

IMAGEN CORPORAL Y PSICOTERAPIA

Luis Botella García del Cid

FPCEE/SAAP Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona

Emma Ribas Rabert y Jesús Benito Ruiz

Antianging 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 sensuales 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 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 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 hacíamos 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 período 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 gusto y 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. 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 se 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 bibliográficas

- 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., 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.