporal y preocupación por el peso.	Aceptables garantías psicométricas
BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire: Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990)	Frecuencia con que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación	Aceptables garantías psicométricas.
CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal: Toro, Salamero & Martínez, 1994).	Presión hacia el adelgazamiento ejercida por los medios de comunicación y del entorno social inmediato percibida por el individuo.	Buena consistencia interna, capacidad discriminativa entre pacientes anoréxicas y controles y adecuada consistencia

de candidatas a cirugía estética, (d) un segundo contraste de la validez predictiva del cuestionario mediante el cálculo de la significación de la diferencia de medias entre las puntuaciones pre- y post-quirúrgicas de un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía estética.

Método

Participantes

Los 261 participantes incluidos en este estudio se dividen en dos grupos: (a) 131 estudiantes universitarios y (b) 130 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y, 30 de ellos, después de dicha operación. El grupo de estudiantes universitarios estaba compuesto por 98 mujeres y 33 hombres, todos ellos estudiantes de último curso de licenciatura de una universidad de Barcelona, de entre 21 y 42 años y que participaron de forma voluntaria, anónima e informada. El promedio de edad fue de 23,6 con una desviación típica de 2,9 años. Como criterio de exclusión se pidió a los miembros de este grupo que no participasen en el estudio si tenían algún problema significativo que implicase su imagen corporal (trastorno alimentario, dismorfofobia, deformaciones físicas o minusvalías). El grupo de pacientes estaba compuesto por 124 mujeres y 6 hombres 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.

Material

Por lo que respecta al MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*; Cash, 1990) según la información que se cita en el manual del usuario, se trata de 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 el tema de la imagen corporal y que incluyó a 2.000 participantes seleccionados de una muestra de más de 30.000 (véase Cash et al. 1986).

El análisis de componentes principales de la base de datos original (Brown, Cash, & Mikulka, 1990) corroboró la estructura teórica del cuestionario. Los factores extraídos a partir del análisis del MBSRQ reflejaban dos dimensiones disposicionales ("evaluación" y "orientación" cognitivo-conductual) además de tres ámbitos

somáticos: "aparición", "forma física" y "salud/enfermedad".

Además de esos siete factores en el manual del cuestionario se informa que el MBSRQ tiene tres subescalas especiales multi-ítem:

(1) Escala de satisfacción respecto a áreas corporales.

(2) Escala 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.

(3) Escala de auto-clasificación del peso, que oscila entre "muy por debajo del peso normal" a "muy por encima del peso normal".

El uso del MBSRQ se recomienda sólo a partir de los 15 años de edad, no resultando adecuado para niños 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. Asimismo existe una escala reducida del instrumento que incluye solamente cuatro factores.

El MBSRQ 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.

Procedimiento

El proceso de validación que constituye el objetivo del presente estudio siguió el procedimiento psicométrico al uso: el cuestionario, una vez traducido y comprobada la corrección lingüística de la versión española por un traductor acreditado por un título oficial, se administró a las muestras de participantes ya descritas. En el caso de la muestra de pacientes, el cuestionario se administró por primera vez en el momento en que se evaluó su demanda quirúrgica y se volvió a administrar, tras haberse sometido a la operación de cirugía estética de la que se tratase, después del período necesario para que los efectos de la cirugía fuesen evidentes (entre 4 y 6 meses).

Resultados

Análisis factorial del cuestionario

La Tabla 2 muestra el análisis factorial exploratorio con el método de los componentes principales con rotación Varimax. Se puede observar que los ítems se agruparon en 4 factores. El Factor 1 explicaba un 24,807% de la varianza, el Factor 2 un 10,325%, el Factor 3 un 5,093% y el Factor 4 un 3,235%. Entre todos explicaban un total del 43,460% de la varianza de los datos —el resto de la varianza se distribuía entre 13 factores más ninguno de los cuales superaba el 3% de la variancia explicada ni estaba compuesto por más de 3 ítems. Sin embargo en el estudio de Brown, Cash & Mikulka (1990) se informa

de que el mismo tipo de análisis con la muestra que ellos utilizaron (2.000 sujetos seleccionados de una muestra de más de 30.000 de los que participaron en un estudio a escala nacional sobre imagen corporal) dio lugar a un resultado que confirmaba la estructura teórica del cuestionario; es decir, dos dimensiones actitudinales (que los autores denominaron "evaluación" y "orientación" cognitivo-conductual); tres áreas somáticas ("apariciencia", "forma física", y "salud/enfermedad") y dos áreas que, según los autores, representaban excepciones menores (los factores de orientación hacia la "salud" y "enfermedad"). Además de esta estructura factorial, Brown, Cash & Mikulka (1990) informan de que su análisis reveló la presencia de tres "subescalas especiales multi-ítem": (1) la escala de satisfacción respecto a áreas corporales, (2) la escala de preocupación por el sobrepeso y (3) la escala de auto-clasificación del peso.

El primer factor encontrado en nuestro estudio (ver Tabla 3) se compone de los ítems: 1, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 15(-), 18(-), 21, 24, 25(-), 27, 29, 34(-), 38(-), 39, 43(-), 46, 49(-), 50, 52, 55, 56, 63(-), 64(-), 65(-), 66(-), 67(-), 69(-). El análisis de los ítems que caracterizan el factor parece indicar que se trata de un factor general que combina la preocupación por el aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, las preocupaciones por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales (excepto la cara, el pelo y la altura). Una posible descripción de este factor sería "importancia subjetiva de la corporalidad" (ISC).

El segundo factor encontrado en nuestro estudio (ver Tabla 3) se compone de los ítems: 6(-), 16(-), 26, 33(-), 35, 44, 53. El análisis de los ítems que caracterizan el factor parece indicar que la mejor descripción de este sería "conductas orientadas a mantener la forma física" (COMF).

El tercer factor encontrado en nuestro estudio (ver Tabla 3) se compone de los ítems: 5, 11, 30, 42*. El análisis de los ítems que caracterizan el factor parece indicar que la mejor descripción de este sería "atractivo físico autoevaluado" (AFA).

El cuarto factor encontrado en nuestro estudio (ver Tabla 3) se compone de los ítems: 12, 20, 22, 41, 51. El análisis de los ítems que caracterizan el factor parece indicar que la mejor descripción de este sería "cuidado del aspecto físico" (CAF).

En resumen, parece que nuestros datos dan una imagen de un cuestionario que discrimina claramente un factor general de importancia subjetiva de la corporalidad (compuesto por 30 ítems que explican un 24,807% de la varianza) y tres factores específicos: uno de conductas orientadas a mantener la forma física (compuesto por 7 ítems que explican un 10,325% de la varianza restante); uno de atractivo físico autoevaluado (compuesto por 4 ítems que explican un 5,093% de la varianza restante) y otro de preocupación por el aspecto físico (compues-

to por 5 ítems que explican un 3,235% de la varianza restante).

La comparación entre nuestros resultados y los de Brown, Cash & Mikulka (1990) dan una imagen aun más clara de esta estructura. El primer factor encontrado en nuestro estudio se compone de una combinación de ítems de todas las subescalas de Brown, Cash & Mikulka (1990): 6 ítems de la subescala de satisfacción con las áreas corporales; 6 de la de orientación hacia la forma física; 5 de la subescala de orientación hacia la apariciencia física; 5 de la subescala de orientación hacia la salud; 3 de la subescala de orientación hacia la evitación de la enfermedad; 2 de la subescala de evaluación de la apariciencia; y 1 de las subescalas de preocupación por el sobrepeso, evaluación de la forma física y evaluación del peso. Esta combinación refuerza aun más la conclusión de que se trata de un factor genérico de importancia subjetiva de la corporalidad.

El segundo factor encontrado en nuestro estudio se compone de ítems todos los cuales pertenecen a las subescalas de evaluación de la forma física y/u orientación hacia la forma física de la versión original del cuestionario analizada por Brown, Cash & Mikulka (1990). Este resultado refuerza también la conclusión de que se trata de un factor específico relacionado con la evaluación de las conductas orientadas a mantener la forma física.

El tercer factor encontrado en nuestro estudio se compone de ítems todos los cuales pertenecen a la subescala de evaluación de la apariciencia física de la versión original del cuestionario analizada por Brown, Cash & Mikulka (1990). Este resultado refuerza también la conclusión de que se trata de un factor específico relacionado con la evaluación del atractivo físico autoevaluado.

El cuarto factor encontrado en nuestro estudio se compone de 3 ítems que pertenecen a la subescala de orientación hacia la apariciencia física y 1 perteneciente a la subescala de preocupación por el sobrepeso y evaluación de la forma física respectivamente. Este resultado refuerza también la conclusión de que se trata de un factor específico relacionado con la evaluación de la preocupación por el aspecto físico (aunque no sólo como apariciencia o atractivo, sino también por lo que respecta a sobrepeso y forma física).

El resto de ítems que no aparecen de forma significativa en la estructura factorial de nuestro análisis se reparten entre todas las escalas de la versión original del cuestionario analizada por Brown, Cash & Mikulka (1990), con lo cual suprimirlos en aras de la depuración de la estructura factorial del cuestionario no comporta eliminar ninguna de ellas excepto una: los dos ítems de la escala "autoclasiación del peso" del cuestionario original (ítems 59 y 60) no aparecen de forma significativa en ninguno de nuestros factores principales. Sin embargo, la cuestión del peso aparece repartida entre nuestro primer factor general y nuestro factor específico de preocupación por el aspecto físico.

* Este ítem resultó presentar una estructura problemática que finalmente aconsejé eliminarlo, tal como se discute más adelante.

Tabla 2. Estructura factorial del MBSRQ en su versión española

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item1	0,836			
Item3	0,694			
Item4	0,701			
Item5			0,664	
Item6		-0,733		
Item8	0,479			
Item10	0,482		-0,437	
Item11			0,737	
Item12				0,640
Item13	0,675			
Item14	0,778			
Item15	-0,745			
Item16	-0,463	-0,550		
Item18	0,837			
Item20				0,596
Item21	0,791			
Item22				0,569
Item24	0,639			
Item25	-0,786			
Item26		0,567		
Item27	0,583			
Item29	0,405			
Item30	-0,467		0,666	
Item33		-0,491		
Item34	-0,748			
Item35	0,454	0,558		
Item38	-0,433			
Item39	0,686			
Item41				0,636
Item42			-0,714	
Item43	-0,749			
Item44		0,552		
Item46	0,637			
Item49	-0,596			
Item50	0,817			
Item51				0,602
Item52	0,735			
Item53		0,791		
Item55	0,699			
Item56	0,616			
Item63	-0,579			
Item64	-0,440			
Item65	-0,585		0,470	
Item66	-0,556			
Item67	-0,428			
Item69	-0,417			

Tabla 3. Descripción de los factores del MBSRQ en su versión española y de los ítems que los componen.

Factor	Descripción	Ítems n ^o
1	Importancia Subjetiva de la Corporalidad (ISC)	1, 3, 4, 8, 10, 13, 14, 15(-), 18(-), 21, 24, 25(-), 27, 29, 34(-), 38(-), 39, 43(-), 46, 49(-), 50, 52, 55, 56, 63(-), 64(-), 65(-), 66(-), 67(-), 69(-)
2	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMF)	6(-), 16(-), 26, 33(-), 35, 44, 53
3	Atractivo Físico Autoevaluado (AFA)	5, 11, 30, 42 ¹
4	Cuidado del Aspecto Físico (CAF)	12, 20, 22, 41, 51

1. Este ítem resultó presentar una estructura problemática que finalmente aconsejó eliminarlo, tal como se discute más adelante.

Otro resultado a explicar sería por qué la evaluación de la satisfacción con la cara, el pelo y la altura no aparece como significativa en nuestro análisis factorial. Esto podría deberse (si bien habría que investigarlo específicamente) a que culturalmente se establece una diferencia clara entre los cuidados prestados a rostro y cabello, por una parte y al resto del cuerpo, por otra. Hasta el punto de que incluso la industria cosmética, médica y del cuidado físico es diferente en un caso y en el otro (peluquería, maquillaje, cosmética, por una parte; masajistas, balnearios, moda, dietas, cosmética corporal, por la otra). Por lo que respecta a la altura, parece que se trata de un "problema" de orden diferente al de la satisfacción/insatisfacción con la apariencia del cuerpo en general, dado que de momento existen pocas soluciones quirúrgicas viables (excepto las muy radicales en casos extremos), y las que hay más bien dependen de soluciones más simples tales como los zapatos de tacón alto.

Fiabilidad

La fiabilidad de la versión del cuestionario una vez depurada su estructura factorial se midió a través de la

consistencia interna utilizando el índice Alfa de Cronbach. La consistencia interna fue alta: alfa=0,884.

El factor ISC obtuvo un índice Alfa de Cronbach de 0,940. El factor COMF obtuvo un índice Alfa de Cronbach de 0,807. El factor CAF obtuvo un índice Alfa de Cronbach de 0,709. Sin embargo, el factor AFA cuando se incluyeron todos los ítems derivados del Análisis Factorial (5, 11, 30 y 42) obtuvo un índice Alfa de Cronbach muy bajo (alfa=0,355).

El resultado sorprendentemente bajo de este factor nos llevó a analizar las intercorrelaciones entre los 4 ítems que lo componían, y a constatar que el ítem 42 presentaba un perfil peculiar. Todas sus intercorrelaciones con los demás ítems del factor eran bastante elevadas (lo cual explica que apareciese incluido en el factor), pero negativas—véase Tabla 4. Al analizar la formulación verbal del ítem "no me gusta mi físico" se hizo evidente que era ilógico que la correlación con los demás ("mi cuerpo es sexualmente atractivo", "me gusta mi aspecto tal y como está" y "me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa") fuese negativa, cuando se estaban refiriendo a lo mismo**.

Tabla 4. Intercorrelaciones entre el ítem 42 y el resto de ítems del Factor AFA

Ítem	Correlación	Significación (bilateral)
5	-0,433	p<0,001
11	-0,469	p<0,001
30	-0,437	p<0,001

** Téngase en cuenta que la puntuación del ítem 42 ya está invertida al corregir la escala, por tanto la explicación de la correlación negativa no puede ser que precisamente mide lo contrario.

La explicación a esta anomalía proviene con toda probabilidad de la dificultad que comporta responder a un ítem formulado en términos negativos con una escala Likert de mayor a menor acuerdo. Es bien sabido en psicometría que mucha gente se confunde en estos casos al no saber interpretar qué significa decir que uno está "totalmente en desacuerdo" con una afirmación que, de hecho, es gramaticalmente una negación. No es fácil llegar espontáneamente a la conclusión lógica de que la negación de una negación es una afirmación. La demostración de lo problemático de este ítem se confirmó al eliminarlo del análisis y volver a calcular la Alfa de Cronbach del factor AFA (compuesto ahora por los ítems 5, 11 y 30): esta ascendió a 0,842.

La fiabilidad global de la versión del cuestionario una vez eliminado este ítem aumentó a 0,886.

Validez Predictiva: Diferencias entre Estudiantes y Pacientes

Como forma de comprobar la validez predictiva de la versión española del MBSRQ presentada en este estudio se efectuó primero una comparación entre las puntuaciones del grupo de estudiantes universitarios y el de pacientes que se sometían a una operación de cirugía estética (descritos en el apartado "Participantes"). Teniendo en cuenta que la validez predictiva de una prueba consiste en su capacidad para pronosticar la variable que mide, una forma de contrastarla en este caso es comprobar hasta qué punto las diferencias entre las puntuaciones de imagen corporal de ambos grupos son significativas. Esto sería de esperar dado que es predecible que el grupo de pacientes que solicitan someterse a una operación de cirugía estética tengan una peor imagen corporal que el de estudiantes universitarios sin problemas de imagen corporal identificados.

Para tal fin se efectuó una comparación de la significación de las diferencias en las medias de las puntuaciones de ambos grupos del cuestionario revisado y depurado en su estructura factorial mediante la prueba t de Student. Dicha comparación reveló que en el único factor en que no se daban diferencias significativas entre ambos grupos fue en el de Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física. En los otros tres las diferencias entre

ambos grupos sí eran estadísticamente significativas- véase Tabla 5.

Validez Predictiva: Efectos Pre-Post de la Cirugía Estética

De forma complementaria, y de nuevo como forma de comprobar la validez predictiva de la versión española del MBSRQ presentada en este estudio se efectuó una comparación de la significación de las diferencias en las medias de las puntuaciones pre y post-operatorias del cuestionario. En este caso, una prueba de validez predictiva sería que hubiese diferencias significativas entre las puntuaciones de imagen corporal pre y post-operatorias. De nuevo, esto sería de esperar dado que es predecible que el grupo de pacientes que se someten a una operación de cirugía estética tengan una peor imagen corporal antes de operarse que después.

Se efectuó una comparación de la significación de las diferencias en las medias de las puntuaciones pre y post-operatorias del cuestionario revisado y depurado en su estructura factorial mediante la prueba t de Student. Dicha comparación reveló que en el único factor en que se daban cambios significativos pre-post ($F=13,304$; $p<0,001$) fue en el de Atractivo Físico Autoevaluado. En los otros tres la cirugía no produjo cambios significativos- Véase Tabla 6.

Discusión

El constructo "imagen corporal" ha demostrado su utilidad en decenas de estudios empíricos así como su relevancia por lo que respecta a su relación con diversos problemas de ámbito clínico así como con múltiples fenómenos psicosociales no necesariamente patológicos.

De entre los diversos instrumentos propuestos para su medida y evaluación, el MBSRQ se considera el más completo y multidimensional. En este trabajo se ha presentado la adaptación y validación psicométrica de la versión española de dicho cuestionario.

La estructura de la versión española adaptada y validada mantiene los criterios de calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original, si bien difiere en algunos aspectos formales.

Tabla 5. Significación estadística de las diferencias entre las puntuaciones del grupo de estudiantes universitarios y el de pacientes al cuestionario MBSRQ revisado

Factores	Estudiantes		Pacientes		Diferencia	t(128)
	Media	DT	Media	DT		
ISC	2,044	0,148	3,302	0,361	-1,258	-36,870**
COMF	3,351	0,237	3,201	0,934	-0,150	1,785
AFA	3,593	0,362	2,913	0,557	-0,680	11,696**
CAF	4,311	0,238	3,655	0,642	-0,656	10,968**

** $p<0,001$ bilateral

Tabla 6. Significación estadística de las diferencias entre las puntuaciones pre- y post-operatorias al cuestionario MBSRQ revisado

FACTORES	PRE-OPERATORIO		POST-OPERATORIO		DIFERENCIA	T(128)
	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
ISC	3,307	0,364	3,285	0,356	0,021	0,282
COMF	3,169	0,927	3,310	0,966	-0,141	-0,715
AFA	2,941	0,957	3,655	0,639	-0,714	-3,780**
CAF	3,687	0,652	3,545	0,604	0,142	1,052

** $p < 0,001$ bilateral

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); 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 ya se ha comentado en la sección de resultados, la evaluación del peso corporal por separado (tal como aparece en el cuestionario original) no resultó cumplir los criterios de calidad psicométrica exigibles en la versión española.

En cuanto a los criterios de calidad de las propiedades psicométricas de la versión española del MBSRQ presentada en este trabajo, son los siguientes —sintetizados a partir de los resultados ya expuestos:

Fiabilidad global (consistencia interna)=0,884.

Fiabilidad del factor ISC=0,940.

Fiabilidad del factor COMF=0,807.

Fiabilidad del factor CAF=0,709.

Fiabilidad del factor AFA=0,842.

Validez predictiva (diferencias estudiantes-pacientes)=Diferencias estadísticamente significativas en todos los factores excepto en el COMF.

Validez predictiva (diferencias pre-post cirugía estética)=Diferencias estadísticamente significativas en el factor AFA.

Por lo que se refiere a estos dos últimos resultados (la validez predictiva de la versión española del MBSRQ en cuanto a la comparación estudiantes-pacientes y pre-post cirugía estética), nuestros datos son coherentes con lo que cabía esperar. Concretamente, los estudiantes sin problemas conocidos de imagen corporal (a) otorgan significativamente menos importancia subjetiva a la

corporalidad que los pacientes que solicitan ser sometidos a cirugía estética; (b) consideran su atractivo físico autoevaluado significativamente mayor que los pacientes; y (c) cuidan su aspecto físico significativamente más que ellos. Sin embargo, no hay diferencias entre ambos grupos por lo que respecta a las conductas orientadas a mantener la forma física. Este patrón es comprensible si se tiene en cuenta lo siguiente:

(a) Haber experimentado durante años una preocupación intensa y egodistónica respecto a algún rasgo o área corporal (como es el caso por definición de los pacientes que solicitan una corrección quirúrgica de dicho rasgo) lleva a atribuir más importancia a la corporalidad que no haberlo experimentado. Por ejemplo, los mecanismos de percepción selectiva han demostrado funcionar de manera que cuando una persona se siente avergonzada y/o incómoda con un rasgo de su físico (por ejemplo, si considera que su nariz es desproporcionadamente grande) tiende a sobrevalorar sistemáticamente la importancia de ese rasgo en el contexto del resto de su cuerpo. Es más, tiende a creer que todos los demás se fijan casi exclusivamente en su nariz (Cash & Pruzinsky, 1990).

(b) También por definición alguien que se somete a cirugía estética no tiene un concepto tan elevado de su atractivo físico como alguien que no (al menos por término medio).

(c) La baja autoestima debida a la insatisfacción respecto a la imagen corporal y el atractivo físico de los pacientes candidatos a cirugía estética es fácil que derive en conductas de poco cuidado de dicha imagen. Por ejemplo, una mujer que considera que sus senos son anormalmente pequeños puede desarrollar toda una serie de conductas de evitación a situaciones tales como mostrarse en bañador, vestir ropa escotada o ajustada, salir a la calle si no es con un tipo de atuendo que disimule su supuesto "defecto", cualquier situación que implique desnudez total o parcial (relaciones sexuales, duchas y vestuarios públicos, compra de lencería, etc.), e incluso experimentar toda una serie de dificultades en las relaciones sociales. Este conjunto de conductas de evitación casi fóbicas es muy comprensible que la lleven a descuidar significativamente su aspecto físico no sólo

por lo que respecta a sus senos, sino por extensión y generalización al resto de su cuerpo.

En cuanto a la falta de diferencias significativas entre ambos grupos por lo que respecta a las conductas orientadas a mantener la forma física, es explicable dado que los ítems que compone esta escala se centran literalmente en "forma física" entendida como ejercicio y deporte, no como cuidado estético, y en este sentido no hay ningún dato que permita hacer pensar que la insatisfacción con el atractivo físico que lleva a una persona a someterse a cirugía estética tenga relación con la ausencia de conductas orientadas a mantener la forma física. Por ejemplo, alguien podría experimentar un gran desagrado por sus arrugas faciales y querer someter a un *lifting*, y aun así ser un practicante habitual de un deporte de competición o asiduo a un gimnasio.

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, la versión española del MBSRQ evalúa y detecta las diferencias teóricamente esperables en todas las escalas relevantes y no en las que no lo son, comportándose como seña de esperar de un instrumento de sus características.

BIBLIOGRAFÍA

Botella, L., Graño, N., Gámiz, M. y Abey, M. (2008). La Presencia Ignorada del Cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 245-263.

Brown, T.A., Cash, T.F., & 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. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.

Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.

Cash, T.F, Winstead, B.W., & Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.

Castrillón, D., Luna, I., & Avendaño, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología* 10 (1), 15-23.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Phillips, K.A. (1998). Body dismorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.

Phillips, K., Hollander, E., Rasmussen, S., & Aronowitz, B. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22. Retrieved April 24, 2009, from PSYINFO database.

Raich, R.M. (2004) Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.

Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.

Raich, R.M, Torras-Clarosó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.

Rosen, J. C. & Reiter, J. T. (1995). Development of Body Dysmorphic Disorder Examination (DBDE). Documento no publicado. University of Vermont.

Rosen, J.C., Salzberg, J. T., Srebnik, D., & Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.

Shilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.

Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the esthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

Abstract: This study presents an adaptation and psychometric validation of the Spanish version of MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire). The questionnaire was administered to a sample of 261 participants: 131 university students without problems of body image and 130 patients of cosmetic surgery. The structure of the Spanish version of the MBSRQ maintains the psychometric quality criteria with respect to the original version, although it is reduced to four factors, instead of seven: (1) subjective importance of corporality (SIC); fitness oriented behavior (FOB); (3) self-assessed physical attractiveness (SPA); and (4) caring for one's external appearance (COEA). The Spanish version of the MBSRQ assesses the predictable differences in all the relevant scales and it does not in those not relevant.

ANEXO 1: VERSIÓN ESPAÑOLA ÍNTEGRA DEL MBSRQ

MBSRQ

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 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
___ 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto					
___ 2. Procuro comprar ropa que me haga mejorar mi aspecto					
___ 3. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física					
___ 4. Para mí es importante tener mucha fuerza					
___ 5. Mi cuerpo es sexualmente atractivo					
___ 6. No hago ejercicio regularmente					
___ 7. Controlo mi salud					
___ 8. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física					
___ 9. He adoptado deliberadamente un estilo de vida saludable					
___ 10. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a					
___ 11. Me gusta mi aspecto tal y como es					
___ 12. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo					
___ 13. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme					
___ 14. Tengo una buena capacidad de resistencia física					
___ 15. Participar en deportes no es importante para mí					
___ 16. No hago cosas que me mantengan en forma					
___ 17. Tengo alibidos inesperados de salud					
___ 18. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí					
___ 19. No hago nada que pueda ser dañino para mi salud					
___ 20. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños					
___ 21. Casi todo el mundo me considera guapo/a					
___ 22. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno					
___ 23. Uso pocos productos de belleza					
___ 24. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas					
___ 25. Estar en forma no es una prioridad en mi vida					
___ 26. Hago cosas que aumenten mi fuerza física					
___ 27. Raramente estoy enfermo					
___ 28. Doy por supuesto que estoy sano (no me preocupo innecesariamente)					
___ 29. A menudo leo libros y revistas de salud					
___ 30. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa					
___ 31. Soy muy consciente de si no voy bien arreglado/a					
___ 32. Me pongo lo que tengo a mano sin fijarme en como me sienta					
___ 33. No soy bueno en deportes o juegos					
___ 34. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas					
___ 35. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física					
___ 36. De un día a otro no sé como se sentirá mi cuerpo					
___ 37. Si me encuentro mal, no presto mucha atención a los síntomas					
___ 38. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada					
___ 39. Me gusta como me sienta la ropa					
___ 40. No me importa lo que piense la gente de mi apariencia					
___ 41. Presto especial atención al cuidado de mi pelo					
___ 42. No me gusta mi físico					
___ 43. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas					
___ 44. Trato de estar físicamente activo					
___ 45. A menudo me siento vulnerable a la enfermedad					
___ 46. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo					
___ 47. Si me encuentro mal por un resfriado o gripe, lo ignoro y trato de seguir igual					
___ 48. No soy físicamente atractivo/a					
___ 49. Nunca pienso en mi aspecto					
___ 50. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico					
___ 51. Me muevo de forma armónica y coordinada					
___ 52. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente					
___ 53. Hago deporte regularmente a lo largo del año					
___ 54. Soy una persona físicamente sana					
___ 55. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud					
___ 56. Al primer signo de enfermedad voy al médico					
___ 57. Estoy a dieta para perder peso					

A continuación marque el número con el que esté más de acuerdo

58. He tratado de perder peso con ayuno o con "dietas milagro"

1. Nunca
2. Raramente
3. A veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

59. Pienso que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

60. Al mirarme, la mayor parte de la gente piensa que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

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

- ___ 61. Cara
- ___ 62. Pelo
- ___ 63. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- ___ 64. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- ___ 65. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- ___ 66. Tono muscular
- ___ 67. Peso
- ___ 68. Altura
- ___ 69. Aspecto general

ANEXO 2: VERSIÓN ESPAÑOLA VALIDADA DEL MBSRQ REDUCIDO Y ADAPTADO MBSRQ® CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (VERSIÓN ESPAÑOLA)

Ribas, Botella 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 Totalmente en desacuerdo	2 Bastante en desacuerdo	3 Indiferente	4 Bastante de acuerdo	5 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 mí 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 preocupo 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					

IMAGEN CORPORAL Y PSICOTERAPIA

Luis Botella García del Cid

FPCEE/SAAP Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona

Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz

Antiaging Group Barcelona. Clínica Tres Torres.

This paper presents the results of a study that identifies the psychological profile of patients requesting cosmetic surgery as well as the likely implications for psychotherapeutic treatment with such patients.

Key words: cosmetic surgery, psychotherapeutic treatment, psychological profile

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 & 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 Münchausen*, 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 reciben 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 autoconcepto es especialmente relevante: la influencia de los aspectos físicos de la construcción personal del *self* sobre el autoconcepto 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 agradadas 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 de nuestros estudios sobre correlatos percibidos de la imagen corporal femenina (en este caso del peso) avalan este proceso de estereotipificación social a partir del físico (Botella, Velázquez y Gómez, 2006). En uno de nuestros estudios solicitamos a 41 participantes (adolescentes y adultos de ambos sexos) que cumplimentasen una *Rejilla de Constructos Personales* a partir de la comparación sistemática de nueve fotografías de modelos femeninas que variaban en cuanto a su peso desde las claramente inferiores a lo normal, pasando por las que mostraban un peso ideal y llegando a las que tenían cierto sobrepeso –aunque ni mucho menos obesidad mórbida.

Nuestros resultados indicaron que, independientemente del sexo y la edad de los sujetos de la muestra, todos ellos fueron capaces de atribuir características psicosociales y de identidad (tales como el grado de realización personal, profesionalidad o dinamismo) a las modelos cuyas fotografías se utilizaron como elementos de la *Rejilla* en base exclusivamente a su peso corporal. A las modelos que fueron calificadas de “gordas” se les atribuyeron en términos genéricos características de poca realización personal, poca dedicación a la imagen, alta sociabilidad, control bajo, poco dinamismo, formalidad elevada, poca profesionalidad, poca dedicación al cuerpo, alta artificiosidad, poco atractivo, y (en menor medida) elevada sinceridad, poca madurez y poca popularidad. De alguna forma, nos encontramos ante el discurso de “las mujeres gordas como fracasadas y

dejadas pero simpáticas”, frente al de “las mujeres delgadas o normales como exitosas y atractivas pero menos simpáticas y sociables” –véase Botella, Velázquez y Gómez (2006) para una discusión detallada del estudio.

En un segundo estudio (Botella, Grañó, Gámiz y Abey, 2008) diseñado para analizar el efecto en dirección opuesta (es decir, la atribución de rasgos físicos en función de dimensiones narrativas autodescriptivas puramente “psicológicas”), solicitamos a 77 participantes (29 mujeres y 48 hombres de entre 19 y 45 años) que leyesen tres descripciones narrativas diferentes. Ninguna de ellas hacía referencia a ningún rasgo físico distintivo, y estaban redactadas de forma que ni siquiera era posible estar seguro del sexo de su autor o autora. En esencia, una presentaba la descripción de una persona segura de sí misma, satisfecha con su vida, con gustos sofisticados y socialmente exitosa. La segunda presentaba la descripción de una persona sencilla y natural que decía haber superado dificultades en la infancia hasta llegar a aceptarse tal como era ahora y a no sobrevalorar lo superficial. La tercera describía a alguien con un carácter sumamente firme y entregado sobre todo a la consecución del éxito profesional aún a costa de las relaciones personales.

Tras haber leído las tres narrativas solicitamos a los participantes que evaluaran su agrado hacia cada una de las personas que describían (interés psicológico) así como su posible deseo de conocerlas (atractivo psicológico). Les mostramos luego tres retratos –fotografías sólo del rostro– de tres mujeres jóvenes que variaban en su grado de atractivo físico: una de ellas mucho más atractiva que las otras dos. Les pedimos entonces que evaluaran el atractivo de cada una de las tres modelos que aparecían en los retratos (atractivo físico). Tras ello les dijimos que cada una de las narrativas que habían leído correspondía a una de las mujeres de los retratos (lo cual no era cierto, las narrativas habían sido redactadas por nosotros) y les solicitamos que especificasen qué narrativa correspondía a cada una según su opinión (atribución de rasgos físicos según características psicológicas). Por último, les pedimos que reevaluaran su agrado por cada una de las personas que describían las narrativas ahora que les habían atribuido un rostro (interés general) así como su posible deseo de conocerlas (atractivo general).

Por lo que respecta al interés psicológico, nuestros resultados indicaron que la mejor evaluada fue la segunda narrativa (la de la persona sencilla y natural) con una puntuación media de 3,13 y una desviación típica de 0,64 (en una escala Lickert de 0 a 4); además en este caso la evaluación hecha por las mujeres de la muestra era significativamente superior a la que hacían los hombres. Las siguientes narrativas en orden de preferencia fueron la primera (la de la persona sofisticada y exitosa) con una puntuación media de 2,66 y una desviación típica de 0,85 y finalmente la tercera (la de carácter firme y riguroso) con una puntuación media de 2,17 y una desviación típica de 0,98 –en estos dos casos no se constataron diferencias de género. Las diferencias de las medias de las tres evaluaciones fueron estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$).

En referencia al atractivo psicológico, la mejor evaluada fue la segunda narrativa (la de la persona sencilla y natural) con una puntuación media de 1,83 y una desviación típica de 0,38 (en la misma escala Lickert de 0 a 4); también en este caso la evaluación hecha por las mujeres de la muestra era significativamente superior a la que hacían los hombres. Las siguientes narrativas en orden de preferencia fueron la primera (la de la persona sofisticada y exitosa) con una puntuación media de 1,60 y una desviación típica de 0,59 y finalmente la tercera (la de carácter firme y riguroso) con una puntuación media de 1,23 y una desviación típica de 0,65 –en estos dos casos no se constataron diferencias de género. Las diferencias de las medias de las tres evaluaciones fueron estadísticamente muy significativas ($p < 0,001$). Además en los tres casos relación entre el interés manifestado por la persona descrita en la narrativa y la evaluación de su atractivo antes de atribuirle unos rasgos físicos determinados fue estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$).

Por otra parte, los participantes establecieron diferencias entre las tres mujeres que aparecían en las fotografías en cuanto a la evaluación de su atractivo pero sólo entre la fotografía de la mujer más atractiva (puntuación media de 3,22 y desviación típica de 0,85) y las otras dos (con una puntuación media de 1,49 y 1,43 y desviaciones típicas de 0,93 y 0,92 respectivamente). Este patrón no se vio afectado por la variable género. Lo interesante es que los participantes en el estudio atribuyeron mayoritariamente la narrativa de la persona sofisticada y exitosa a la foto de la mujer más atractiva de las tres. Las narrativas de la persona sencilla y natural y la de carácter firme y riguroso se atribuyeron a las dos menos atractivas también de forma mayoritaria, si bien en el patrón de atribución no fue tan unánime como en el primer caso.

Todos estos datos arrojan luz sobre la conexión intrínseca que se establece entre “lo físico” y “lo psicológico” en los procesos de construcción social del *self* y a los que hacemos referencia al mencionar la borrosidad de tal discriminación. De hecho, el proceso puede ser más complejo de lo que parece y no deberse a un simple estereotipo “irracional” o a una especie de esteticismo superficial, sino a una auténtica profecía de autocumplimiento.

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, y en línea con nuestras investigaciones anteriores, el objetivo del estudio que se presenta en este trabajo fue identificar diferentes “patrones” o “perfiles” psicológicos entre los usuarios de los servicios de una clínica de cirugía estética que solicitaban diferentes tipos de intervención quirúrgica. Nuestra hipótesis fue que tras la aparente diversidad individual de las demandas podía haber una cierta comunalidad interpersonal en lo tocante a la imagen corporal y a cómo esta lleva a desear modificar quirúrgicamente aspectos concretos de la corporalidad.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 130 pacientes que se sometieron a una operación de cirugía estética evaluados antes y, 30 de ellos, después de dicha operación. El grupo de pacientes estaba compuesto por 124 mujeres y 6 hombres 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.

Instrumentos

En este trabajo se aplicó la versión española del MBSRQ, que se considera el más completo y multidimensional dicho cuestionario (véase Botella, Ribas y Benito, en prensa).

La estructura de la versión española adaptada y validada por nosotros mantiene los criterios de calidad 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. La evaluación del peso corporal por separado (tal como aparece en el cuestionario original) no resultó cumplir los criterios de calidad psicométrica exigibles en la versión española.

En cuanto a los criterios de calidad de las propiedades psicométricas de la versión española del MBSRQ utilizada en este trabajo, 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.
- * Fiabilidad del factor AFA=0,842.
- * Validez predictiva (diferencias estudiantes-pacientes)=Diferencias estadísticamente significativas en todos los factores excepto en el COMF.

- * Validez predictiva (diferencias pre-post cirugía estética)=Diferencias estadísticamente significativas en el factor AFA.

Procedimiento

El cuestionario se administró por primera vez en el momento en que se evaluó la demanda quirúrgica de los pacientes y se volvió a administrar, tras haberse sometido a la operación de cirugía estética de la que se tratase, después del periodo necesario para que los efectos de la cirugía fuesen evidentes (entre 4 y 6 meses).

RESULTADOS

El análisis de los agrupamientos de los resultados de los pacientes en la combinación de los factores del MBSRQ reveló los siguientes patrones:

Perfil A (32% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una elevada importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación elevada de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil B (18% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una elevada importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación baja de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil C (18% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una reducida importancia subjetiva a la corporalidad y (2) combinación elevada de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

Perfil D (32% del total de la muestra): Compuesto por (1) atribución de una reducida importancia subjetiva de la corporalidad y (2) combinación baja de (a) conductas orientadas a mantener la forma física, (b) atractivo físico autoevaluado y (c) cuidado del aspecto físico.

EJEMPLOS DE CASO Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil A, se podría identificar también como "preocupado/a, satisfecho/a y cuidado/a". Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: "Me preocupa el físico, me gusta y me cuida". Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por encima de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Además de darle mayor importancia a estos aspectos, también lleva a cabo más conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su

aspecto por encima de la media y evalúa su atractivo físico también por encima de dicha media.

Es el caso, por ejemplo, de Angélica, una paciente de 55 años que solicitaba terapia porque, a pesar de su excelente aspecto físico, propio de alguien de 10 años menos, empezaba a acusar el paso del tiempo en pequeños detalles, algunos de los cuales corregía sistemáticamente mediante cirugía. Sin embargo, otros más subjetivos tales como “sentir que envejecía”, tal como ella comentaba, eran menos asequibles a una corrección puramente quirúrgica. Precisamente por la gran importancia que atribuía a su imagen corporal, que en su caso constituía un subsistema de constructos nucleares, la invalidación incipiente que anticipaba la hacía sentir presa de la ansiedad y el sentimiento de amenaza a su autoestima. Además, su reciente divorcio y el hecho de que se debiera a que su ex marido había iniciado una relación con su secretaria (20 años más joven que ella) contribuía marcadamente a su sensación de invalidación masiva e inminente.

La terapia con Angélica requirió un trabajo creativo de elaboración activa de la construcción personal de la paciente en aspectos más allá de lo exclusivamente corporal –aunque por supuesto sin ignorar ni invalidar dicho aspecto. Concretamente, Angélica redescubrió gracias a la terapia algunos talentos y competencias que había olvidado (o más bien dejado sin cultivar en su momento). Concretamente, Angélica tenía un talento musical destacable, y una pasión por el *jazz* al menos igual de destacable. De acuerdo con su terapeuta decidió reprender una de sus aficiones: tocar el bajo eléctrico. A consecuencia de su unión a un combo de aficionados que se había formado en la escuela de música a la que asistía empezó a ampliar sus horizontes y a redescubrir muchos aspectos de su vida y de sí misma que había olvidado –entre ellos su indudable atractivo, que se le volvió a hacer evidente una vez superado el golpe para su autoestima que representó el final de la historia de su matrimonio.

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil B, se podría identificar también como “preocupado/a, insatisfecho/a y descuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “Me preocupa el físico pero no me gusta y no me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por encima de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Sin embargo, a pesar de darle mayor importancia a estos aspectos, lleva a cabo menos conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por debajo de la media y evalúa su atractivo físico también por debajo de dicha media.

Este era el caso, por ejemplo, de Bernadette. A sus 59 años aparentaba bastantes más, y a pesar de haber sido una mujer sumamente atractiva hasta hacía

tan solo 6 ó 7 años, una espiral de circunstancias adversas la había llevado a engordar casi 20 kilos, descuidarse notablemente en su aspecto externo y envejecer considerablemente, hasta el punto de que algunas amistades de hacía años no la reconocían. Dada su preocupación por el aspecto físico, su dejadez no hacía más que acentuar los episodios existenciales que la habían llevado a esa misma dejadez, en una espiral que se retroalimentaba peligrosamente. El estado de ánimo de Bernadette era deprimido, ansioso y desesperanzado. En su caso la terapia comportó el trabajo simultáneo con la prescripción de actividades que la sacasen de esa espiral de autoinvalidación recursiva y con otras que le ayudasen a recuperar su autoestima en lo corporal y su estado de salud y de bienestar anterior –concretamente la paciente empezó un régimen bajo control médico y decidió renovar su vestuario así como su imagen externa en general (peinado, cosmética, complementos). Demostrando de nuevo la íntima conexión entre imagen corporal y bienestar psicológico, y para sorpresa de quien pueda considerar tales actividades como algo simplemente superficial, Bernadette obtuvo el empuje y la fuerza para salir de su estado deprimido precisamente de la inyección de optimismo y autoeficacia que le produjo el ser capaz de perder peso y verse más atractiva y cuidada al cambiar su imagen externa.

El tipo de paciente que hemos descrito como Perfil C, se podría identificar también como “despreocupado/a, satisfecho/a y cuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “No me preocupa el físico pero me gusta y me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por debajo de la media a la preocupación por su aspecto físico, las conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Sin embargo, a pesar de darle menor importancia a estos aspectos, lleva a cabo más conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por encima de la media y evalúa su atractivo físico también por encima de dicha media.

Este tipo de pacientes en psicoterapia no plantean especiales problemas desde el punto de vista de imagen corporal, dado que para ellos no suele constituir un aspecto nuclear de su identidad. Eso hace que sus demandas sean mucho más centradas en aspectos propiamente psicológicos o relacionales que corporales, y que su capacidad para reconstruir los aspectos de su imagen corporal que puedan haber sido invalidados por su experiencia sea considerable.

Finalmente, el tipo de paciente que hemos descrito como Perfil D, se podría identificar también como “despreocupado/a, insatisfecho/a y descuidado/a”. Su posición subjetiva básica respecto a su imagen corporal y el cuidado físico se resume en la frase que identifica sus puntuaciones al MBSRQ: “No me preocupa el físico, no me gusta y no me cuido”. Se trata de un tipo de paciente que atribuye una importancia por debajo de la media a la preocupación por su aspecto físico, las

conductas orientadas a mantener la forma física, la preocupación por el peso y las dietas, la preocupación por la salud y la enfermedad, y el atractivo autoevaluado de las diferentes áreas corporales. Además de darle menor importancia a estos aspectos, lleva a cabo menos conductas orientadas al mantenimiento de su forma física, cuida su aspecto por debajo de la media y evalúa su atractivo físico también por debajo de dicha media.

En los casos en que este tipo de pacientes plantea una demanda psicoterapéutica resulta interesante analizar hasta qué punto su supuesta despreocupación responde a una posición existencial asumida o a una defensa contra la invalidación social debida a algún aspecto de su imagen corporal. Este era el caso, por ejemplo, de Dunia, una estudiante de bellas artes de 35 años que consultaba por problemas de ansiedad y depresión. Su aspecto externo era francamente descuidado y anticonvencional, hasta el punto de llamar la atención, pero según ella eso no le importaba. Sin embargo, durante la terapia se hizo evidente que esa imagen externa le dificultaba el acceso a determinadas relaciones que le interesaban, así como que centraba la atención de los demás en ella hasta al punto de hacerla sentir incómoda. Dunia de definía como muy tímida, y eso chocaba con la situación en la que se encontraba muy a menudo siendo el centro de atención. Una vez aclarado el dilema implicativo de Dunia que comportaba la paradoja de que para querer pasar desapercibida tuviese que llamar la atención se pudo avanzar significativamente en esta dirección con ella en terapia.

En resumen, los argumentos principales de este artículo radican en la necesidad de considerar los aspectos vinculados a la corporalidad de los pacientes en psicoterapia como algo más que puramente estéticos y de incluirlos como parte del tratamiento psicoterapéutico siempre que se considere conveniente. En la sociedad en que vivimos la imagen corporal ha llegado a ocupar un papel lo bastante preponderante como para que los problemas asociados a ella comporten un nivel significativo de sufrimiento psicológico. La identificación de perfiles o sistemas de constructos de pacientes con alteraciones de la imagen corporal pueden ayudar a orientar el tratamiento más adecuado, si bien por supuesto no se puede ignorar la naturaleza fuertemente subjetiva e individual de cada uno de estos problemas en cada uno de nuestros pacientes.

Este artículo presenta los resultados de un estudio llevado a cabo para identificar los perfiles psicológicos básicos de los pacientes que solicitan cirugía estética, así como sus posibles implicaciones para el trabajo psicoterapéutico con tales pacientes.

Palabras clave: Cirugía estética, psicoterapia, perfiles psicológicos, perfiles psicológicos

Referencias bibliogràficas

- BOTELLA, L., GRANÓ, N., GÁMIZ, M. y ABEY, M. (2008). La Presencia Ignorada del Cuerpo: Corporalidad y (re)construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 245-263.
- BOTELLA, L., RIBAS, E., y BENITO, J. (en prensa). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la Versión Española del *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- BOTELLA, L., VELÁZQUEZ, P., y GÓMEZ, A.M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina: La construcción personal y social del peso corporal. En L. Botella (Comp.) *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé.
- CASH, T.F., & PRUZINSKY, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- SHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.

Apuntes de Psicología
2010, Vol. 28, número 3, págs. 457-472.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental,
Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba,
Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla

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/ Cister 24-34. Barcelona. *Correo electrónico:* lluisbg@blanquerna.url.edu

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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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 "apomnofilia" (el deseo obsesivo de que se ampute una parte del propio cuerpo, normalmente una pierna, asociado a conductas parafilias 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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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%

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito *Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja*

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,

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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 (*apariciencia, 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-

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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).

<i>Factor</i>	<i>Media Pre</i>	<i>Media Post</i>	<i>Diferencia</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
<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	$p=0,89$

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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.

E. Ribas, L. Botella y J. Benito *Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones 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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

en su autoestima. Los datos de estudios sobre autoimagen e imagen corporal comentados en la introducción de estetrabajo 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 autopercibida. 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 afirman 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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito *Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja*

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 descentrándolo 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.
- Shilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Londres: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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 preocupo 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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

	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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

	39. Al primer signo de enfermedad voy al médico
<p>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</p> <p>1: Muy insatisfecho/a</p> <p>2: Bastante insatisfecho/a</p> <p>3: Punto medio</p> <p>4: Bastante satisfecho/a</p> <p>5: Muy satisfecho/a</p>	
	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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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 ayudarle 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

E. Ribas, L. Botella y J. Benito Tratamientos estéticos, imagen corporal, autoestima y relaciones de pareja

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?

3^a Part
Resum dels Resultats

En aquest apartat es resumeixen els resultats dels estudis que s'inclouen en aquesta tesi per compendi de publicacions seguint l'ordre dels articles. Es tracta d'una síntesi dels resultats de cada estudi, tenint en compte que es troben detallats en els articles en sí mateixos – per a més informació sobre les dades concretes que apareixen en els resultats, així com taules i figures, veure els articles originals.

3.1. Predictors del Resultat i Procés Terapèutic

Aquest article presentà un estudi intensiu, combinant mètodes estadístics diversos, del resultat i el procés dels tractaments psicoterapèutics duts a terme en el Servei d'Assessorament i Assistència Psicològica Blanquerna, i analitzà les relacions entre resultat (millora) i procés (aliança terapèutica). Més concretament (a) el procés terapèutic en termes de la relació entre aliança terapèutica i resultat de la psicoteràpia; i (b) els efectes de les ruptures de l'aliança terapèutica i l'empitjorament simptomàtic sobre el resultat i el procés de la teràpia. Els clients inclosos en aquest estudi foren 239 i els instruments varen ser el Qüestionari d'Avaluació de Resultats CORE Outcome Measure i la versió reduïda del WAI (*Working Alliance Inventory*) per a l'avaluació del procés pel que fa a l'Aliança Terapèutica.

Gravetat de la demanda inicial:

- Els nivells de gravetat simptomàtica dels 235 pacients inclosos en aquest estudi foren equivalents als d'altres estudis de validació del CORE-OM en totes les dimensions de l'instrument excepte en *benestar subjectiu*.

Resultat general de la intervenció psicoterapèutica:

- L'anàlisi estadístic mitjançant la prova *t* revelà que la reducció simptomàtica produïda per la psicoteràpia va ser altament significativa ($p < 0,001$ bilateral) en totes les escales avaluades.

Manteniment dels beneficis de la psicoteràpia:

- L'anàlisi dels 165 casos finalitzats pels que disposàvem de dades de seguiment a sis i dotze mesos confirma que l'efecte de la teràpia es va mantenir: la mitjana de la puntuació en el qüestionari de símptomes a

l'acabar la teràpia va ser de $M=0,75$; als sis mesos d'acabar la teràpia era de $M=0,72$ i als dotze mesos era de $M=0,71$.

L'aliança terapèutica com a predictora del resultat de la teràpia:

- La correlació entre aliança i símptomes sessió per sessió va ser estadísticament significativa en totes les sessions per les que disposàvem de dades des de la 3^a a la 36^a.

La magnitud de la millora simptomàtica pels 239 clients inclosos en aquest estudi revelà la següent tipologia del curs dels casos:

- Casos finalitzats (69,04% del total de la mostra; $n=165$): Clients que acabaren la teràpia amb el coneixement i acord del terapeuta i la seva millora simptomàtica promig va ser de 0,82.
- Abandonaments (10,04% del total de la mostra; $n=24$): Clients que acabaren la teràpia prematurament sense el coneixement o acord del terapeuta i la seva millora simptomàtica promig va ser de -0,07.
- Altres tipologies (20,91% del total de la mostra; $n=50$): Casos en els que la teràpia estava encara en procés en el moment d'analitzar les dades d'aquest estudi, clients que formulaven consultes específiques que no requerien un procés terapèutic periòdic, i/o clients que varen ser derivats a un altre servei.

Predictors d'abandonament prematur de la teràpia:

- Pel que fa a la *gravetat de la demanda inicial*, no hi havia diferències estadísticament significatives entre el grup d'abandonament ($M=1,53$; $SD=0,54$) i el de final amb èxit ($M=1,58$; $SD=0,68$).
- Pel que respecta a l'aliança terapèutica, no obstant, el contrast estadístic mitjançant la prova *t* de la significació de la diferència de les mitjanes de la força de l'aliança terapèutica avaluada mitjançant el *Working Alliance Inventory* demostrà que aquesta era significativament inferior ($p<0,05$ bilateral) en els casos d'abandonament de la teràpia que en els d'èxit—ja des de la primera sessió i al llarg de cada una de les tres primeres:

Abandonaments, 1^a Sessió: $M=59,90$; $SD=7,39$

Finalitzats, 1^a Sessió: $M=64,81$; $SD=8,54$

Abandonaments, 2^a Sessió: $M=61,60$; $SD=6,85$

Finalitzats, 2^a Sessió: $M=66,91$; $SD=8,03$

Abandonaments, 3^a Sessió: $M=60,50$; $SD=5,68$

Finalitzats, 3^a Sessió: $M=68,70$; $SD=8,39$

- De fet, la diferència s'anava incrementant en cada una de les tres primeres sessions, de manera que la força de l'aliança terapèutica en el grup d'abandonaments s'allunyava cada cop més de la força de l'aliança del grup de teràpies finalitzades amb èxit.

Les ruptures de l'aliança i les recaigudes simptomàtiques com a predictors de dificultats en el procés terapèutic.

- En els casos de més llarga durada (a partir aproximadament de les sessions 12^a-16^a en el cas de l'estat simptomàtic i 20^a-24^a en el cas de l'aliança terapèutica) es produïen (a) empitjoraments simptomàtics temporals i (b) debilitaments temporals de l'aliança terapèutica.
- En 99 de 181 casos no s'havia produït empitjorament simptomàtic temporal i en 82, sí.
- En 97 de 181 casos s'havia produït debilitament temporal de l'aliança terapèutica i en 84, no.
- Dels 181 casos finalitzats, 60 presentaven tant empitjorament simptomàtic temporal com debilitament temporal de l'aliança terapèutica, 22 només empitjorament simptomàtic temporal, 24 només debilitament temporal de l'aliança terapèutica i en 75 d'ells no es produïa ni una cosa ni l'altra.
- En els casos que s'havia produït debilitament de l'aliança, el contrast estadístic mitjançant la prova t va revelar que la mitjana de la puntuació de l'inventari d'aliança terapèutica després de la primera sessió de teràpia (M=65,98) era significativament superior ($p < 0,05$ bilateral) a la d'aquells que no s'havia produït (M=63,09). De fet, en tals casos la mitjana de l'aliança era significativament superior ($p < 0,05$ bilateral) a la de tots els casos en general (M=63,87).
- En els casos que s'havia produït empitjorament simptomàtic temporal, si bé la mitjana de la puntuació en el qüestionari simptomàtic CORE-OM inicial no diferia significativament de la d'aquells que no s'havia produït, sí es produïen diferències estadísticament significatives comprovades mitjançant la prova t ($p < 0,05$ bilateral) en la subescala problemes d'aquest qüestionari. Concretament, la mitjana del grup que s'havia produït empitjorament simptomàtic temporal en aquesta escala del qüestionari CORE-OM (M=1,95) era significativament inferior a la d'aquells que no s'havia produït (M=2,24).

- Una ANOVA multivariada va revelar que l'efecte d'increment del nombre de sessions necessari per a portar a terme el procés terapèutic provocat pel debilitament temporal de l'aliança terapèutica va ser molt significatiu ($p < 0,001$ bilateral) i el de disminució de la millora simptomàtica pre-post va ser significatiu ($p < 0,05$ bilateral), si bé els seus efectes sobre l'aliança terapèutica promig van ser trivials.
- Pel que fa a l'empitjorament simptomàtic temporal, l'efecte d'increment del nombre de sessions necessari per a dur a terme el procés terapèutic que va provocar també va ser molt significatiu ($p < 0,001$ bilateral) i el de disminució de la millora simptomàtica pre-post va anar també en aquest cas molt significatiu ($p < 0,001$ bilateral), sent els seus efectes sobre l'aliança terapèutica promig trivials.
- Pel que fa a la interacció entre els dos factors, el seu efecte sobre l'increment del nombre de sessions necessari per a dur a terme el procés terapèutic va ser molt significatiu ($p < 0,001$ bilateral). Aquest punt porta a pensar que ambdós factors poden no estar actuant independentment, sinó que la interacció d'ambdós és especialment problemàtica pel que fa als seus efectes sobre el procés i el resultat terapèutic.

3.2.

Adaptació i Validació Psicomètrica de la Versió Espanyola del MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*)

En aquest estudi es va dur a terme l'adaptació i validació psicomètrica de la versió espanyola del MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*). El qüestionari es va administrar a una mostra de 261 participants: 131 universitaris sense problemes d'imatge corporal i 130 pacients de cirurgia estàtica. L'estructura de la versió espanyola manté els criteris de qualitat psicomètrica respecte a l'original, però es redueix a quatre factors, i no set: (1) importància subjectiva de la corporalitat (ISC); conductes orientades a mantenir la forma física (COMF); (3) atractiu físic autoavaluat (AFA); i (4) cura de l'aspecte físic (CAF). La versió espanyola del MBSRQ avalua les diferències predictibles en totes les escales rellevants i no en les que no ho són. Anàlisi factorial del qüestionari:

- Els ítems es van agrupar en 4 factors. El Factor 1 explicava un 24,807% de la variància, el Factor 2 un 10,325%, el Factor 3 un 5,093% i el Factor 4 un 3,235%. Entre tots explicaven un total del 43,460% de la variància de les dades—la resta de la variància es distribuïa entre 13 factors més cap dels quals superava el 3% de la variància explicada ni estava compostat per més de 3 ítems.
- En resum, semblava que les nostres dades donaven una imatge d'un qüestionari que discriminava clarament un factor general d'importància subjectiva de la corporalitat (compostat per 30 ítems que expliquen un 24,807% de la variància) i tres factors específics: un de conductes orientades a mantenir la forma física (compostat per 7 ítems que expliquen un 10,325% de la variància restant); un d'atractiu físic autoavaluat (compostat per 4 ítems que expliquen un 5,093% de la variància restant) i altre de cura de l'aspecte físic (compostat per 5 ítems que expliquen un 3,235% de la variància restant).

- La comparació entre els nostres resultats i els de Brown, Cash i Mikulka (1990) donaven una imatge encara més clara d'aquesta estructura. El primer factor en el nostre estudi es composà d'una combinació d'ítems de totes les subescales de Brown, Cash i Mikulka (1990): 6 ítems de la subescala de satisfacció amb les àrees corporals; 6 de la d'orientació cap a la forma física; 5 de la subescala d'orientació cap a l'aparença física; 5 de la subescala d'orientació cap a la salut; 3 de la subescala d'orientació cap a l'evitació de la malaltia; 2 de la subescala d'avaluació de l'aparença; i 1 de les subescales de preocupació per la sobrecàrrega, avaluació de la forma física i avaluació del pes. Aquesta combinació reforçà encara més la conclusió que es tractà d'un factor genèric d'importància subjectiva de la corporalitat.
- El segon factor en el nostre estudi es composà d'ítems, els quals tots pertanyien a les subescales d'avaluació de la forma física i/o orientació cap a la forma física de la versió original del qüestionari analitzada per Brown, Cash i Mikulka (1990). Aquest resultat reforçà també la conclusió que es tractava d'un factor específic relacionat amb l'avaluació de les conductes orientades a mantenir la forma física.
- El tercer factor en el nostre estudi es composà d'ítems, els quals tots pertanyien a la subescala d'avaluació de l'aparença física de la versió original del qüestionari analitzada per Brown, Cash i Mikulka (1990). Aquest resultat reforçà també la conclusió que es tractava d'un factor específic relacionat amb l'avaluació de l'atractiu físic autoavaluat.
- El quart factor en el nostre estudi es composà de 3 ítems que pertanyien a la subescala d'orientació cap a l'aparença física i 1 pertanyent a la subescala de preocupació per la sobrecàrrega i avaluació de la forma física respectivament. Aquest resultat reforçava també la conclusió que es tracta d'un factor específic relacionat amb l'avaluació de la preocupació per l'aspecte físic (encara que no només com aparença o atractiu, sinó també pel que fa a sobrecàrrega i forma física).
- La resta d'ítems que no apareixien de forma significativa en l'estructura factorial del nostre anàlisi, es repartien entre totes les escales de la versió original del qüestionari analitzada per Brown, Cash i Mikulka (1990), amb la qual cosa suprimir-los per a depurar l'estructura factorial del qüestionari no comportà eliminar cap d'elles excepte una: els dos ítems de l'escala "autoclassificació del pes" del qüestionari original

(ítems 59 i 60) no apareixien de forma significativa en cap dels nostres factors principals. No obstant això, la qüestió del pes apareixia repartida entre el nostre primer factor general i el nostre factor específic de cura de l'aspecte físic.

Fiabilitat

- La fiabilitat de la versió del qüestionari una vegada depurada la seva estructura factorial es va mesurar a través de la consistència interna utilitzant l'índex Alfa de Cronbach. La consistència interna va ser alta: Alfa=0,886.
- El factor ISC va obtenir un índex Alfa de Cronbach de 0,940. El factor COMF va obtenir un índex Alfa de Cronbach de 0,807. El factor CAF va obtenir un índex Alfa de Cronbach de 0,709. L'índex Alfa de Cronbach del factor AFA (una vegada eliminat un ítem problemàtic) va ascendir a 0,842.

Validesa Predictiva: Diferències entre Estudiants i Pacients

- La comparació de la significació de les diferències en les mitjanes de les puntuacions d'ambdós grups del qüestionari revisat i depurat en la seva estructura factorial mitjançant la prova *t de Student* va revelar que en l'únic factor que no es donaven diferències significatives entre ambdós grups va ser en el de Conductes Orientades a Mantenir la Forma Física. En els altres tres, les diferències entre ambdós grups sí eren estadísticament significatives.

Validesa Predictiva: Efectes Pre-Post de la Cirurgia Estètica

- La comparació de la significació de les diferències en les mitjanes de les puntuacions *pre* i *post* operatòries del qüestionari revisat i depurat en la seva estructura factorial mitjançant la prova *t de Student* revelà que en l'únic factor que es donaven canvis significatius *pre-post* ($F=13,304$; $p<0,001$) va ser en el d'Atractiu Físic Autoavaluat. En els altres tres la cirurgia no va produir canvis significatius.

3.3.

Implicacions Psicoterapèutiques dels Perfils Psicològics Bàsics en Cirurgia Estètica

Aquest article presenta els resultats d'un estudi dut a terme per a identificar els perfils psicològics bàsics dels pacients que sol·liciten cirurgia estètica, així com les seves possibles implicacions per al treball psicoterapèutic amb aquests pacients.

L'anàlisi dels agrupaments dels resultats dels pacients en la combinació dels factors del MBSRQ va revelar els següents perfils:

- Perfil A (32% del total de la mostra): Comosat per (1) atribució d'una elevada importància subjectiva a la corporalitat i (2) combinació elevada de (a) conductes orientades a mantenir la forma física, (b) atractiu físic autoavaluat i (c) cura de l'aspecte físic.
- Perfil B (18% del total de la mostra): Comosat per (1) atribució d'una elevada importància subjectiva a la corporalitat i (2) combinació baixa de (a) conductes orientades a mantenir la forma física, (b) atractiu físic autoavaluat i (c) cura de l'aspecte físic.
- Perfil C (18% del total de la mostra): Comosat per (1) atribució d'una reduïda importància subjectiva a la corporalitat i (2) combinació elevada de (a) conductes orientades a mantenir la forma física, (b) atractiu físic autoavaluat i (c) cura de l'aspecte físic.
- Perfil D (32% del total de la mostra): Comosat per (1) atribució d'una reduïda importància subjectiva de la corporalitat i (2) combinació baixa de (a) conductes orientades a mantenir la forma física, (b) atractiu físic autoavaluat i (c) cura de l'aspecte físic.

3.4.

Cirurgia Estètica i Tractaments Estètics, Imatge Corporal, Autoestima i Relacions de Parella: Implicacions per a la Psicoteràpia

Aquest treball presenta dos estudis. El primer d'ells contrasta els efectes de la cirurgia estètica sobre la imatge corporal mitjançant un disseny pre-post en el qual la variable "imatge corporal" s'avaluà mitjançant la versió espanyola del MBSRQ. Es demostrà que, després de la intervenció, (a) es produïa un increment en la valoració subjectiva positiva de la imatge corporal; (b) els pacients eren més conscients dels aspectes rellevants del seu aspecte físic; (c) els pacients es centraven més en el manteniment de la seva forma física, (d) els pacients es sentien més atractius físicament i (e) el factor Cura de l'Aspecte Físic no es va veure afectat per la intervenció.

En referència als resultats de l'Estudi 2, es pot afirmar que les intervencions i tractaments realitzats a la mostra de participants en aquest estudi van contribuir a millorar la seva autoestima en la dimensió d'imatge corporal.

- La puntuació general del qüestionari MBSRQ augmentà significativament després de la intervenció (mitjana Pre-intervenció=3,24; mitjana Post-intervenció=3,47; $t=-5,81$; $p<0,001$).
- El factor Importància Subjectiva de la Corporalitat augmentà significativament després de la intervenció (mitjana de *ISCP*Pre=3,15; mitjana de *ISCP*Post=3,30; $t=-4,82$; $p<0,001$).
- El factor Conductes Orientades a Mantenir la Forma Física augmentà significativament després de la intervenció (mitjana de *COMF*Pre=3,04; mitjana de *COMF*Post=3,21; $t=-2,44$; $p<0,05$).
- El factor Atractiu Físic Autoavaluat augmentà significativament després de la intervenció (mitjana de *AFAP*Pre=3,12; mitjana de *AFAP*Post=3,63; $t=-6,83$; $p<0,001$).
- El factor Cura de l'Aspecte Físic no es va veure afectat per la intervenció (mitjana de *CAFP*Pre=3,72; mitjana de *CAFP*Post=3,73; $t=-0,14$).
- El 100% dels pacients que van contestar el qüestionari van referir que la intervenció els va fer sentir millor amb ells mateixos.

- Entre els pacients que no tenien parella estable abans de la intervenció (un 20,5% del total) el 45,5% considerà que l'operació podia ajudar-los a trobar parella, un 27,3% va creure que no i a la resta (27,3%) li era indiferent.
- El 91,2% dels quals tenia parella abans de l'operació, després seguia amb ella.
- Un 48,5% de les pacients referia que la seva relació de parella havia millorat i només un 3,6% deien que havia empitjorat després del tractament o intervenció.
- El 100% de participants que havien canviat de parella (un 19,4%) afirmaren que el canvi no estava relacionat amb l'operació; és a dir, que l'operació no els va fer decidir canviar de parella. Un 52,9% creia que l'operació podia ajudar-los a trobar una nova parella, mentre que el 35,3% considerava que no els ajudaria i la resta (11,8%) no sabia si els ajudaria o no.
- Els comentaris qualitius donaven suport als resultats ja comentats.

4^a Part
Discussió General

4.

Discussió General

La investigació sobre intervenció psicoterapèutica des d'un model teòric cognitiu-constructivista integrador, que constitueix la base en la qual es fonamenta aquesta tesi, va demostrar produir una reducció estadísticament significativa dels problemes i símptomes i de les conductes de risc dels pacients, així com una millora igual de significativa del seu benestar subjectiu i el seu funcionament psicosocial general que no es van esvaïr a l'acabar el tractament sinó que es van mantenir en el temps durant un període de sis i dotze mesos.

Les dades confirmen el resultat repetit i contrastat de la investigació en psicoteràpia en referència al paper fonamental de l'aliança terapèutica pel que fa al resultat de la teràpia (veure les revisions de Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 2000; Luborsky, Barber & Christoph, 1990). Tant en termes de millora general de la mitjana *pre-post* específica per a cadascuna de les sessions de psicoteràpia des de la 3^a fins a la 36^a les dades d'aquest estudi van demostrar que la correlació entre la força de l'aliança terapèutica i el nivell de millora simptomàtica dels clients de la mostra era significativa. De fet, la correlació que es desprèn en el nostre estudi coincideix perfectament amb les dades de Horvath (2005).

Pel que fa al 10% aproximat d'abandonaments (és a dir, clients que van acabar la teràpia prematurament sense el coneixement o acord del terapeuta), això comporta la provisió d'un servei incomplet a clients que no obtenen tot el benefici potencial que podrien obtenir altres que sí acabessin el tractament amb èxit. Per això resultava rellevant indagar possibles factors de risc que permetessin prevenir l'abandó a partir, o bé, de la informació de la sessió de contacte inicial, o bé, de les primeres sessions de teràpia. En aquest sentit, i com era d'esperar tenint en compte la investigació referent a això (veure, per exemple; Lingardi, Filippucci & Baiocco, 2005; Mohl, Martinez, Ticknor, Huang & Cordell, 1991; Tryon & Kane, 1995), la menor força de l'aliança terapèutica en les tres primeres sessions de psicoteràpia va demostrar ser un factor de risc per a l'abandonament del tractament superior a la pròpia gravetat de la demanda inicial. Aquesta última, de fet, no diferenciava els grups d'abandonament dels de final exitós.

En un sentit negatiu la correlació altament significativa entre debilitament temporal de l'aliança terapèutica i empitjorament simptomàtic temporal va fer encara més evident la connexió entre aliança i resultat terapèutic. La majoria de variables del client considerades per sí soles no van permetre predir les dificultats en el curs de l'aliança terapèutica ni les recaigudes durant el tractament. Aquests accidents del procés terapèutic tampoc depenien exclusivament del terapeuta que dugués el cas.

No obstant això, tenint en compte el que s'ha esmentat, l'avaluació exageradament alta de l'aliança terapèutica després de la primera sessió sí diferenciava els casos que s'havia produït algun debilitament temporal d'aquesta dels que no. Certament aquest resultat pot tenir bastant d'esperable si es considera que la forma de operacionalitzar aquesta variable va ser definir-la com "situacions en les quals la puntuació d'algun qüestionari d'aliança terapèutica WAI en una sessió n+1 era inferior a la de la sessió n". En aquest sentit, si la puntuació de l'aliança terapèutica després de la primera sessió és exageradament alta, la probabilitat que disminueixi és molt major que si no ho és.

Amb tot, aquest resultat no deixa de tenir interès psicològic, doncs el mateix raonament matemàtic pot tenir una lectura interpersonal. Efectivament, si el client avalua de forma exageradament alta el vincle amb el seu terapeuta i la capacitat d'ajuda d'aquest després de tant sols una sessió, és natural que es decebi en algun moment del procés terapèutic davant qualsevol imponderable que es produeixi en el curs de la teràpia. Aquesta situació podria fer especialment difícil la relació en el moment d'entrar en la segona fase del procés (veure Safran & Muran, 2000), la de crisi davant les intervencions més confrontatives del terapeuta en una fase més avançada de la teràpia.

El que s'ha dit en quant als accidents en l'aliança terapèutica s'aplica també als empitjoraments simptomàtics temporals. Els casos en els quals s'havien produït presentaven un perfil de demandes menys greus en la subescala problemes que els altres. També igual que en el cas dels debilitaments de l'aliança, aquest resultat pot ser esperable matemàticament si es té en compte la definició operacional d'empitjorament simptomàtic temporal. No obstant això, i també de forma paral·lela al que comentàvem respecte a l'aliança, en aquest cas el resultat revesteix un interès psicològic centrat en la possibilitat que els casos amb menor gravetat simptomàtica siguin els que més risc comporten d'experimentar retrocessos en el seu procés de

millora simptomàtica justament perquè la seva demanda pot no estar centrada directament en un alleugeriment dels seus símptomes.

Pel que fa als casos que es van produir debilitaments de l'aliança terapèutica o empitjoraments simptomàtics, però que no van redundar en abandonaments de la teràpia, les nostres dades indiquen el següent. L'aliança terapèutica promig no es va veure afectada ni pel debilitament temporal de l'aliança terapèutica, ni per l'empitjorament simptomàtic, ni per la interacció entre ambdós, la qual cosa suggereix que els terapeutes de l'estudi van ser capaços de restaurar el vincle terapèutic tot i les incidències que aquest va experimentar i/o malgrat les recaigudes temporals del client.

No obstant això, els empitjoraments simptomàtics van tenir un efecte molt significatiu de disminució de la magnitud del canvi simptomàtic *pre-post* i els debilitaments de l'aliança terapèutica van tenir també un efecte significatiu en el mateix sentit de disminució de la magnitud del canvi simptomàtic *pre-post*, encara que no necessàriament quan l'empitjorament simptomàtic es va donar alhora que un debilitament de l'aliança terapèutica. Aquest resultat (combinat amb l'anterior) suggereix que, si bé el vincle terapèutic es pot restaurar en condicions adverses, tant les recaigudes temporals com les ruptures de l'aliança comporten una merma de la magnitud de canvi simptomàtic total al final de la teràpia.

Pel que fa al nombre de sessions necessàries per a dur a terme el procés terapèutic, tant l'efecte del debilitament de l'aliança terapèutica com el de l'empitjorament simptomàtic sobre el seu augment va ser molt significatiu, i especialment notable en els casos que es va donar interacció entre ambdós, és a dir, en els quals es va produir un empitjorament simptomàtic en el context d'un debilitament de l'aliança terapèutica.

Com a síntesi general, els nostres resultats interpretats en el seu conjunt indiquen en primer lloc que la intervenció terapèutica va ser eficaç, que els seus efectes es van mantenir en el temps i que la mostra de pacients responia a un perfil de gravetat considerable. Per altra banda, també indiquen que l'aliança terapèutica (com a indicador del procés terapèutic) i la millora simptomàtica (com a indicador del resultat de la psicoteràpia) mantenen una relació significativa entre ambdues. Aquesta relació es dona tant en un sentit positiu de facilitació mútua (a major força de l'aliança major nivell de millora simptomàtica) com negatiu (l'aliança feble en les primeres sessions condueix a l'abandó prematur de la teràpia i els episodis de debilitament de l'aliança

terapèutica durant el tractament disminueixen el nivell de millora simptomàtica final).

La principal implicació clínica d'aquest resultat és ressaltar la importància fonamental d'orientar la psicoteràpia a la creació d'una aliança terapèutica forta i segura com a condició perquè les tècniques i procediments aplicats en el seu curs tinguin efectes beneficiosos per al client. És més, la creació d'aquesta aliança forta i segura des de les primeres sessions sembla un requisit perquè la teràpia es dugui a terme atès que sinó augmenta la probabilitat de l'abandonament prematur del tractament. Les nostres dades es basen en l'avaluació del client, d'acord amb els estudis que indiquen que la valoració del client té més pes que la del terapeuta per a la predicció del resultat final de la psicoteràpia (Bachelor, 1991; Barber *et al.*, 1999; Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Henry & Strupp, 1994; Horvath & Symond, 1991; Lambert & Bergin, 1994). En aquest sentit, una segona implicació clínica de les dades és la d'aconsellar l'avaluació sistemàtica de la força de l'aliança entre terapeuta i client des del punt de vista d'aquest últim, que pot no sempre coincidir perfectament amb el del terapeuta.

Si bé ni els debilitaments temporals de l'aliança ni els empitjoraments simptomàtics aconseguen necessàriament disminuir la força mitjana de l'aliança terapèutica (atès que els terapeutes són capaços de restaurar-la), sí que disminueixen el nivell de millora simptomàtica global i allarguen el temps necessari per a aconseguir-la. L'efecte d'allargar la teràpia és especialment notable quan l'empitjorament temporal es dona en un cas que hi ha hagut també debilitament de l'aliança terapèutica—la qual cosa dona més força a l'argument de la connexió entre procés (aliança) i resultat (millora simptomàtica o, millor dit en aquest cas, temps necessari per a arribar aconseguir-la). De nou apareix com a implicació clínica la necessitat de prestar una especial atenció a la qualitat del vincle com possible predictor del resultat del tractament, i especialment de les seves vicissituds negatives.

Precisament per a ajustar la demanda del pacient a la pròpia relació terapèutica resulta clau la comprensió sistemàtica d'aquesta demanda. Tractant-se del vincle entre imatge corporal i psicoteràpia, l'anterior apunta a la rellevància d'avaluar la imatge corporal de forma rigorosa i contrastable. D'aquí l'interès de l'adaptació i validació psicomètrica de la versió espanyola del MBSRQ (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire*).

El constructe “imatge corporal” ha demostrat la seva utilitat en desenes d'estudis empírics així com la seva rellevància pel que fa a la seva relació amb diversos problemes d'àmbit clínic així com amb múltiples fenòmens psicosocials no necessàriament patològics.

Entre els diversos instruments proposats per a la seva mesura i avaluació, el MBSRQ es considera el més complet i multidimensional. En aquest treball s'ha presentat l'adaptació i validació psicomètrica de la versió espanyola d'aquest qüestionari.

L'estructura de la versió espanyola adaptada i validada manté els criteris de qualitat quant a les seves propietats psicomètriques respecte a la versió original, si bé difereix en alguns aspectes formals.

En primer lloc, en la versió espanyola emergeixen quatre factors, en lloc de set com en la versió original: (1) importància subjectiva de la corporalitat (ISC); conductes orientades a mantenir la forma física (COMF); (3) atractiu físic autoavaluat (AFA); i (4) cura de l'aspecte físic (CAF). A més, els ítems amb càrregues factorials significatives en aquests quatre factors configuren un qüestionari més breu que l'original. Així, si bé l'original es composava de 69 ítems, la versió espanyola es redueix a 45. Això fa a més que la versió espanyola consti només de dues parts diferenciades entre sí (no de tres com l'original); una referida a avaluació general de la imatge corporal i altra a l'avaluació del grau de satisfacció amb diverses àrees corporals per separat—tal com ja s'ha comentat, l'avaluació del pes corporal per separat (tal com apareix en el qüestionari original) no va resultar complir els criteris de qualitat psicomètrica exigibles en la versió espanyola.

Quant als criteris de qualitat de les propietats psicomètriques de la versió espanyola del MBSRQ presentada en aquest treball, són els següents—sintetitzats a partir dels resultats ja exposats:

- Fiabilitat global (consistència interna)=0,884.
- Fiabilitat del factor ISC=0,940.
- Fiabilitat del factor COMF=0,807.
- Fiabilitat del factor CAF=0,709.
- Fiabilitat del factor AFA=0,842.
- Validesa predictiva (diferències estudiants-pacients): Diferències estadísticament significatives en tots els factors excepte en el COMF.

- Validesa predictiva (diferències pre-post cirurgia estètica): Diferències estadísticament significatives en el factor AFA.

Pel que es refereix a aquests dos últims resultats (la validesa predictiva de la versió espanyola del MBSRQ quant a la comparació estudiants-pacients i *pre-post* cirurgia estètica), les nostres dades són coherents amb el que cabia esperar. Concretament, els estudiants sense problemes coneguts d'imatge corporal (a) atorguen significativament menys importància subjectiva a la corporalitat que els pacients que sol·liciten ser sotmesos a cirurgia estètica; (b) consideren el seu atractiu físic autoavaluat significativament major que els pacients; i (c) cuiden el seu aspecte físic significativament més que ells. No obstant això, no hi ha diferències entre ambdós grups pel que fa a les conductes orientades a mantenir la forma física. Aquest patró és comprensible si es té en compte el següent:

(a) Haver experimentat durant anys una preocupació intensa i egodistònica respecte a algun tret o àrea corporal (com és el cas per definició dels pacients que sol·liciten una intervenció quirúrgica per a modificar aquest tret) atribuir més importància a la corporalitat que no haver-la experimentat. Per exemple, els mecanismes de percepció selectiva han demostrat funcionar de manera que quan una persona se sent avergonyida i/o incòmoda amb un tret del seu físic (per exemple, si considera que el seu nas és desproporcionadament gran) tendeix a sobrevalorar sistemàticament la importància d'aquest tret en el context de la resta del seu cos. És més, tendeix a creure que tots els altres es fixen gairebé exclusivament en el seu nas (Cash & Pruzinsky, 1990).

(b) També per definició algú que se sotmet a cirurgia estètica no té un concepte tan elevat del seu atractiu físic com algú que no (almenys de mitjana).

(c) La baixa autoestima deguda a la insatisfacció respecte a la imatge corporal i l'atractiu físic dels pacients candidats a cirurgia estètica és fàcil que derivi en conductes de poca cura d'aquesta imatge. Per exemple, una dona que considera que el seu pit és anormalment petit pot desenvolupar tot un seguit de conductes d'evitació a situacions tals com mostrar-se en vestit de bany, vestir roba escotada o ajustada, sortir al carrer si no és amb un tipus de vestimenta que dissimuli el seu suposat "defecte", qualsevol situació que impliqui nuesa total o parcial (relacions sexuals, dutxes i vestuaris públics, compra de llenceria, etc.),

i fins i tot experimentar tot un seguit de dificultats en les relacions socials. Aquest conjunt de conductes d'evitació gairebé fòbiques és molt comprensible que la duguin a descuidar significativament el seu aspecte físic no només pel que fa als seus pits, sinó per extensió i generalització a la resta del seu cos.

Quant a la falta de diferències significatives entre ambdós grups, pel que fa a les conductes orientades a mantenir la forma física, és explicable atès que els ítems que componen aquesta escala es centren literalment en "forma física" entesa com exercici i esport, no com a cura estètica, i en aquest sentit no hi ha cap dada que permeti fer pensar que la insatisfacció amb l'atractiu físic que duu a una persona a sotmetre's a cirurgia estètica tingui relació amb l'absència de conductes orientades a mantenir la forma física. Per exemple, algú podria experimentar un gran disgust per les seves arrugues facials i voler sotmetre's a un *lifting*, i tanmateix ser un practicant habitual d'un esport de competició o assidu a un gimnàs.

Tenint en compte tot l'anterior, la versió espanyola del MBSRQ avalua i detecta les diferències teòricament esperables en totes les escales rellevants i no en les que no ho són, comportant-se com seria d'esperar d'un instrument de les seves característiques.

L'ús del MBSRQ per a identificar perfils psicològics bàsics dels pacients que sol·liciten cirurgia estètica es va basar en la necessitat de considerar els aspectes vinculats a la corporalitat dels pacients en psicoteràpia com una mica més que purament estètics i d'incloure'ls com part del tractament psicoterapèutic sempre que es consideri convenient. En la societat que vivim la imatge corporal ha arribat a ocupar un paper el bastant preponderant com perquè els problemes associats a ella comportin un nivell significatiu de patiment psicològic. La identificació de perfils o sistemes de constructes de pacients amb alteracions de la imatge corporal poden ajudar a orientar el tractament més adequat, si bé per descomptat no es pot ignorar la naturalesa fortament subjectiva i individual de cadascun d'aquests problemes en cadascun dels nostres pacients.

Alhora, els resultats del seu ús per a aclarir les relacions entre cirurgia estètica i tractaments estètics, imatge corporal, autoestima i relacions de parella des del punt de vista de les implicacions per a la psicoteràpia van indicar el següent.

Pel que fa als resultats de l'Estudi 1, l'augment significatiu en la puntuació general del MBSRQ després de la cirurgia demostra que es produeix un increment en la valoració subjectiva positiva de la imatge corporal després de la intervenció.

El fet que el factor Importància Subjectiva de la Corporalitat augmenti significativament després de la intervenció indica que, després de l'operació, els pacients són més conscients de tots aquells aspectes rellevants concernents al seu aspecte físic. Entre altres coses això significa que dediquen més atenció al seu rendiment físic, a cuidar el seu pes i la seva alimentació, al seu estat de salut i a l'atractiu autoavaluat de diferents àrees del seu cos.

Per altra banda, el resultat que el factor Conductes Orientades a Mantenir la Forma Física augmenta significativament després de la intervenció demostra que, després d'operar-se, els pacients se centren més en el manteniment de la seva forma física.

Igualment, l'augment significatiu del factor Atractiu Físic Autoavaluat després de la intervenció duu a concloure que, després d'operar-se, els pacients es senten més atractius físicament.

No obstant això, el factor Cura de l'Aspecte Físic no es veu afectat per la intervenció, cosa que suggereix que la intervenció no exerceix cap influència demostrable sobre aquest factor. Tenint en compte que els ítems originals del qüestionari donen una connotació d'interès o fins i tot "atenció focalitzada" a aquest factor, els resultats indiquen que es tracta d'una població que atribueix una gran importància a la cura del seu aspecte ja des d'abans d'operar-se (com és lògic doncs sinó no s'operarien). Aquesta és probablement la raó que aquest factor no augmenti ni disminueixi després de l'operació, doncs es tracta d'una dimensió més semblant a "un tret de personalitat" o a una actitud que a alguna cosa transitòria producte d'una vivència negativa de la imatge corporal.

En referència als resultats de l'Estudi 2, es pot afirmar que les intervencions i tractaments realitzats a la mostra de participants en aquest estudi van contribuir a millorar la seva autoestima en la dimensió d'imatge corporal. De fet, i tal com ja s'ha exposat, el 100% dels participants afirma haver experimentat aquesta millora en la seva autoestima. Les dades d'estudis sobre autoimatge i imatge corporal comentats fan comprensible el fet que una millora en la imatge corporal redundi en una millora en l'autoestima. Tal com s'ha comentat, l'àmbit de la imatge corporal està íntimament lligat a l'autoimatge i a la imatge social, a les relacions interpersonals, i a la posició del

self en la vida quotidiana. Igual que una imatge corporal deteriorada pot afectar greument a l'autoestima, aquestes dades semblen demostrar una vegada més l'efecte contrari, és a dir que a millor imatge corporal més autoestima.

Gairebé la meitat dels participants (un 45,5%) diuen sentir que aquesta millora en la seva imatge corporal pot ajudar-los a aconseguir una relació d'intimitat interpersonal i de parella en particular. Si es té en compte la connexió entre autoestima i imatge corporal és explicable que una millora en ambdues redundi en una major competència social i en el foment d'habilitats interpersonals abans inhibides per la dolenta imatge corporal autopercebuda. Entre les respostes qualitatives al qüestionari es troben algunes en la línia d'afirmar que la cirurgia i/o els tractaments d'estètica potser no aconseguen transformar-te en una persona diferent (òbviament), però que poden potenciar al màxim tot allò que abans no expressaves per temor, vergonya, complexes o inseguretats.

La millora es fa evident en el fet que gairebé la meitat (un 48,5%) dels participants afirmen que les seves relacions de parella han millorat com producte de la intervenció o tractament. L'argument aquí és el mateix que en el paràgraf anterior: la millora en la imatge corporal comporta més autoestima i aquesta al seu torn comporta una major facilitat relacional.

El canvi en la imatge corporal i en l'autoestima, no obstant això, no comporta necessàriament un canvi en les relacions de parella en el sentit de provocar ruptures. A pesar de la lògica de "saviesa popular" que molts pacients s'operen o tracten per a acabar deixant a les seves parelles actuals, aquest estudi demostra que cap dels participants de la mostra va fer alguna cosa així. Tal com hem comentat abans, del 19,4% de participants que efectivament havien acabat la seva relació de parella en el període posterior a la intervenció o tractament, cap d'ells atribuïa aquesta ruptura a l'efecte de la intervenció—si bé això no comporta que, tal com també s'ha comentat abans, pensin que el tractament o intervenció els pot ajudar a trobar una nova parella.

Les implicacions d'ambdós estudis per a la intervenció psicoterapèutica en casos de problemes provocats per una imatge corporal són múltiples. A mode de conclusió ens centrarem en la més genèrica. Entre els pacients que es sotmeten a cirurgia estètica es dona un patró de (a) elevada importància atribuïda a la imatge corporal i (b) imatge corporal negativa general o específica. Si bé la cirurgia aconsegueix reduir els efectes del segon, no sembla

afectar al primer. Aquest patró tindria dos possibles lectures. Una exclusivament centrada en el corporal: aquests pacients tenen problemes objectius d'imatge corporal i per això es preocupen a l'excés per la seva imatge. Una altra exclusivament psicològica: aquests pacients tenen un nivell de preocupació pel físic tan elevat que per això es troben defectes contínuament.

Ambdues explicacions resulten reduccionistes. El més probable és que ens trobem davant un procés circular i dialèctic en el qual ambdós fenòmens es retroalimenten: la preocupació per la corporalitat fa que l'autoestima d'aquests pacients depengui excessivament de la seva imatge corporal i, alhora, això fa que se centrin excessivament en l'avaluació constant de la seva imatge i dels seus possibles "defectes", la qual cosa els col·loca en una sèrie de situacions psicosocials que la preocupació per la imatge augmenta cada vegada més – tot això sense oblidar que formen part d'una societat que valora la imatge com mai abans en la història.

En la mesura que això sigui així, la intervenció psicoterapèutica en aquests casos es fa doblement necessària. En primer lloc, hauria d'orientar-se a reconstruir el sentit d'autoestima dels pacients descentrant-lo del corporal exclusivament. En segon lloc hauria, d'ajudar-los a reavaluar la seva pròpia imatge corporal per a fer-los conscients de fins a quin punt pot estar sent distorsionada pels seus propis processos cognitius, emocionals i relacionals.

5^a Part

Limitacions i Suggeriments de Recerca Futura

5. Limitacions i Suggeriments de Recerca Futura

- Degudes a la selecció de les mostres de participants:
 - El fet que el grup de participants en l'estudi del primer article inclòs en aquesta tesi (Botella *et al.*, 2008) es composi íntegrament de pacients d'un sol centre col·laborador (Servei d'Atenció i Assessorament Psicològic SAAP Blanquerna) pot haver esbiaixat les dades suposant (a) que hi hagués un perfil identificable de pacient del SAAP, i (b) que les variables que conformen aquest perfil afectessin al resultat i/o procés psicoterapèutic.
 - Igualment, el fet que el grup de participants sense problemes d'imatge corporal en l'estudi del segon article inclòs en aquesta tesi (Botella, Ribas i Benito, 2009) es composi íntegrament d'estudiants universitaris pot haver esbiaixat les dades suposant que el nivell cultural, l'edat o el gènere afectés de forma significativa a la imatge corporal.
 - Per últim, el fet que el grup de participants amb problemes d'imatge corporal en l'estudi del segon, tercer i quart articles inclosos en aquesta tesi (Botella, Ribas i Benito, 2009; Botella, Ribas i Benito, 2008; Ribas, Botella i Benito, 2010) es composi íntegrament de pacients d'un sol centre col·laborador (*Antiaging Group* Barcelona, Clínica Tres Torres) pot haver esbiaixat les dades en el mateix sentit comentat abans.
 - En general, i com a suggeriment de futur pel que fa als tres punts comentats fins ara, tot i que no hi ha dades que permetin afirmar cap d'aquests biaixos, sí seria bo ampliar la procedència de tots els participants a la població en general en un cas i/o a més centres col·laboradors en d'altres— aquest tipus de projectes resulten idonis per a l'establiment d'estudis multicèntrics.

- Degudes als instruments:
 - Els instruments emprats en tots els estudis reuneixen sòlides i rigoroses característiques psicomètriques. Tanmateix, el qüestionari *ad hoc* dissenyat per l'avaluació de (a) el grau de satisfacció amb els tractaments i intervencions d'estètica i (b) fins a quin punt i com han influït en les relacions de parella dels pacients inclòs en l'estudi 2 del quart article (Ribas, Botella i Benito, 2010) no té tanta solidesa psicomètrica com la resta. Això ja ha estat discutit en el propi article, i de fet les conclusions basades en aquest instrument, tal com es destaca en l'article, són simplement descriptives. Igualment, caldria en el futur dissenyar i validar un instrument específic per a l'avaluació de la satisfacció amb els tractaments i intervencions estètiques i de com influeixen en les relacions de parella que s'acosti a les característiques de qualitat psicomètrica dels altres instruments emprats en aquest compendi d'articles (és a dir, l'MBSRQ, CORE, WAI...)

Referències

Referències

- Arnkoff, D.B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1),33-46.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K., & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Bordin, E.S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*,16, 252-260.
- Botella, L. (2006). Constructivismo Relacional: Principios básicos e implicaciones para la psicoterapia. En L. Botella (Comp.) *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé.
- 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 Durán, M. (2008). Construcción social de las transformaciones corporales quirúrgicas. *Revista de Psicoterapia*, 76, 17-37.
- 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*, XVII, 245-263.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In

- L.E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 119-136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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*, XVIII, 123-224.
- Botella, L., Velázquez, P., y Gómez, A.M. (2006). Género, cuerpo e identidad femenina: La construcción personal y social del peso corporal. En L. Botella (Comp.) *Construcciones, narrativas y relaciones: Aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia*. Barcelona: Edebé.
- Brown, T.A., Cash, T.F., & 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. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F, Winstead, B.W., & Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20(4), 30-37.
- Castrillón, D., Luna, I., & Avendaño, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología* 10(1), 15-23.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Corbella, S. (2003). *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.

- Evans, C, Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Feixas, G. y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps). *La integración en psicoterapia* (pp. 33-67). Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 69-80.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge*. New York: Pantheon.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R.R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(4), 561-573.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159-164.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin and S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143- 189). New York: Wiley.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research, 15* (1-2), 45-53.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research, 1*, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 281-287.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(8), 478-481.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. In J.D. Safran & J.C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122), Washington DC: American Psychiatric Association.
- Phillips, K.A. (1998). Body dysmorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1138-1149.
- Phillips, K.A., Hollander, E., Rasmussen, S., & Aronowitz, B. (1997). A severity 110 ersiono f 110 e for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified 110ersiono f the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin, 33*(1), 17-22. Retrieved April 24, 2009, from PsycINFO database.

- Raich, R.M. (2004) Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.
- Raich, R.M, Torras-Clarasó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Rosen, J.C., Salzberg, J. T., Srebnik, D., & Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J.D., & Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press.
- Shilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.
- Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the esthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Tryon, G.S., & Kane, A.S. (1995). Client Involvement, Working Alliance, and Type of Therapy Termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 200
al Centre

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:



President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a
