

ADAPTACIÓN DEL ABIS (AMPUTEE BODY IMAGE SCALE) EN UNA MUESTRA
COLOMBIANA

CAMILA CASTRO RUBIO
LUZ ANDREA ANDRADE RODRÍGUEZ
RUFFO SERVANDO ORTÍZ LOSADA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA- HUILA
2010

ADAPTACIÓN DEL ABIS (AMPUTEE BODY IMAGE SCALE) EN UNA MUESTRA
COLOMBIANA

CAMILA CASTRO RUBIO
LUZ ANDREA ANDRADE RODRÍGUEZ
RUFFO SERVANDO ORTÍZ LOSADA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor:
FABIO SALAZAR PIÑEROS
Psicólogo Especialista en Salud Familiar

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2010

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2010

DEDICATORIA

A mis padres Yaneth y Benito, quienes siempre creyeron en mí y que con su apoyo, estímulo y comprensión hicieron posible la conquista de esta meta. Esto es por ustedes y para ustedes queridos padres.

Camila

Infinitas gracias doy a Dios por el don de la vida y bendecirme con muchos ángeles en la tierra, entre ellos mis padres Luz Mary Rodríguez y Hugo Tito Andrade quienes con su amor, apoyo y comprensión, cuidan y velan por todas mis realizaciones y proyecciones como mujer soñadora.

*A mis amigos y compañeros Camila Castro y Ruffo Servando Ortiz, por su apoyo incondicional en el desarrollo del proyecto de investigación.
A Helman Calderón, quien siempre cree en mí y me invita a encontrar el lado positivo de la vida recordándome que los problemas deben afrontarse como oportunidades para ser cada día mejor.
Con todo mi amor y cariño.*

Luz Andrea

*A mi padre Víctor Félix, quien está sentado a la diestra del señor: ¡Si se pudo!
A mi madre Clara Inés y a mis hijos Mariana y Manuel Esteban.
Ángeles enviados por Dios no solo para que iluminaran mi camino, sino también para que me dieran las fuerzas necesarias para recorrerlo.
¡Este trabajo no es un obsequio, es una invitación!*

Ruffo Servando

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos

Al señor todo poderoso por brindarnos la dicha de la salud, el bienestar físico y espiritual, por acompañarnos siempre tanto en los momentos gratos como en los de dificultad, por permitirnos terminar satisfactoriamente nuestros estudios. Queremos seguir recorriendo el mundo, agradeciendo a Dios por todo cuanto nos ha dado.

A nuestro Profesor Fabio Salazar, maestro de maestros, creador de sueños, forjador de hombres, quien con sus enseñanzas ha logrado despertar en nosotros el amor por la investigación en la ciencia psicológica. William Arthur Ward dijo en alguna ocasión que el educador mediocre habla, el buen educador explica, el educador superior demuestra y el gran educador inspira. Fabio Salazar ha inspirado este trabajo.

A los profesionales: Johan Eduardo Rivera, Natalia Medina, Ps. Mariana Hezekiah, Ps. Diego Fernando Rivera, Ps. Erika Losada López, Ps. Andrea Palacios y Ps. Juan Felipe Cardona, por la grandeza expresada en los aportes dados al desarrollo de este estudio.

A todas las personas en condición de discapacidad, especialmente a la Fraternidad de Personas con Discapacidad Policía Nacional – FRAPON. La fortaleza con que enfrentan su diario vivir nos enseñó que los discapacitados no son dignos de lástima, sino merecedores de oportunidades. Son ustedes los verdaderos artífices de la esperanza.

A todos nuestros maestros y compañeros de clases, sus enseñanzas, sus orientaciones, sus discusiones y contradicciones, nos llevaron a transformarnos en los profesionales que somos ahora.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. ANTECEDENTES	20
4. JUSTIFICACIÓN	23
5. MARCO TEÓRICO	25
5.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	25
5.2 DEFINICIÓN DE “TESTS” Y SUS IMPLICACIONES AL ADAPTARLOS	26
5.3 VALIDACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE INSTRUMENTOS	28
5.3.1 Confiabilidad	28
5.3.2 Consistencia Interna	28
5.3.3 Validez	29
5.4 DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL	31
5.4.1 Evolución del Concepto de Imagen Corporal	31
5.4.2 Definición Actual de Imagen Corporal	31
5.4.3 Alteraciones de la Imagen Corporal	32
5.4.4 Definición de Alteración de la Imagen Corporal	33
5.4.5 Evaluación de la Imagen Corporal y sus alteraciones	35
5.5 AMPUTACIÓN, IMAGEN CORPORAL Y PSICOLOGÍA POSITIVA	36
6. DISEÑO METODOLÓGICO	40
6.1 TIPO DE ESTUDIO	40

	Pág.
6.2 POBLACIÓN	40
6.3 MUESTRA	41
6.3.1 Caracterización Socio-demográfica de la Muestra	41
6.4 FASES DE LA INVESTIGACIÓN	43
6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	44
6.5.1 Desarrollo Teórico del ABIS	44
6.5.2 Formato para Traductores	46
6.5.3 Formato para el Back Translation	46
6.5.4 Cuadro Valorativo	46
6.5.5 Formato para Pilotaje	46
6.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	47
7. ASPECTOS ÉTICOS	49
8. RESULTADOS	52
8.1 CONFIABILIDAD	52
8.1.1 Coeficiente Alpha de Cronbach	52
8.1.2 Correlación Ítem – Test	52
8.1.3 Correlación Ítem – Ítem de Pearson	53
8.1.4 Análisis de Correlación Ítem – Dimensión	55
8.1.5 Coeficiente de División por mitades con corrección de Spearman Brown	56
8.1.6 Análisis Factorial	57
8.2 VALIDEZ	58
8.2.1 Validez basada en el contenido	58
8.2.2 Validez basada en el constructo	59
8.2.3 Validez basada en referencia al criterio	59
9. DISCUSIÓN	67
10. CONCLUSIONES	70

	Pág.
11. RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	83

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Coeficiente Alpha de Cronbach del Total del Test	52
Tabla 2.	Correlación Ítem – Test	52
Tabla 3.	Correlación ítem – Ítem (Del 1 al 10 con 1 al 10)	53
Tabla 4.	Correlación ítem – Ítem (Del 1 al 10 con 11 al 20)	53
Tabla 5.	Correlación ítem – Ítem (Del 11 al 20 con 11 al 20)	54
Tabla 6.	Estadísticos ítem - dimensión cognitiva	55
Tabla 7.	Estadísticos ítem - dimensión afectiva	56
Tabla 8.	Estadísticos ítem - dimensión comportamental	56
Tabla 9.	Coeficiente de División por Mitades de Spearman Brown	56
Tabla 10.	Kaiser Meyer Olkin y prueba de Bartlett	57
Tabla 11.	Análisis Factorial - Matriz de componentes rotados	57
Tabla 12.	Traducción y Adaptación de las Instrucciones	59
Tabla 13.	Traducción del ABIS	60
Tabla 14.	Back Translation al Inglés	62
Tabla 15.	Evaluación Cuantitativa de los Ítems	64
Tabla 16.	Adaptación Lingüística de los ítems	66

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. The Amputee Body Image Scale – J. W. Breakey, 1997	84
Anexo B. Formato para Traductores	85
Anexo C. Formato para Back Translation	87
Anexo D. Cuadro Valorativo para Jueces	89
Anexo E. Formato para Valoración en Pilotaje	91
Anexo F. Consentimiento Informado	93
Anexo G. Presentación final de la Escala de Imagen Corporal en Amputados	95

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Distribución de la Muestra por Rangos de Edad	41
Figura 2.	Distribución de la Muestra Según el Género	42
Figura 3.	Distribución de la Muestra Según el Tiempo de Amputación	42
Figura 4.	Distribución de la Muestra Según Lugar de Procedencia	43

RESUMEN

En aras de aportar al desarrollo de la investigación en la Psicología Positiva, se realizó la Adaptación y Validación de la Escala de Imagen Corporal en Amputados (ABIS) creada por Breakey (1997) en una muestra colombiana conformada por un total de 45 sujetos en condición de discapacidad por amputación de extremidades inferiores. El instrumento contiene 20 ítems que evalúan cómo una persona con una amputación en alguna de sus extremidades inferiores se percibe y siente sobre sus experiencias corporales. Dos profesionales expertos realizaron la traducción de la escala desde el idioma nativo (inglés) al español. Tres jueces expertos evaluaron cada uno de los ítems a fin de detectar dificultades en la contextualización, al igual que se estableció la validez de contenido. La confiabilidad se determinó mediante el coeficiente Alpha de Cronbach (0,768) y el coeficiente de división por mitades con corrección de Spearman Brown (0,78) para la prueba total. Conjuntamente, se realizó un análisis factorial logrando con ello diferenciar claramente las tres dimensiones que el instrumento evalúa. Así mismo se calculó la consistencia interna para cada una de las dimensiones de la Imagen Corporal evaluadas por el ABIS a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (Cognitiva 0,536; afectiva 0,585; comportamental 0,642) concluyendo que resulta más útil al realizar evaluación global de la imagen corporal que al hacerla por sus dimensiones separadamente.

Palabras claves. Psicología Positiva, Imagen Corporal, Amputación, Adaptación de instrumentos, Validación de instrumentos.

ABSTRACT

In order to contribute to the development of research in Positive Psychology, was carried out Adaptation and Validation of the Amputee Body Image Scale (ABIS) created by Breakey (1997) in a Colombian sample comprised a total of 45 subjects in disability condition by amputation of lower limbs. The instrument contains 20 items that assess how a person with an amputee in one of his lower limb perceives and feels about their bodily experiences. Two experienced professionals made the translation of the scale from the native language (English) into Spanish. Three expert judges evaluated each of the items in order to detect problems in the contextualization, as well as establishing the content validity. Reliability was determined by using Cronbach alpha coefficient (.768) and split-half coefficient of Spearman Brown (0.78) for the total test. Together, we performed a factor analysis making possible to clearly differentiate the three dimensions that assesses the instrument. Likewise, internal consistency was calculated for each of the dimensions of the Body Image evaluated by ABIS through the Cronbach alpha coefficient (Cognitive .536; affective .585; behavioral .642) concluding that it is more useful when making global assessment of body image that when making it separately.

Keywords. Positive Psychology, Body Image, Amputation, Test Adaptation, Test Validation

INTRODUCCIÓN

Para muchos teóricos, adaptarse psicosocialmente a una discapacidad es el proceso de responder a los cambios psicológicos, físicos, sociales y ambientales que se producen con el inicio y la experiencia de vivir con una discapacidad¹. Las experiencias y los significados que las personas han construido sobre su Imagen Corporal ya no están tan disponibles para ellos como su nueva realidad, es decir que la gran mayoría de personas en condición de discapacidad presentan dificultades cuando se trata de mantener su vida anterior.² Para las personas con una amputación, hay diferencias visibles en su aspecto físico. La visibilidad de la diferencia física con los demás puede depender del tipo y ubicación de la amputación, el tipo de actividad realizada y las opciones de prendas de vestir. Así mismo, después de una amputación los individuos pueden desplazarse de manera diferente; tales diferencias pueden llevar a experimentar sentimientos de estigmatización. Taleporos y McCabe³ sostienen que la estigmatización que realizan los demás a las personas en condición de discapacidad puede conducir a que ellos se sientan abandonados socialmente y hasta intelectualmente, y todo exclusivamente sobre la base de su apariencia física. De esta manera, la discapacidad puede convertirse en la imperiosa necesidad de ocultar todas las demás características personales, habilidades y capacidades. Vemos entonces desde este punto de vista cómo la forma física afecta a la percepción subjetiva y la capacidad de aceptación de los demás⁴, percepción subjetiva que se hace visible por medio de las conductas o comportamientos.

El avance en la difícil tarea de comprender la conducta de las personas de manera integrada se alimenta del esfuerzo que realiza la Psicología por articular los diferentes fundamentos teóricos con la diversidad de ámbitos de aplicación, a través de la evaluación psicológica. Para que el avance científico de la Psicología sea una realidad, debemos esforzarnos por armonizar la explicación teórica y los procesos de observación empírica, hasta lograr en muchos casos compatibilizarlos. El proceso científico depende conjuntamente del modelo explicativo y del metodológico, y por ende del perfeccionamiento de los instrumentos que permiten la objetivización de los fenómenos, y del

¹ BISHOP, M (2005) Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. *J Rehabil* 71:5–13

² CHARMAZ, K (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn* 5:168–197

³ TALEPOROS, G y McCABE, MP. (2002). Body image and physical disability – personal perspectives. *Soc Sci Med* 54:971–980

⁴ BREAKEY, James W. (1997). Body image: the lower-limb amputee. *Journal Prosthetics Orthotics*. Vol. 9. Number 2. p. 58–66

perfeccionamiento de la interpretación teórica de dichos fenómenos, a través del contraste entre teoría y observación.

La Psicología, como ciencia de la conducta, ha encontrado la aplicabilidad de la instrumentalización tanto en estudios de investigación como de la intervención. Una circunstancia importante en este paso evolutivo se refiere al desarrollo de instrumentos que proporcionen los datos necesarios para la formación de diseños donde haya medidas objetivas y cuantificables. Sin embargo, para ser capaces de investigar adecuadamente sobre imagen corporal en personas con una amputación y explorar su relación con el ajuste psicosocial, es importante tener un instrumento psicométrico que facilite el desarrollo de una sólida base de pruebas sobre las que establecer intervenciones adecuadas. El ABIS (Amputee Body Image Scale), creada por James W. Breakey, se ha sugerido como uno de esos instrumentos⁵.

Algo es innegable, la autopercepción que posea la persona en condición de discapacidad es de vital importancia para que el sujeto desarrolle satisfactoriamente o no sus habilidades y todo aquello que le ayude a aceptar su nueva condición. Por tal razón, es de vital importancia resaltar el papel que juega la Psicología Positiva en aquellas personas, que optan por potencializar sus capacidades, en lugar de ahondar en su alteración física y las consecuencias negativas que ésta deja.

Entonces, al entender que la Psicología Positiva hace uso de la investigación científica a fin de comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano⁶, se puede identificar la relación directa de la imagen corporal como vehículo no solo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen los individuos que padecen una discapacidad por amputación, sino también para alcanzar una mejor calidad de vida y un bienestar en ellos. Así las cosas, se pretende hacer uso del ABIS como un instrumento de evaluación centrado en orientar la prevención y los tratamientos psicoterapéuticos y de esta manera, potenciar el desarrollo personal de la población discapacitada por amputación.

⁵ GALLAGHER, Pamela et al. Body Image in People with Lower-Limb Amputation: A Rasch Analysis of the Amputee Body Image Scale. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 0894-9115/07/8603-0205/0. Copyright © 2007 by Lippincott Williams & Wilkins.

⁶ VERA POSECK, B. (2006) Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. Papeles del Psicólogo, 27 (1): 3-8

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, las personas pierden las extremidades como resultado de accidentes laborales⁷, de patologías como la enfermedad arterial periférica (EAP)⁸ y/o por caer como víctimas en campos minados por los grupos armados que participan del conflicto interno⁹. Teniendo en cuenta el informe de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas¹⁰, en los últimos cinco años, el país ha presentado un promedio diario de un (1) accidente y cuatro (4) incidentes por minas antipersonal/municiones sin explotar (MAP/MUSE). Para 2008 los heridos civiles por MAP/MUSE son 711; de estos, 45 han muerto. Este último dato hace suponer que de los heridos, muchos de ellos han perdido extremidades inferiores.

Desafortunadamente, en muchos de los casos cuando el ser humano pasa por una situación así de dolorosa no existe una orientación apropiada, lo que da origen a una serie de divagaciones, confusiones que les lleva a pensar y sentir que para ellos todo ha finalizado, y es entonces, como afirma Rebolledo, “cuando la depresión los domina porque piensan que están solos, que no hay apoyo, se encuentran dentro de una desgracia sin solución, en definitiva, sienten que están perdidos”¹¹. Adicionalmente, el estigma social del amputado¹² es quizás una de las mayores barreras a superar por una persona recién amputada. Es además un estigma paradójico, pues no resulta negativo ni condenatorio, como podrían ser otros estigmas sociales como el sida, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, asociados a un rechazo o desconfianza por parte de la sociedad¹³.

El amputado por lo general, desconcierta, genera un sentimiento de proteccionismo y lástima, un impulso asociado a la ignorancia y el enorme desconocimiento del mundo del amputado por parte de la sociedad en la que

⁷ REBOLLEDO, Policarpo. Occupational Accidents: Psychosocial Aspects. 2005. Ciencia y trabajo. Abr-Jun; 7(16): 61-66

⁸ NLLIC ACAÑ. Peripheral Arterial Disease (PAD) and limb loss. Knoxville, TN : Amputee Coalition of America, 2002. Revised 2006 ed.

⁹ OFICINA PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS - OCHA. La situación de Minas Antipersonal en Colombia 2009. Bogotá, D.C., Colombia 18/02/2009

¹⁰ Ibid. Pp. 1

¹¹ REBOLLEDO. Op. Cit. Pp. 3

¹² TALEPOROS. Op. Cit. pp. 2

¹³ TALEPOROS. Op. Cit. pp. 2

vivimos. Producto de esta reacción, los amputados muchas veces esconden su condición por miedo a la sensación de dar pena o generar un clima negativo en un instante.

Si bien es cierto que la sociedad no está preparada y no conoce el mundo de las personas que sufren una discapacidad por amputación¹⁴, lo primero que se debe saber es que se ha alterado la Imagen Corporal en la vida del amputado; puesto que ahora esa imagen corporal es otra y el concepto que tenía de ella anteriormente se ve alterado. En este sentido, muchas de las personas amputadas demuestran gran descontento con la alteración de su apariencia física, evidenciando el intento de esconderlas por vergüenza, para evitar que los miren o por miedo a asustar a las personas a su alrededor, inclusive a sus familiares. Otras, por el contrario, afirman no tener complejo, demostrándolo al narrar las experiencias que antecedieron a la amputación y al mostrar el muñón* resultante a la misma. Se concluye entonces que, ante el padecimiento de un daño corporal, la persona que ha sufrido una amputación además de su integridad física ha visto lesionada su integridad psíquica. “En efecto, quien ha perdido su integridad física además de esto ha visto vulnerado su integridad mental en el sentido que la Imagen Corporal, la autoestima y los patrones de autovaloración estética productos de los procesos neuropsiquiátricos que confluyen a su formación, sufren un detrimento y perturbación permanente¹⁵”.

Algo es cierto: la imagen corporal cambia a lo largo de la vida y, como tal, queda transformada por las interacciones, positivas y negativas, con otras personas. El ideal corpóreo que es impuesto por la sociedad (amigos, medios de comunicación, modas, entre otros) es imposible de alcanzar para la mayoría de personas sean jóvenes o mayores; estos medios forman y manejan las percepciones que se tiene de sí mismo, y llevan a que muchas personas deseen ser más delgadas, bellas y saludables. Mientras más lejos se vean de estos estándares artificiales de belleza, más probable será que la imagen corporal sufra¹⁶. De esta manera, cuando un ser humano pierde una extremidad, se alejará aún más de esos ideales. Se verá forzado a enfrentarse psicológicamente a cambios en las funciones, sensaciones e imagen corporal. Pero mientras más concentre la energía en lo que se ha perdido – no sólo la extremidad sino también las cosas que podía hacer antes – más probable será la aparición de depresiones y enojos. Algunos amputados pueden

¹⁴ TALEPOROS. Op. Cit. pp. 2

* La Real Academia de La lengua Española define este término como: “Parte de un miembro cortado que permanece adherida al cuerpo”.

¹⁵ TRUJILLO HURTADO, Víctor Hugo. El Daño Estético Como Perjuicio Inmaterial Autónomo Del Daño Moral Y Del Daño A La Vida De Relación. Instituto Risaraldense del Derecho de Daños IRDD. 2008.

¹⁶ HOUSTON, Sandra. La imagen corporal (las actitudes que tenemos acerca de nuestro cuerpo) y la percepción de nosotros mismos (nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones hacia nosotros mismos) son cuestiones que todos enfrentamos. Altered States: Our Body Image, Relationships and Sexuality. February 2006.

ver el cambio de sus cuerpos como una marca de vergüenza. Temiendo el rechazo, pueden verse a sí mismos como menos deseables y proyectar así esos sentimientos en sus amigos, parientes y hasta en los extraños¹⁷.

Estas y otras dificultades han sido objeto de intervenciones desde la Psicología teniendo como punto de referencia el trauma o la enfermedad¹⁸. Como afirma Carmelo Vázquez:

“Hemos de reconocer, con orgullo, que desde la Psicología hemos desarrollado métodos de intervención eficaces y eficientes para muchos problemas psicológicos. Pero no hemos avanzado tanto en destilar métodos para (re)establecer la felicidad en el desdichado o, de modo más general, para promover con conocimientos sólidamente derivados cómo mejorar el bienestar”¹⁹.

No obstante, desde 1998, un grupo de psicólogos ha dado inicio a una nueva corriente psicológica que ha intentado poner fin a este modo de comprender al ser humano. Este nuevo enfoque se denomina Psicología Positiva²⁰. El brote es tan cercano que se reconoce como su inicio formal la conferencia inaugural de Martin Seligman para su periodo presidencial de la American Psychological Association²¹. Esta nueva corriente permite contribuir, entre otros aspectos, al desarrollo de herramientas de evaluación válidas de tales conceptos y la exploración y análisis de vías de intervención²² que promuevan o ayuden a mantener el grado de bienestar de las personas.

Por todo lo anterior, el presente estudio pretende guiarse por el siguiente propósito: *Adaptar el Amputee Body Image Scale – ABIS en una muestra colombiana, de manera que se dote a la comunidad científica de un instrumento fiable, con el que se pueda intervenir potenciando las cualidades del amputado, logrando con ello mejorar su imagen corporal y por ende, optimizando su calidad de vida.*

¹⁷ Ibid. pp. 5

¹⁸ VERA POSECK, Beatriz. Op. Cit. pp. 32

¹⁹ VÁZQUEZ, C. La Psicología Positiva En Perspectiva. Papeles del Psicólogo, 2006. Vol. 27(1), pp. 1-2

²⁰ POLANIA ZOQUE, Alex M; CERQUERA FLOREZ, Ana R; CORTEZ CANACUE, Lili C. y RIASCOS VALLEJO, Rosa M. Adaptación Y Validación Del Inventario De Virtudes Y Fortalezas De Carácter Personales (Vías) En La Población Huilense Entre Un Rango De Edad De 18 A 30 Años. . Neiva. 2010. Trabajo de Grado (Psicólogos). Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

²¹ SELIGMAN, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. American Psychologist, 54, 559-562.

²² SELIGMAN, M.E.P; STEEN, T.A; PARK, N., y PETERSON, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, 60, 410-421

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Adaptar y validar el Amputee Body Image Scale (ABIS) en una muestra colombiana que posee una amputación de alguna de sus extremidades inferiores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el equivalente del ABIS en idioma español, desde el original (inglés) contemplando el contexto cultural colombiano.
- Determinar la validez de contenido a través de los métodos de juicio de expertos.
- Identificar la validez de constructo y el análisis de consistencia interna de la escala mediante la aplicación del coeficiente Alpha de Cronbach.
- Establecer el coeficiente de confiabilidad a través del análisis por mitades de Spearman Brown.
- Formalizar estadísticamente las dimensiones del ABIS mediante un Análisis Factorial.

3. ANTECEDENTES

La utilización de los tests psicológicos construidos en otros lenguajes y contextos culturales es una práctica que va en aumento²³. Por ejemplo, poco después de que Alfred Binet introdujera las pruebas de inteligencia en Francia, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos comenzó a usar dichas pruebas para medir la inteligencia de personas que buscaban migrar a los Estados Unidos. Pero el impacto del lenguaje y la cultura en los resultados de las calificaciones de las pruebas fue reconocido por los psicólogos ya desde principios del Siglo XX. Una forma para que los primeros elaboradores de pruebas abordaran este hecho psicométrico fue elaborar pruebas específicas para una cultura. Es decir, la prueba sería diseñada para ser usada con personas de una cultura pero no de otra. Aun cuando muchas pruebas publicadas eran específicas para una cultura, pronto se hizo evidente que se administraban de manera inapropiada, a personas de culturas diferentes. Posterior a ello se incrementaron los esfuerzos por revisar las pruebas existentes y adaptarlas; conservando la estructura fundamental del instrumento, logrando extender su uso a poblaciones diferentes o con características especiales²⁴.

Como antecedente internacional se revisó el artículo titulado “Body image in people with lower-limb amputation: a Rasch Analysis of the amputee body image scale”²⁵; realizado por Gallagher P, Horgan O, Franchignoni F, Giordano A y MacLachlan M. En este estudio se encontró que gracias a un análisis de Rasch y al juicio de expertos, se eliminaron seis ítems y se disminuyeron de 5 a 3 categorías de respuesta. Con los restantes 14 ítems crearon un ABIS revisado (ABIS-R) con una escala de calificación nominal de tres niveles. El ABIS-R resultó equipado para evaluar el constructo unidimensional que la escala original estaba destinada a medir. Con este ajuste se logró obtener un alfa de Cronbach 0,87.

Otra investigación, esta vez realizada en Colombia, la llevaron a cabo Diego Castrillón Moreno y colaboradores, en la universidad Católica de Colombia con sede en Santa fe de Bogotá. Ellos validaron del Body Shape Questionnaire

²³ HAMBLETON, Ronald; MEDENDA, Peter y SPIELBERG, Charles. Adapting educational and psychological test for cross-cultural assement. Ediciones Routledge, 2006. ISBN. 0805861769, 9780805861761. 392 págs.

²⁴ MIKULIC, Isabel M. Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Ficha de cátedra N° 2. En Línea desde http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/infomacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f2.pdf Tomado el día 13 de Octubre de 2009.

²⁵ GALLAGHER, Pamela et al. Op.Cit.

(cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana²⁶. En este estudio se encontró que la prueba se divide en dos factores con una alta coherencia teórica que se podría esperar de un constructo en donde no sólo se habla de insatisfacción corporal en general, sino que está asociada a la ganancia de peso corporal. No se estaría explorando, entonces, una característica dismórfica generalizada, sino aquella asociada a la preocupación que causa el tener sobrepeso u obesidad. El primer factor se llamó Insatisfacción Corporal y el segundo Preocupación por el Peso. El método de estandarización usado fue el de validación de constructo a través del análisis factorial con rotación Varimax, que permitió obtener, altamente diferenciados, los dos factores mencionados anteriormente; es decir, se obtuvo un KMO (Kaiser Meyer Olkin) de 0,98 y con una varianza de 52,3%. La consistencia interna se calculó por medio de un alfa de Cronbach, con coeficiente de correlación intraclass, con el que se obtuvo una medida de 0,95 para el instrumento en general, 0,95 para el primer factor y 0,92 para el segundo factor. Las puntuaciones se tipificaron en percentiles, estableciendo como punto de corte el percentil 85 que equivale a una puntuación directa de 59 para el factor de Insatisfacción Corporal, de 54 para el factor de Preocupación por el Peso y de 112 para la puntuación general.

Como antecedente regional se revisó el trabajo de grado titulado “Adaptación y validación de los instrumentos de evaluación de Ansiedad y Depresión de Zung a la lengua de señas colombiana en formato videográfico,”²⁷ realizado por Eneida Constanza Quintero; Yina Trujillo y Maribel Reina. En este estudio se presenta la adaptación a las necesidades lingüísticas de las personas sordas de los instrumentos de evaluación de Ansiedad y Depresión propuesto por William Zung, en formato de video. Se elaboró la validez de contenido de dicha adaptación con base en el juicio de expertos y la validez de constructo mediante la consistencia interna de los ítems, con el estadígrafo alfa de Cronbach, obteniendo 0,789 y 0.687 para ansiedad y depresión respectivamente. Para efectos de confiabilidad, ésta se determinó con el método de división por mitades a través de la corrección de Spearman – Brown con 0,88 para ansiedad y 0.63 para depresión. Esta adaptación, se efectuó con una muestra de 45 personas sordas, con edades entre 13 y 26 años que se encontraban en un grado de secundaria o Ciclo en la Institución Educativa Normal Superior de Neiva. Se efectuó la traducción de los formatos de lápiz y papel a Lengua de Señas Colombiana de los ítems en video, a través de un modelo lingüístico. Estos videos constituyeron el formato de presentación del programa de computador. De este modo se obtuvieron dos instrumentos de evaluación, válidos y confiables y por tanto generó un avance en el conocimiento de las necesidades de la población “sorda” ya que al realizar un acercamiento con este colectivo, suscitó en ellos sentimientos de reconocimiento e

²⁶ CASTRILLÓN MORENO, Diego y Cols. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. Acta Colombiana de Psicología 10 (1): 15-23, 2007

²⁷ QUINTERO, Eneida C. et. al. Adaptación y validación de los instrumentos de evaluación de Ansiedad y Depresión de Zung a la lengua de señas colombiana en formato videográfico. Neiva. 2010. Trabajo de Grado (Psicólogas). Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

inclusión, por hacer parte de una red social más amplia. Esto evidenció la importancia de responder a las necesidades de la población sorda y dio pie a encaminar las investigaciones hacia nuevas adaptaciones de instrumentos de evaluación, además de lograr un aporte práctico a la psicología positiva en el campo de la inclusión de las personas con algún tipo de discapacidad.

4. JUSTIFICACIÓN

El constructo de Imagen Corporal es muy utilizado en las disciplinas médicas, en la Psiquiatría, en la Psicología e incluso en la Sociología. Este concepto es definitivo para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima, el autoconcepto, para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes²⁸. Sin embargo, no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, cómo se evalúa, cómo se manifiesta una alteración de ella²⁹. Lo que se ha logrado es proponer técnicas para evaluar los diferentes factores asociados a las alteraciones o trastornos.

En Colombia, la prevalencia de discapacidad para caminar o moverse es de 29,5%³⁰. Cifras alarmantes si no se dispone de instrumentos que permitan evaluar las alteraciones a la Imagen Corporal que eventualmente podrían presentar dichas personas, incrementando con ello el déficit en la calidad de vida de este significativo grupo de colombianos.

Los problemas en el ajuste psicológico, la ansiedad, depresión y la autoestima se relacionan con la percepción de la propia imagen corporal³¹. Una imagen corporal negativa es tan solo una de las principales consecuencias que deja una amputación, ya sea porque la persona piensa en las actividades que podía hacer antes y que ahora no puede a causa de su nueva condición, o por el simple hecho de que se está alejando del ideal corpóreo que tiene la sociedad. Muchos pacientes se definen a sí mismos por su aspecto físico; por tanto, los que se sienten a disgusto con alguna parte de su cuerpo pueden asumir que los otros experimentan lo mismo y pensar que serán rechazados, creando entonces una respuesta de alejamiento de los demás o incluso un rechazo a estar con la gente³².

²⁸ KOFF, E; RIERDAN, J. y STUBBS, M.L. (1990): "Gender, body image, and self-concept in early adolescence". *Journal of Early Adolescence*. n° 10, pp. 56-68.

²⁹ BAILE AYENSA, J. I. ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?. Centro Asociado de la UNED de Tudela. Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades, ISSN 1579-4806, N° 2, 2003, págs. 53-70

³⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) - Censo General 2005. Discapacidad, personas con limitaciones permanentes. Tomado de http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf

³¹ GONZÁLEZ VIEJO, Miguel Ángel y SALINAS CASTRO, Felip. Amputación de extremidad inferior y discapacidad: prótesis y rehabilitación. Editorial Elsevier España, 2005. 239 págs.

³² *Ibid.* Pp. 219

Hay muchas razones que provocan que la imagen corporal de la persona no sea su mayor cualidad después de la amputación, pero también hay cientos de personas que están bien adaptadas y tienen estilos de vida plenos y gratificantes³³, éstas son aquellas personas que han logrado desarrollar y mantener una positiva percepción de sí mismos.

Para la Psicología Positiva, es importante contar con instrumentos que permitan investigar sobre aspectos positivos de la conducta humana³⁴, dado que estos propician la generación de modelos psicoterapéuticos que coadyuven en la búsqueda de la gratificación de las necesidades de las personas y, como consecuencia de ello, se convierten en una clave predictiva del bienestar subjetivo y el desarrollo social³⁵.

Así las cosas, la Adaptación del ABIS al idioma español, específicamente al contexto colombiano se hace necesaria y pertinente, pues en el país no existe instrumento alguno que permita evaluar la imagen corporal de personas discapacitadas por amputación, asumiendo que al conocer cómo se encuentra la percepción de la persona hacia sí mismo, es posible trabajar por el mejoramiento en su calidad de vida y al mismo tiempo la de su familia, interviniendo directa e indirectamente en el desarrollo del país.

³³ HOUSTON, Sandra. "Estados alterados. Nuestra Imagen Corporal, las relaciones y la sexualidad". *Inmotion*. Vol.18 N° 1. Enero/Febrero 2006

³⁴ CUADRA, H. y FLORENZANO, R. (2003) El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1):83-96

³⁵ *Ibíd.* pp. 7

5. MARCO TEÓRICO

La investigación científica hace uso, entre otros aspectos, de teorías, conceptos, metodologías, técnicas e instrumentos, con el fin de aumentar el conocimiento existente respecto a algo. La metodología cuantitativa, en el modelo general de ciencia, ha propuesto diferentes tipos de investigación que buscan alguno de los siguientes tres objetivos: describir, predecir y controlar³⁶, haciendo para ello uso de instrumentos de medición que permitan obtener la información ya sea con fines descriptivos, o la usada para predecir fenómenos o la que da cuenta del grado de control que se tiene sobre lo conocido. Los instrumentos son por tanto aquellas herramientas que permiten obtener evidencia, y cuando ésta se provee en términos de unidades de medida entonces tal instrumento cumple con uno de los aspectos necesarios para ser catalogado como científico.

5.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En primera instancia y tal como lo indica Herrera,³⁷ un instrumento de medida “es la técnica o conjunto de técnicas que permiten la asignación numérica a las magnitudes de la propiedad o atributo, ya sea por comparación con las unidades de medida o para provocar y cuantificar las manifestaciones del atributo cuando éste, es medible sólo de manera indirecta”. Un instrumento debe satisfacer tres exigencias básicas:

- Detectar ‘la señal’ sin interferencia y, en especial, sin intervención del operador. La operación de medida es la interacción objeto de medida-instrumento, por tanto el interés no es ya el objeto de medida sino el complejo objeto-instrumento.
- No provocar reacción en el objeto de medida o, de ser así, tal reacción debe ser calculable.
- Basarse en supuestos determinados sobre la relación entre la propiedad y el efecto observado.

³⁶ CLARK, Carter D. La Investigación Científica (2ª ed. Corregida). Barcelona: Ariel. (2002) Investigación Cuantitativa en Psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación. México: Oxford University Press.

³⁷ HERRERA, A.N. (1998). Notas sobre psicometría. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

La medición se conceptualiza como el proceso de cuantificación, el cual consiste en atribuir números a las características observadas, de acuerdo con reglas previamente definidas. En este sentido, debe entenderse la medición como el procedimiento necesario para la adquisición de información sobre un atributo de un objeto, sujeto o evento³⁸; tal adquisición de información obedece a un objetivo específico e implica la estimación, con ayuda de un instrumento de medición, de la magnitud de dicho atributo en términos de la unidad de medida; el resultado de dicho procedimiento es expresado mediante números.

El proceso de medición se realiza con apoyo en algunos instrumentos de medida, los cuales se pueden elegir dentro de la amplia gama existente en el mercado o se pueden construir de acuerdo con los requerimientos que se tengan³⁹. La elección o construcción de un instrumento se basa en cuestiones tan variadas tales como las necesidades que se tengan, los objetivos que se persigan, de la accesibilidad al instrumento, la calidad psicométrica del mismo, la población a la cual va dirigida, la adaptación para las condiciones con las que se cuentan, entre otros. Sin embargo, los aspectos más importantes son el atributo que se desea medir, el objetivo de la medición (describir, comprobar modelos o evaluar intervenciones) y las propiedades psicométricas del instrumento (confiabilidad y validez).

Teniendo en cuenta que lo deseable de un instrumento de medición es que permita realizar mediciones consistentes y precisas, los errores afectan las propiedades psicométricas (Confiabilidad y Validez).

5.2 DEFINICIÓN DE “TESTS” Y SUS IMPLICACIONES AL ADAPTARLOS

Anastasi y Urbina⁴⁰ entienden que un test es un instrumento de evaluación cuantitativa de los atributos psicológicos de un individuo. No obstante, la Asociación de Psicólogos Americanos (APA)⁴¹, propone una conceptualización abarcativa y exhaustiva al definir test como “un procedimiento evaluativo por medio del cual una muestra de comportamiento de un dominio especificado es obtenida y posteriormente evaluada y puntuada, empleando un proceso estandarizado”. La ambigüedad aún subsiste hoy día, razón por la cual es menester procurar no ahondar en dicho tema. En este punto se hace necesario abarcar lo concerniente a la adaptación de un test.

Las razones para adaptar tests de un idioma y cultura a otra son claras – por ejemplo, facilitan estudios comparativos de rendimiento académico a través de

³⁸ Ibid. Pp. 11

³⁹ HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2007) Metodología de la Investigación (4ta edición). México: McGraw-Hill

⁴⁰ ANASTASI, A. y URBINA, S. (1998) Tests Psicológicos. Prentice Hall.Mexico. Séptima Edición.

⁴¹ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (1999). Standards for psychological and educational tests. Washington, D.C.

grupos de idiomas y culturas, ahorrando dinero y tiempo asociado con la preparación de nuevos tests, y logrando equidad en la evaluación- métodos y directrices para preparar la adaptación de tests y establecer la equivalencia de puntajes que no son bien conocidos⁴². Actualmente se reconoce que la adaptación de un Test es un proceso mucho más complejo que la mera traducción de ese test en un idioma diferente. Una adaptación implica considerar no sólo las palabras utilizadas al traducir la prueba sino también las variables culturales involucradas⁴³. Adaptar implica, además de la sola traducción, la transformación, adición o substracción de algunos ítems de la escala original, dado que algunos ítems pueden cambiar su significado a través de las culturas y, por lo tanto, necesitan modificaciones o ser eliminados. Así mismo, ítems que no existen en la versión original del test, pueden representar mejor al constructo en la población en la cual se administrará la nueva versión.

Algunas investigaciones interculturales han incluso sugerido que un alto porcentaje de la investigación en su campo es defectuoso al punto de ser inválido a causa de la pobreza de tests adaptados. La adaptación de test incluye todas las actividades que deciden si un test podría o no estar midiendo el mismo constructo en un idioma y cultura diferente, seleccionar traductores, decidir los arreglos apropiados para la aplicación del test en un segundo idioma, adaptar el test y revisar su equivalencia en la forma adaptada. Al adaptar un test se deben encontrar conceptos, palabras y expresiones que sean cultural, psicológica y lingüísticamente equivalentes en un segundo idioma y cultura⁴⁴, se debe tener presente que, el proceso de adaptar un test puede generar fuentes de error e invalidez. Para evitar estas fuentes de error, la Asociación Americana de Investigación en Educación (AERA), la Asociación Americana de Psicología (APA), y el Consulado Nacional de Medición en Educación (NCME), proveen direcciones para especialistas y psicólogos que seleccionan, desarrollan, administran y utilizan test educativos y psicológicos⁴⁵. Tres de los estándares son especialmente relevantes para el contexto de la adaptación de tests:

- Estándar 13.4: cuando un test es traducido de un idioma o dialecto a otro, deberán establecer su fiabilidad y validez para los usos a los que fue destinado en los grupos lingüísticos en donde será utilizado.
- Estándar 13.6: cuando el propósito es que las dos versiones de diferente idioma del test sean comparadas, la evidencia de la comparabilidad del test deberá ser reportada.

⁴² HAMBLETON, Ronald; MEDENDA, Peter y SPIELBERG, Charles. Op. Cit. pp. 4

⁴³ MIKULIC. Op cit. pp. 41

⁴⁴ HAMBLETON, Ronald; MEDENDA, Peter y SPIELBERG, Charles. Op. cit. pp. 4

⁴⁵ HAMBLETON, Ronald; MEDENDA, Peter y SPIELBERG, Charles. Op. cit. pp. 5

- Estándar 6.2: cuando quien usa el test hace un cambio sustancial en el formato del test, modo de administración, instrucciones, idioma o contenido, deberá revalidar el uso del test para las condiciones que cambió o tener un soporte racional que demande que la validación adicional no es posible o necesaria.

5.3 VALIDACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

5.3.1 Confiabilidad. La confiabilidad se define como la cantidad de la varianza presente en los resultados de la medición que se debe a diferencias reales en la magnitud de atributo medido, o en otras palabras, es la proporción de varianza observada que es varianza verdadera. El hecho de usar el término estadístico “varianza”, se debe a que se tiene como supuesto que el error aleatorio presente en la medición tiene una distribución normal y por ende el promedio de todos valores observados en las mediciones realizadas, teóricamente infinitas, sería la mejor estimación del valor verdadero, lo cual es una aplicación del Teorema del Límite Central⁴⁶ procedente de la estadística. Una consecuencia del uso de este teorema es que se pueden aplicar las teorías estadísticas de distribución de probabilidades y con ello establecer intervalos de confianza para los resultados de las mediciones realizadas.

Cuando se hace referencia a la confiabilidad, en términos más aplicados y menos conceptuales, se está haciendo referencia a la consistencia de la medición obtenida, es decir, hasta qué punto se obtendría el mismo resultado (valor observado) si se hace nuevamente la medición con ligeras variaciones en el tiempo, o en el espacio, o en el formato y extensión del instrumento, entre otros. Cuanto más consistente el resultado (cuanto menos cambie), la medición será más exacta, es decir, el resultado observado es más similar al valor verdadero de la magnitud del atributo medido⁴⁷. Existen diferentes procedimientos para estimar la confiabilidad de un instrumento de medición, el más popular es consistencia interna.

5.3.2. Consistencia Interna. Este procedimiento parte del hecho de que todos los elementos que constituyen el instrumento están midiendo el mismo atributo y en consecuencia las respuestas de los examinados, deberían ser consistentes a lo largo del instrumento y las posibles variaciones en tales patrones deberían ser menores que las diferencias presentes entre las magnitudes de atributo de los examinados, es decir, que las respuestas particulares de los examinados crean patrones particulares. También implica que diferentes subconjuntos o partes del instrumento estiman de la misma manera el atributo medido, es decir, que cada

⁴⁶ GRINSTEAD, Charles M. y SNELL, J. Laurie. (1997). Central Limit Theorem. Introduction to Probability. 2 edición (en inglés), AMS Bookstore, pp. 325-360. ISBN 0821807498.

⁴⁷ HERRERA, A.N. (1998). Op. Cit. pp. 11

una de las múltiples partes en las que se puede dividir el instrumento constituye una forma paralela del mismo.

Existen diferentes procedimientos técnicos para la estimación de la consistencia interna, el más general es el Alpha de Cronbach, el cual se define como la intercorrelación promedio de un universo de reactivos o de todas las posibles partes, en las que se puede dividir el instrumento⁴⁸. El procedimiento técnico para la estimación del Alpha de Cronbach se basa en una sola aplicación del instrumento a un solo grupo de examinados, lo cual se debe a que la estimación de la confiabilidad se hace sobre el contenido representado en el conjunto de elementos que constituyen el instrumento y no en variaciones del tiempo de aplicación o en los conjuntos de elementos (ítems) aplicados. La estimación del Alpha de Cronbach se ve afectada tanto por las intercorrelaciones de los elementos como por la cantidad de elementos, de tal manera que un mismo grado de intercorrelación se ve potenciado por diferencias en la cantidad de elementos, pues a mayor cantidad de elementos mayor representación del atributo medido en el instrumento usado, aunque existe un punto de inflexión en el que esta cantidad de elementos deja de tener efectos significativos. Los parámetros de interpretación son: valores próximos a 1,00 indican mayor confiabilidad.

Tal como se ha indicado, la confiabilidad es una cuestión de grado, lo deseable es que esté cercana al límite superior (1,00). Sin embargo, en ocasiones esto no se logra, por lo que debe estimarse el Error de medición, que no es otra cosa que la desviación media de la inconsistencia expresada en términos de unidades de medida. Con base en este error se pueden establecer intervalos de confianza para el valor observado; cuanto más estrecho sea el intervalo, más información real proporciona el instrumento de medición⁴⁹.

5.3.3 Validez. Hogan⁵⁰ indica que los criterios de aplicación y calificación deben ser claros y exactos, al igual que altos niveles de confiabilidad son deseables en un instrumento; pero que lo más importante es la validez. La razón de esto es que la validez hace referencia al grado en que realmente el instrumento está midiendo el atributo que se supone mide. En ese sentido, la validez es la proporción de varianzas observada que es producida por diferencias individuales reales en el atributo que se pretende medir.

Tal como ya se ha indicado, la validez se ve afectada por el error sistemático, el cual es un error en la construcción del instrumento que lleva a que cada vez que el instrumento se use el error esté presente, debido principalmente a que no hubo una adecuada definición del atributo meta o que la operacionalización del atributo

⁴⁸ CRONBACH, L. Essentials of psychological testing, 4th ed. New York: Harper & Row, 1984.

⁴⁹ ANASTASI, A. y URBINA, S. (1998). Op. Cit.

⁵⁰ HOGAN, T. (2004) Pruebas Psicológicas: Una introducción práctica. México: Manual Moderno.

no fue completa o que simplemente se cree que se está midiendo algo, cuando en realidad no hay correspondencia entre lo medido y lo que se desea medir.

En Psicometría se han definido distintos aspectos relevantes de la validez; en este documento sólo se hará referencia a dos de ellos: validez de contenido y validez de constructo. El primero no cuenta con procedimientos matemáticos o estadísticos que permitan establecer un índice, por el contrario es una medida bastante simple pero útil para examinar si los elementos que constituyen el instrumento realmente son una representación adecuada de todos los posibles elementos que podrían constituir el instrumento, para realizar la medición que se pretende. Como se puede inferir del texto, el análisis consiste en la emisión de un juicio por parte de alguien que tiene profundos conocimientos del atributo que se pretende medir, es decir, se realiza a través de una evaluación de expertos o de jueces.

El segundo aspecto de la validez, el constructo, es más sofisticado y se enfoca en la obtención de evidencia sobre el grado en que el instrumento realmente mide el atributo (constructo) para el cual fue desarrollado. Las estrategias para la obtención de tales evidencias se basa en la diferenciación de grupos criterios, la convergencia con otros instrumentos que miden el mismo atributo, la congruencia con criterios externos, la correspondencia entre la estructura empírica del instrumento fruto de las intercorrelaciones de elementos con la estructura teórica fruto de las conceptualizaciones realizadas sobre el atributo medido. La estimación de la validez de constructo por medio de grupos criterios, consiste básicamente en tener grupos previamente constituidos por examinados con diferentes niveles de la magnitud de atributo; el supuesto subyacente es que el instrumento será válido si logra diferenciar correctamente los grupos que presentan magnitudes de atributo diferentes. Por lo regular, se usan pruebas estadísticas de inferencia sobre diferencias tales como la prueba t de Student para grupos independientes. Si grupos diferentes presentan puntuaciones medias significativamente diferentes, entonces el instrumento logra capturar adecuadamente las distintas magnitudes del atributo medido. Otro procedimiento similar consiste en tener grupos criterios (conjunto de personas que presentan determinadas características particulares), aplicarles el instrumento y analizar si el instrumento logra detectar las personas que pertenecen a este grupo criterio, de otras que no pertenecen a tal grupo.

Pero la validez de constructo también puede ser hallada haciendo uso de un análisis factorial⁵¹. El propósito de este procedimiento estadístico consiste en identificar el número mínimo de determinantes (factores) que se requieren para explicar las intercorrelaciones entre una batería de pruebas^{52*}. El resultado final es

⁵¹ GREGORY, Robert J. Evaluación Psicológica: historia, principios y aplicaciones. Editorial Manual Moderno. Santa Fe de Bogotá. 2001. ISBN 968-426-888-2. 815 págs.

⁵² *Ibid.* Pp. 136

* La fórmula general para el número de apareamientos entre N pruebas es $N(N-1)/2$.

una tabla que presenta la correlación de cada prueba con cada factor. Esta tabla ayuda a describir la composición factorial de una prueba y por tanto proporciona información relacionada con la validez de constructo.

5.4 DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL

En la década de los años 60 del siglo XX es Bruch⁵³ quien, al proponer los rasgos psicopatológicos en pacientes anoréxicas, orientó por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno; a partir de ese momento se adquirió conciencia en la comunidad científica de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “aprehenderla”.

5.4.1 Evolución del Concepto de Imagen Corporal. Los primeros logros en la definición de la imagen corporal provienen de la neurología. Es así como Fisher⁵⁴ revela que Bonnier en 1905 acuña el término de “*aschemata*” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “*autotopagnosia*”. Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial.

Paul Schilder, pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la Fisiología, del Psicoanálisis y de la Sociología, definiéndola como:

*“La imagen corporal es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos”*⁵⁵

Durante la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y los aspectos psicológicos asociados las proponían las teorías psicoanalíticas, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes.

5.4.2 Definición Actual de Imagen Corporal. Es muy probable que aún no se disponga de una definición definitiva de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término es indispensable asumir que se navega ante un constructo

⁵³ BRUCH, H. (1962): “Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa”. *Psychosomatic Medicine*, nº 24, pp. 187-194

⁵⁴ FISHER, S. (1990): “The Evolution of Psychological Concepts about the Body”. En T.F. Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 3-21. New York, The Guilford Press.

⁵⁵ SCHILDER, P. *The image and appearance of the human body*. N. York, International Universities Press. 1950. pp. 285

teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué nos referimos.

No obstante, es fundamental tomar como referente el concepto dado por Raich quien agrega que:

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.”⁵⁶

Diversos autores, entre los que se destacan Breakey⁵⁷, Pruzinsky y Cash⁵⁸ proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen cognitiva. Se refiere a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, incluye información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes. También incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo
- Una imagen Afectiva. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.
- Una imagen comportamental. Que incluye la manera como nos comportamos dentro del entorno social.

Para estos autores, la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia primordialmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad.

5.4.3 Alteraciones de la Imagen Corporal. Si existe un trastorno de la imagen corporal o si esta se encuentra alterada, no se sabe exactamente a qué se está refiriendo. Dado que la definición dada por Raich plantea que la imagen corporal es un constructo polifacético, existe una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está, de alguna forma, alterada.

Como entidad nosológica propia, existe una alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba Dismorfofobia, y que actualmente es

⁵⁶ RAICH, R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ediciones Pirámide. 2000

⁵⁷ BREAKEY, James. Op. Cit.

⁵⁸ PRUZINSKY, T. Y CASH, T.F. (1990): “Integrative themes in body-image development, deviance, and change”. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change, pp. 337 -349, N. York, The Guilford Press

considerado como Trastorno Dismórfico Corporal y para el cual existen tres criterios diagnósticos⁵⁹:

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Aparte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal.

5.4.4. Definición de Alteración de la Imagen Corporal. Las primeras referencias en este campo datan de finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma)⁶⁰. Bruch describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo.⁶¹

Garner y Garfinkel⁶² en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

- Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal, y
- Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física.

Desde este planteamiento, para hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal se está considerando como alterado. Entonces, el término “distorsión perceptual” puede, eventualmente, servir como expresión para nombrar la alteración de la imagen

⁵⁹ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington D.C., American Psychiatric Association. 1994

⁶⁰ RAICH, Op. Cit.

⁶¹ BRUCH, H. Op. Cit.

⁶² GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P.E. (1981): “Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications”. International Journal of Psychiatric in Medicine, nº 3, pp. 263-284.

corporal en el ámbito de la estimación de tamaño; e “insatisfacción corporal” como la expresión para designar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo.

No obstante, se encuentra en la literatura el uso de estos términos de forma indiferenciada, por ejemplo algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas⁶³. Para Sepúlveda y colaboradores⁶⁴, la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo no coincide con las características reales. Muchos teóricos reclaman esfuerzos en la clarificación terminológica, y proponen que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos⁶⁵.

Existen diversas aportaciones en este campo y para ese fin, se han propuesto las siguientes consideraciones⁶⁶:

No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal. Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida. Algunos autores proponen que el término más global podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste englobaría a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal⁶⁷

Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal, a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual, entre otros.

Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

⁶³ GARDNER, R.M. Y STARK, K. (1999): Development and validation of two new scales for assessment of body image”, *Perceptual and Motor Skills*, nº 89, pp. 981-993

⁶⁴ SEPÚLVEDA, A.R; BOTELLA, J. y LEÓN, J.A. (2001). “La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis”. *Psicothema*, nº 13, pp. 7-16.

⁶⁵ THOMPSON, J.K. (1990): *Body image disturbances: assessment and treatment*. Byent. New York, Pergamon Press

⁶⁶ BAILE AYENSA, J.I. (2002): *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*. Tesis Doctoral. Pamplona, Universidad Pública de Navarra.

⁶⁷ RAICH, R.M; et. al. (1994): “Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes”. *Psicologemas*, nº 8, Págs. 81-89.

5.4.5 Evaluación de la Imagen Corporal y sus alteraciones. Realmente no se han propuesto técnicas que evalúen la Imagen Corporal de forma “pura”, es decir como constructo psicológico sin alterar⁶⁸. Todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno.

Se han propuesto técnicas para evaluar los diferentes factores asociados:

- Alteraciones perceptivas: Dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal; para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión.
- Alteraciones de aspectos subjetivos: Persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Las técnicas más habituales en este campo han sido los cuestionarios de ítems tipo Likert.
- Aspectos varios. En torno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden aspectos varios como por ejemplo: auto-registros de conductas, cuestionarios que exploran experiencias personales de burlas o de abuso sexual, grado de influenciabilidad por medios de comunicación, entre otros.

Esta numerosa cantidad de técnicas comenzó su desarrollo ya en la década de los 50, cuando se realizan las primeras escalas diseñadas para la autoevaluación de la apariencia subjetiva,⁶⁹ y ha recibido durante estas décadas una importante atención a nivel mundial, dado que se han publicado cientos.

La mayoría de los investigadores que se han dedicado a estudiar la imagen corporal se han centrado exclusivamente en hacerlo desde una perspectiva negativa, y hasta cierto punto puede resultar lógico si consideramos que emociones como el miedo, la tristeza o la ira, asociadas a la discapacidad por amputación de una extremidad inferior, son señales de alarma que, si se obvian sistemáticamente, pueden generar problemas de una magnitud considerable. Además existen otras razones que explican el olvido al que han sido relegadas las cualidades positivas del ser humano en la ciencia⁷⁰. Las emociones positivas, por ejemplo, son más difíciles de estudiar, debido a que comparativamente son menos en cantidad que las negativas y a que son más difíciles de distinguir⁷¹. Ese balance negativo queda muy bien reflejado en el propio lenguaje cotidiano, de

⁶⁸ BAILE AYENSA, J.I. ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?. Op. cit. pp. 8

⁶⁹ JOURARD, S.M. y SECORD, P.F. (1955): “Body cathexis and the ideal female figure”. Journal of Abnormal and Social Psychology, nº 50, pp. 243-246.

⁷⁰ VERA POSECK, B. (2006). Op. Cit. pp. 5

⁷¹ SELIGMAN, M. y CSIKSZENTMIHALYI, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. American Psychologist, 55 (1), 5-14

forma que cualquier persona tendrá siempre mayor dificultad para nombrar emociones positivas.

Afortunadamente, en los últimos años, muchos investigadores han comenzado a teorizar en el campo de la Psicología Positiva, abriendo una nueva forma de entender la psicología humana⁷². Una de las teorías que de manera más densa representan esta corriente es la desarrollada por Bárbara Fredrickson. Esta teórica, reivindica la importancia de las cualidades positivas como vehículo para dar solución a muchos de los problemas que generan las emociones negativas y cómo a través de ellas, el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos⁷³. Este modelo propone que las cualidades positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento, de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar problemas.⁷⁴

Dicho de otra manera, es posible utilizar el ABIS como un instrumento que permita a los psicoterapeutas potenciar las cualidades de las personas con amputación de extremidades inferiores y así subsanar la afectación a la imagen corporal que dicha discapacidad conlleva.

5.5 AMPUTACIÓN, IMAGEN CORPORAL Y PSICOLOGÍA POSITIVA

La amputación se define como el corte y separación enteramente del cuerpo de un miembro o una porción de él⁷⁵ y puede realizarse por trauma o por cirugía. Existen casos especiales como la amputación congénita, un desorden congénito, donde la extremidad del feto ha sido cortada con bandas constrictivas. Estas diferencias se ven reflejadas de manera significativa en el daño que el tipo de amputación cause sobre la imagen corporal.

Como lo explican Rybarczyk y Jay M. Behel, la causa de una discapacidad puede tener un impacto sustancial en la respuesta del individuo y en última instancia la capacidad para hacer frente a la discapacidad y los cambios concomitantes en la imagen corporal⁷⁶. Pero no solo el tipo de amputación perjudicará significativamente la imagen corporal de la persona discapacitada; la pérdida de una mano o el brazo, debido a su naturaleza simbólica y alta multifuncionalidad,

⁷² VERA POSECK, B. (2006). Op. Cit. pp. 6

⁷³ Ibid. Pp 6

⁷⁴ FREDRICKSON, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being . Prevention & Treatment, vol.3

⁷⁵ RAE. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. En Línea desde http://buscon.rae.es/drae/SrvMtConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=amputación. 09 de abril de 2010

⁷⁶ RYBARCZYK, B y BEHEL, Jay M. Rehabilitation Medicine and Body Image. En Cash, Thomas F.; Pruzinsky, Thomas. Body Image : A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Pag.387 - 394 ISBN. 1572307773. 2002

es por ende más traumática que la pérdida de una pierna. Grunert y sus colegas⁷⁷ han encontrado que los individuos que han sufrido lesiones de manos y brazos experimentan más síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como también ven afectada la imagen corporal y evidencian más preocupaciones sociales. Este hallazgo pone de relieve cómo las discapacidades que amenazan la imagen del cuerpo y no pueden ocultarse fácilmente con una prótesis, puede presentar un ajuste psicológico más difícil para la persona que las condiciones que son igualmente discapacitantes y deformantes, pero tienen menos consecuencias para la aceptación del público.⁷⁸

Y es que sea cual sea la causa o sea cual sea la extremidad amputada, de ella se desprenden una serie de acontecimientos que propician una disminución en la imagen corporal. Como lo refiere Schaffalitzky y colaboradores,

*“la amputación de una extremidad es un acontecimiento que cambia la vida, que crea una diversidad de diferentes amenazas y retos, incluyendo el físico (dolor post-operatorio), los recursos financieros (adaptarse a los cambios potenciales de empleo), el medio ambiente (aprender a utilizar el transporte público) y aspectos psicosociales (las consecuencias emocionales, aprender a aceptar una nueva imagen del cuerpo, el estigma social y los cambios en los roles sociales). Para muchas personas, aprender a usar una prótesis es una consecuencia central de la amputación”.*⁷⁹

La persona que ha sufrido una amputación debe ajustarse a una serie de diferentes imágenes del cuerpo. Según Rybarczyk y colaboradores⁸⁰, la persona tiene que adaptarse a una imagen de sí mismo sin la extremidad amputada, mientras que sostienen una leve discusión mental con tres imágenes de su cuerpo: 1. antes de la pérdida de una extremidad, 2. Extremidad amputada sin prótesis, y 3. extremidad amputada con una prótesis.

Gallagher y MacLachlan⁸¹ establecieron en su estudio, que los participantes de grupos focales manifestaron incomodidad al momento de indagárseles sobre la prótesis. Evidenciaron una preocupación por la impresión generada en las demás

⁷⁷ GRUNERT, B. K., et al. (1992). Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Annals of Plastic Surgery*, 29, 537–542.—A study of the significant psychological adjustment problems experienced by individuals with hand injuries.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ SCHAFFALITZKY, Elisabeth et al. *La Adaptación A La Amputación y al Uso de Prótesis*. C. Murray (ed.), amputación, Prótesis uso, y el dolor del miembro fantasma: Una perspectiva interdisciplinaria, DOI 10.1007/978-0-387-87462-3_5, © Springer Science + Business Media, LLC 2010 66

⁸⁰ RYBARCZYK, B. et. al. (2000) Psychological adjustment to a limb amputation. In: Frank R, Elliott T (eds) *Handbook of rehabilitation psychology*. American Psychological Association, Washington, DC

⁸¹ GALLAGHER, P. y MacLACHLAN, M. (2001) Adjustment to an artificial limb: a qualitative perspective. *J Health Psychol* 6:85–100

personas y por el deseo de parecer "normal". De hecho, al someterse a una restricción de las actividades normales, tales como el auto-cuidado y visitar a los amigos, revela la importancia de la imagen corporal en el funcionamiento social⁸².

Con el transcurso del tiempo, algunas personas con discapacidad por amputación de una de sus extremidades pueden desarrollar auto-percepciones negativas derivadas de la alteración de su cuerpo. Por ejemplo, en un estudio realizado por Rybarczyk y colaboradores⁸³ en 1995, los individuos que habían sufrido la amputación de una extremidad hace muchos años volvieron a expresar vergüenza e incluso asco sobre su propio cuerpo como consecuencia de la amputación. Consideramos que este patrón de conducta es como una forma de auto estigmatización, en el sentido de que un individuo es producto de la internalización de los estigmas sociales que a menudo se aplican a las personas que se consideran anormales de alguna manera significativa⁸⁴.

El proceso de rehabilitación físico se da de manera paralela al proceso psicológico, en el que las características individuales de los discapacitados cumplen un papel fundamental en la recuperación⁸⁵. De hecho, la rehabilitación psicológica puede ser conceptualizada como un circuito de retroalimentación, en el que continuamente la imagen corporal proporciona la nueva información sobre el "yo" al que debe adaptarse⁸⁶. Esta nueva información puede incluir tanto la sensibilización como la comprensión de la discapacidad en sí y estas varían a medida que transcurre el tiempo sobre el proceso de recuperación⁸⁷. Se trata de un proceso evolutivo en el que la imagen del cuerpo constantemente se somete a revisión, proceso durante el cual la integridad se conserva mediante un adecuado equilibrio de asimilación y acomodación⁸⁸. Es aquí donde la psicología positiva cumple su cometido.

A pesar de los problemas potenciales de ajuste tras la aceptación de una discapacidad, la mayoría de las personas en última instancia, logran integrar estos

⁸² WILLIAMSON, G. M. (1995). Restriction of normal activities among older adult amputees: The role of public self-consciousness. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 229–242.— A study that delineates the relationship between activity restriction and public selfconsciousness/ body image concerns.

⁸³ RYBARCZYK, B; et al. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation Psychology*, 40, 95–110.—A follow-up study showing that a negative body image and perceived social stigma were predictive of poor adjustment to an amputation

⁸⁴ WILLIAMSON, G. M. Op. Cit.

⁸⁵ YUKER, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer.—A review of the literature on social biases and stigma.

⁸⁶ WRIGHT, B. A. (1983). *Physical disability: A psychological approach*. New York: Harper & Row.—A classic text on adjustment to a disability.

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ YUKER, H. Op Cit. Pp. 6

cambios y desarrollar una sana autoestima e imagen corporal. Desde la psicología positiva, se immortaliza que el ser humano tiene una inmensa capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles⁸⁹. Muchas de estas personas son resilientes, es decir que enfrentadas a un suceso traumático no experimentan síntomas disfuncionales ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. Otras, ven la posibilidad de aprender y crecer a partir de esas experiencias adversas⁹⁰.

Beatrice Wright ha proporcionado la investigación que esclarece la dinámica sobre cómo los individuos hacen un ajuste positivo, centrándose en los cambios que se producen en su sistema de valores⁹¹. Estos cambios incluyen comparar la pena con cualidades físicas (por ejemplo, "Yo soy una persona digna porque estoy en buena forma física"). Otros ajustes positivos ocurren cuando los cambios individuales permiten basar su autoestima en las cualidades no físicas y darles a estas un sentido de valor intrínseco (por ejemplo, "Soy tan importante como cualquier otra persona a causa de mi singularidad"). Este valor intrínseco está presente cuando, por ejemplo, el individuo llega a ver su prótesis ortopédica como una luz positiva, debido a lo que le permite hacer, en lugar de verla como algo negativo debido a su inferioridad con respecto a la forma en que es visto por los demás.

⁸⁹ VERA POSECK, B. (2004) Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. Revista de Psicología Positiva, vol. 1

⁹⁰ Ibid. Pp. 8

⁹¹ WRIGHT, B. A. Op.Cit. pp. 35

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuantitativo - instrumental, dado que se enfoca en el desarrollo de pruebas. En ese aspecto es necesario mencionar que se realizó no solo la adaptación, sino también el estudio de sus propiedades psicométricas. En este tipo de estudios se trabaja con fenómenos no directamente observables a los que se denominan constructos; dichos fenómenos son susceptibles de ser medibles y para ello se usan aproximaciones indirectas.⁹²

6.2 POBLACIÓN

En todo el mundo, la población que se encuentra en situación de discapacidad permanente ha sido estimada alrededor de un 10% (aproximadamente 600 millones de personas). Si a esto se le suma que el 15% de la población presenta una discapacidad transitoria y alrededor de un 12% se ubica en la franja de adultos mayores con alguna limitación, se llega casi a un sorprendente 40% de la población mundial que padece algún impedimento o restricción –permanente o temporaria– en sus capacidades⁹³. En Colombia se ha estimado que aproximadamente un 6,4% de su población (2.639.548 personas) presenta una limitación permanente que complica aún más la situación de pobreza e inequidad que presenta el país⁹⁴. Dentro de este porcentaje, en Colombia la prevalencia de discapacidad para caminar o moverse es de 29,5⁹⁵. Pero dicho informe no arroja datos exactos sobre cuántos de ellos posee amputación de algunas de sus extremidades. Sin embargo, y para efectos de este estudio, conformaron la población las personas nacidas y/o residentes en Colombia, en situación de discapacidad por amputación en una de sus extremidades inferiores y que obedezcan a los siguientes criterios de inclusión:

⁹² CARRETERO-DIOS, Hugo y PÉREZ, Cristino. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. Vol. 7, No. 3, pp. 863-882, 2007, (Universidad de Granada, España) International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600

⁹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaría. 2004. Tomado el 14 de agosto de 2007 de la pagina web: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/conveniones/DECLARACION-OMS.pdf>

⁹⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2006. Proceso de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá. Tomado el día 12 de septiembre de 2007 en la web: www.dane.gov.co.

⁹⁵ DANE. Op cit. Pp. 5

- Uso de prótesis ortopédica en algún momento de su vida, después de adquirir la discapacidad.
- Que accedan a participar en el estudio de forma voluntaria.

6.3 MUESTRA

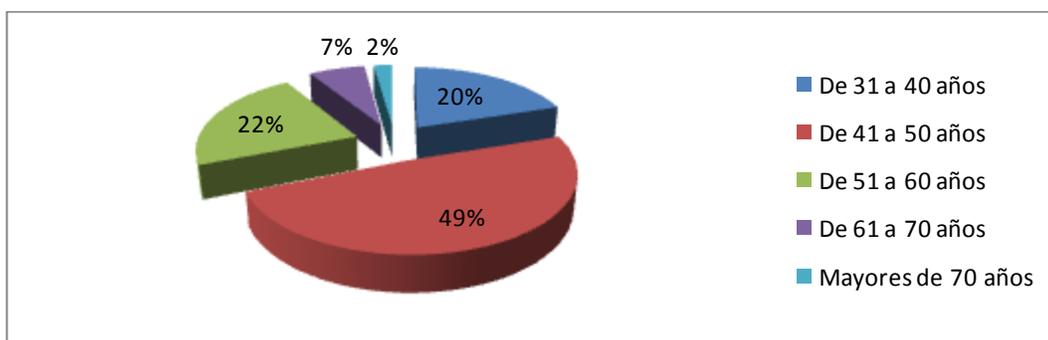
Se realizó un muestreo no probabilístico por juicio, selección experta o selección intencional, dado que permitió seleccionar los participantes según los criterios y juicios propuestos para la investigación. Al no contar con un dato estadístico que precise la población, se imposibilitó la aplicación de una fórmula estadística para calcular el tamaño de la muestra. No obstante, como lo refiere Daniel:

“¿Qué tan grande debe ser la muestra para que sea aplicable? No existe una sola respuesta, pues el tamaño de la muestra depende de la condición de no normalidad en la población. Una regla empírica establece que, en la mayoría de las situaciones prácticas, una muestra de tamaño 30 es suficiente”.⁹⁶

Así las cosas, la muestra se conformó por un total de 45 personas elegidas de entre la población. Se eligieron personas que residan en diferentes lugares del territorio colombiano.

6.3.1 Caracterización Socio-demográfica de la Muestra. La muestra estuvo conformada por 45 personas, quienes cumplieron cabalmente los criterios de inclusión para este estudio y cuyas características se desglosan a continuación:

Figura 1. Distribución de la Muestra por Rangos de Edad

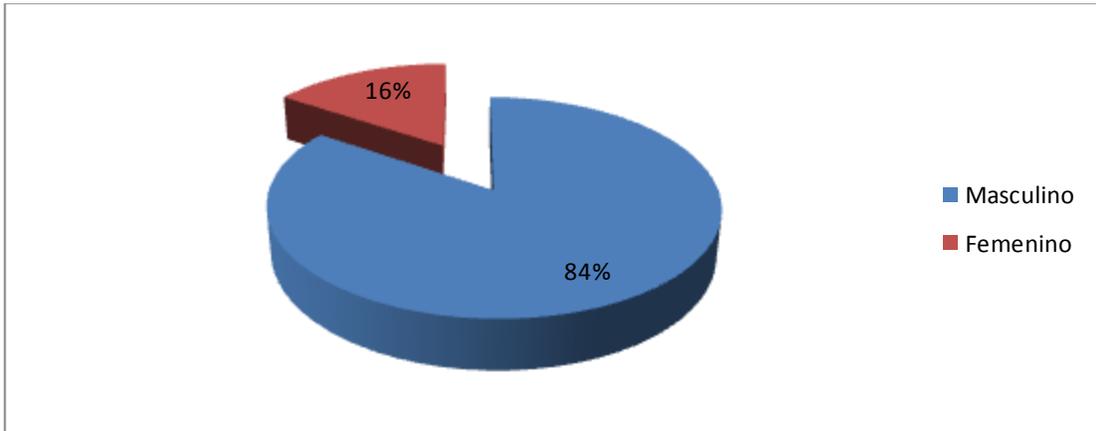


El promedio de edad de la muestra es de 47,42. Con una mediana de 46 años de edad. La desviación típica es de 9,454.

Esta gráfica permite observar que el rango de edad de las personas que participaron en la investigación inicia desde los 31 años de edad hasta los 80 años de edad.

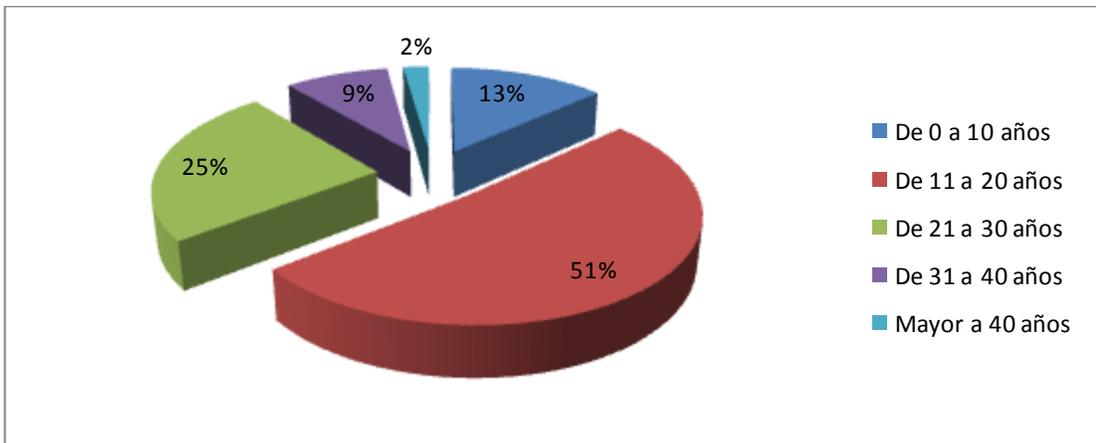
⁹⁶ DANIEL, Wayne W. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Uteha. Noriega editores. ISBN 968-18-5196-X. 1997. 878 p.

Figura 2. Distribución de la Muestra Según el Género



La clasificación de la muestra según el género nos permite observar que el 16% de la muestra corresponde al género femenino que en cantidad equivale a 7 personas; a su vez el 84% correspondiente a 38 personas del género masculino. Datos evidentes si se recuerda que la totalidad de la muestra fueron miembros de la Policía Nacional, en donde la mayoría de personas que trabajan o han trabajado allí son hombres.

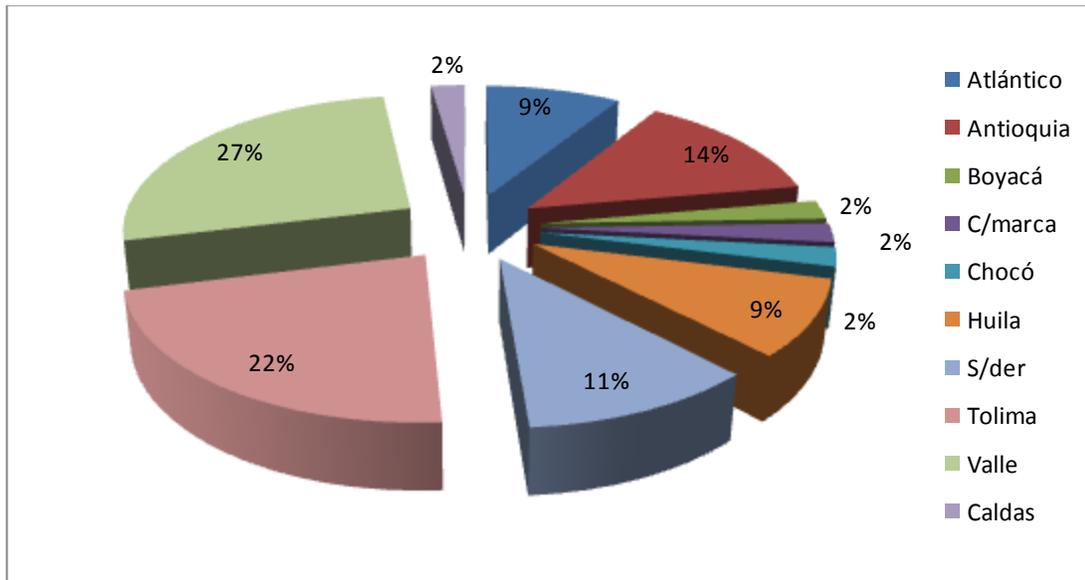
Figura 3. Distribución de la Muestra Según el Tiempo de Amputación



El promedio de tiempo de amputación es de 18,93 años. La mediana es 17 y la desviación típica es de 8,799.

Respecto del tiempo de amputación se pudo establecer que la gran mayoría de los sujetos que conformaron la muestra (51%) se encuentran en un rango de 11 a 20 años de amputado.

Figura 4. Distribución de la Muestra Según Lugar de Procedencia



Las 45 personas que forman la muestra proceden de 3 regiones del territorio colombiano (Atlántica, Pacífica y Andina). Están distribuidos de la siguiente manera:

Con una mayor representatividad encontramos al Valle del Cauca que corresponde al 27% de la muestra. Seguidamente encontramos un 22% de la muestra que corresponde a 10 personas procedentes del Dpto. del Tolima. Del Dpto. de Antioquia contamos para este estudio con 6 personas, que corresponden al 14% de la muestra. El 11% de la muestra que equivale a 5 personas son procedentes del Dpto. de Santander. Por otra parte, Huila y Atlántico tienen el 9% de la muestra cada uno, lo que corresponde a 4 personas de cada departamento. Boyacá, Cundinamarca, Chocó y Caldas poseen cada uno 2% del total de la muestra, lo que corresponde a una sola persona procedente a los anteriores departamentos.

6.4 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la adaptación y validación del ABIS en una muestra colombiana, se siguieron las fases que se desglosan a continuación:

Fase 1. Traducción al español del cuestionario original: La traducción al español del ABIS se realizó a través de un equipo de profesionales con más de 2 años de experiencia en el manejo del inglés: Johan Eduardo Rivera y Natalia Medina, ambos profesionales en Licenciatura Básica con Énfasis en Humanidades y Lengua Extranjera – Inglés, egresados de la Universidad Surcolombiana – Neiva.

Fase 2. Back Translation: Se llevó a cabo una retraducción del cuestionario desde el español al inglés, a fin de encontrar posibles errores en la traducción inicial. Este procedimiento lo llevó a cabo la Psicóloga Mariana Hezekiah, egresada de la UWI – University Of The West Indies St. Augustine de Trinidad y Tobago.

Fase 3. Validación de Contenido: Siguiendo las explicaciones de Tornimbeni y colaboradores⁹⁷, los Psicólogos Erika Losada López, egresada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – Tunja; Ps. Andrea Palacios egresada de la Universidad del Bosque – Bogotá D.C. y Ps. Juan Felipe Cardona, egresado de la Universidad Surcolombiana – Neiva, quienes poseen cada uno más de 2 años de reconocida experiencia en el manejo de pruebas psicológicas y/o trabajo con personas amputadas, conformaron el equipo de investigadores que evaluaron las características siguientes en cada uno de los ítems: 1) Claridad semántica y corrección gramatical; 2) Adecuación de su dificultad al nivel educativo y evolutivo de las personas y 3) Congruencia con el rasgo o dominio medido. Así mismo, y mediante un análisis de lenguaje, ubicaron cada uno de los ítems en las dimensiones que el ABIS evalúa (Cognitivo, Afectivo y Comportamental)⁹⁸.

Fase 4. Aplicación de la prueba piloto: Se aplicó a 6 personas con amputación en alguna de sus extremidades inferiores, residentes en el departamento del Huila, con el objeto de analizar cualitativamente el test. El objetivo principal de esta fase fue detectar ítems con mal funcionamiento, así como posibles dificultades de comprensión debidas a una inadecuada redacción de los mismos.

Fase 5. Aplicación final: El objetivo de esta fase fue determinar la fiabilidad y validez del instrumento.

Fase 6. Fase de Análisis: El propósito de esta fase fue analizar las características psicométricas del instrumento (ABIS), haciendo uso del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.5.1 Desarrollo Teórico del ABIS. El instrumento sujeto a adaptación es el ABIS (Amputee Body Image Scale) creada por James W. Breakey en 1997 (Ver Anexo A). Al revisar la literatura existente, el autor del ABIS encontró que Thompson⁹⁹, sugiere que la preocupación excesiva por la apariencia física es el elemento central que origina un desorden en la relación cuerpo – imagen¹⁰⁰.

⁹⁷ TORNIMBENI, S., PÉREZ, E; OLAZ, F.Y FERNÁNDEZ, A. (2004) Introducción a los Tests Psicológicos. 3º Edición revisada y aumentada. Ed. Brujas Córdoba, Argentina.

⁹⁸ GALLAGHER, Pamela et al. Op. cit. pp 15

⁹⁹ THOMPSON, J.K. Body image: extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies and a proposal for a new DSM diagnostic category-body-image disorder. Prog in Behav Modif 1992;28:3-54

Breakey, también encontró que en otros estudios se identificaron componentes afectivos, cognitivos y comportamentales, anexos a la perturbación de la imagen corporal. La medición del componente afectivo sobre la perturbación de la imagen corporal ha sido evidenciada en distintos estudios¹⁰¹⁻¹⁰², donde se indica que las personas con trastornos de la imagen corporal presentan sesgos, distorsiones y errores cognitivos en la valoración que hacen de su cuerpo.¹⁰³ Además, el componente comportamental de la perturbación en la imagen corporal ha sido estudiada por Rosen y colaboradores¹⁰⁴ y Thompson y colaboradores.¹⁰⁵

Thompson propone criterios para identificar un desorden en la imagen corporal, usando el modelo descriptivo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales:

- Un continuo descontento con un aspecto de la apariencia física que dificulta la participación en actividades sociales o de formación profesional.
- Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 - Ansiedad en el día a día, que pasa a ser agravadas por situaciones sociales.
 - Distorsiones cognitivas de insatisfacción con una zona corporal.
 - Comportamiento de evitación de las circunstancias cuando la apariencia física puede ser evaluada por el mismo o por otros.

Como lo sugiere Shontz,¹⁰⁶ para entender cómo una amputación afecta la imagen corporal, deben considerarse los efectos en cada una de las funciones del cuerpo. Es decir, que la amputación afecta los esquemas de expresión corporal y puede alterar la percepción del cuerpo como un instrumento para la acción¹⁰⁷.

¹⁰⁰ BREakey, James. Op. Cit. pp. 3

¹⁰¹ BUTTERS, J.W y CASH, T.F. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. J Consulting and Clin Psych 1987;55:889-97

¹⁰² CASH, T. F. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes and images. In: Cash TF, Pruzinsky T, eds. Body images: development, deviance and change. New York: Guilford, 1990; 51-79

¹⁰³ BREakey, James. Op. Cit. pp. 5

¹⁰⁴ ROSEN, J. C; SREBNIK, D; SALTZBERG, E. y WENDT, S. Development of a body-image avoidance questionnaire. J Consulting and Clin Psych 1991;3:32-7

¹⁰⁵ THOMPSON, J.K; HEINBERG, L y TANTLEFF, S. The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). The Behavior Therapist 1991;14:174

¹⁰⁶ SHONTZ, F.C. Body image and its disorders. Intl J Psychiatry Med 1974;5:4:461-72

¹⁰⁷ BREakey, James. Op. Cit. pp. 5

Descripción del ABIS. Se compone de 20 ítems que evalúan cómo un amputado se percibe y se siente respecto de su cuerpo. Los sujetos deben indicar sus actitudes a partir de un conjunto de enunciados que operan como reactivos, que van desde el polo más favorable al más desfavorable, de tal manera que la variación de las respuestas se deberá a diferencias individuales de los sujetos¹⁰⁸. Las opciones de respuesta son: 1= Nunca; 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = La mayoría de las veces y 5 = Siempre. Esta escala produce resultados que van de 20 a 100, donde los bajos resultados indican una relativa preocupación por la imagen corporal y las puntuaciones más altas indican la presencia de un problema crónico.

Resultados: La muestra (N = 90), conformada por hombres con amputación traumática de extremidades inferiores (60 amputados transtibiales y 30 amputados transfemorales), fue seleccionada al azar.

Prueba de confiabilidad: Para determinar si los 20 ítems del ABIS original están evaluando el mismo dominio, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach como procedimiento de investigación y su resultado fue 0,88. Entonces el ABIS puede considerarse fiable.¹⁰⁹

6.5.2 Formato para Traductores. En este formato (Ver Anexo B), los profesionales con reconocida experiencia en el manejo del inglés realizaron la traducción del idioma original (inglés) al español.

6.5.3 Formato para el Back Translation. En este formato (Ver Anexo C) se realizaron las comparaciones entre la versión original y la versión retraducida al idioma original para determinar su equivalencia.

6.5.4 Cuadro Valorativo. Otro de los instrumentos que se implementó en este estudio fue un cuadro valorativo (Ver anexo D). Permitted que los jueces, en calidad de analistas, plasmaran allí información y opiniones respecto de la redacción de cada uno de los ítems, además de las sugerencias y/o recomendaciones necesarias para adaptarlos. Además, permitió que calificaran de manera cuantitativa (según su apreciación en una escala de 1 a 100), qué tanto creían que ese ítem estaba midiendo el constructo objeto de investigación.

6.5.5 Formato para Pilotaje. Un quinto instrumento (Ver anexo E), fue el formato en el que los sujetos participantes del pilotaje pudieron expresar sus ideas respecto de cada ítem. Se tuvieron en cuenta, como criterios para la evaluación,

¹⁰⁸ CAÑADAS OSINSKI, Isabel y SÁNCHEZ BRUNO, Alfonso. Categorías de respuesta en escalas Tipo Likert. *Psicothema*, 1998. Vol. 10, nº 3, pp. 623-631.

¹⁰⁹ BREakey, James. Op. Cit. pp. 9

una escala de diferencial semántico¹¹⁰ teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Redacción, Claridad, Coherencia, Entendible y Pertinencia.

Bien redactado	1---2---3---4---5	Mal redactado
Claro	1---2---3---4---5	No Claro
Coherente	1---2---3---4---5	Incoherente
Entendible	1---2---3---4---5	Inentendible
Correcto	1---2---3---4---5	Incorrecto

Sumado a ello, los participantes del pilotaje pudieron expresar, en un espacio destinado para ello, las sugerencias y/o recomendaciones respecto de la prueba en general.

6.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Corcoran y Fischer¹¹¹ y Anatasi¹¹² afirman que la validez de contenido en el desarrollo de pruebas puede ser demostrada a raíz de un procedimiento de evaluación, donde la selección de elementos debe abarcar el contenido y el dominio. El autor del ABIS ha intentado lógicamente seleccionar elementos y formular preguntas para aprovechar el dominio de la imagen corporal y la pérdida de una extremidad inferior.

Evaluar la coherencia interna de un instrumento es un método para determinar la fiabilidad¹¹³. La consistencia interna de una prueba se ve influida por el contenido del muestreo y la heterogeneidad de la construcción del dominio particular en que se toman las muestras. Para determinar si los 20 ítems del ABIS están midiendo el mismo dominio, el autor del test utilizó el coeficiente alfa de Cronbach como procedimiento de investigación¹¹⁴ y el resultado fue 0,88. Nunnally¹¹⁵ afirma que la coherencia interna de las mediciones en un estado preliminar de desarrollo y validación debe ser de al menos 0,70. Cuando el coeficiente alfa es superior a 0,80 se indica que un instrumento de prueba posee excelente coherencia interna¹¹⁶; por tanto el ABIS, en su versión original, puede considerarse confiable.

¹¹⁰ SÁNCHEZ SALOR, Santos. Diferencial semántico y actitudes: un estudio sociológico entre estudiantes de bachillerato. El Basilisco, número 6, enero-abril 1979. En Línea desde <http://www.fgbueno.es/bas/pdf/bas10602.pdf>

¹¹¹ CORCORAN, K y FISCHER, J. Measures for clinical practice. New York: The Free Press: Macmillan Inc., 1987.

¹¹² ANASTASI. Op. Cit. pp. 15

¹¹³ ANASTASI. Op. Cit. pp. 16

¹¹⁴ CRONBACH, L. Op.Cit.

¹¹⁵ NUNNALLY, J. Psychometric theory, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

¹¹⁶ CORCORAN. Op. cit. pp. 15

Igual procedimiento estadístico se realizó con la versión adaptada del instrumento y el resultado fue 0,768, lo que permite establecer que mencionada versión del ABIS también presenta indicadores óptimos de confiabilidad.

Se halló el coeficiente de confiabilidad a través de un análisis por mitades. Se dividió la prueba en dos partes y se corrigió con la fórmula de Spearman Brown, dado que puede generar una medida de confiabilidad a partir de una sola aplicación. Al hacer una división por mitades equivalentes, se obtienen dos puntajes de un mismo sujeto para establecer la estabilidad de la prueba en el contexto en el que se aplicó, de esta manera el coeficiente de confiabilidad, oscila entre 0 y 1, donde 0 indica no confiabilidad y 1 señala máximo de confiabilidad. Se espera entonces que el coeficiente se acerque a 1 y así lograr el menor error posible en la medición.

Todos los instrumentos usados en el proceso de adaptación, es decir, tanto el formato para traductores y el formato para el Back Translation como el formato para el cuadro valorativo y el formato para pilotaje se sometieron a un análisis por juicio de expertos (realizado por los Psicólogos que participaron de la Fase de Validación de contenido), quienes juzgaron y solicitaron en cada uno de ellos los ajustes necesarios para realizar un procedimiento de adaptación adecuado.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Se trató de una investigación en la que existió un riesgo mínimo para los sujetos puesto que no se hizo intervención alguna con tratamientos, es decir que la manipulación experimental fue indirecta. No obstante, como este estudio involucró sujetos humanos, se consideraron algunos aspectos éticos a fin de brindar científicidad al mismo y como una forma de responsabilidad y respeto hacia las demás personas, la investigación y los investigadores mismos. Tales aspectos están plasmados en la resolución 8430 de 1993¹¹⁷ emanada del Ministerio de Salud en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; y en la Ley 1090 de 2006¹¹⁸ por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético.

Se hizo necesario contar con el previo consentimiento informado de la persona que se disponía a contestar el test (Ver Anexo F). En este documento se incluyeron entre otros aspectos:

- Los objetivos y propósitos del estudio, además de los procedimientos experimentales.
- La libertad que tuvieron los sujetos de retirarse del estudio en cualquier momento que desearan.
- El tratamiento que recibieron los sujetos por su participación en el estudio.
- La confidencialidad de la información suministrada por los participantes en el estudio.

El artículo 2° de la ley 1090 de 2006 provee unos principios universales que rigen el ejercicio de la profesión Psicológica en Colombia y que fueron nuestro soporte. Éstos se desglosan a continuación:

Responsabilidad. Se mantuvieron los más altos estándares en la profesión. Se aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de los actos.

¹¹⁷ MINISTERIO DE SALUD. Resolución Numero 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4 de 1993

¹¹⁸ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 6 de 2006. Diario Oficial – Edición 46.383

Estándares morales y legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

Confidencialidad: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Se revela tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

Bienestar del usuario: Se respetó la integridad y se protegió el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales se trabajó. Se mantuvo suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y se reconoció la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Evaluación de técnicas: Los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Se evitó el uso indebido de los resultados de la evaluación. Se respetó el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzó por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Se garantizó el uso debido de las técnicas de evaluación, por parte de otros.

Investigación con participantes humanos: Descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. El psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

Sumado a lo anterior, se prohibió la realización o contribución de cualquier práctica que atente contra la libertad de la persona y su integridad física y psíquica. (Respeto a la persona - Artículo 6°); al exigir que el Psicólogo esté “profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo o investigación” se cumplió con lo estipulado en el artículo 17- Competencia profesional. Se propendió por “El progreso de la ciencia y de la profesión” mediante la

investigación y la comunicación del saber. (Principio de progresión científica - Artículo 33).

8. RESULTADOS

8.1 CONFIABILIDAD

La consistencia interna del test con 20 ítems se determinó haciendo uso del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows, en el que se estableció:

8.1.1 Coeficiente Alpha de Cronbach

Tabla 1. Coeficiente Alpha de Cronbach del Total del Test

ALFA DE CRONBACH	Nº DE ÍTEMS
0,768	20

El Alpha de Cronbach del total del test fue 0,768. Ello indica que el instrumento adaptado (ABIS) con sus 20 ítems está midiendo el mismo dominio o constructo¹¹⁹, presenta homogeneidad y por tanto, su aplicación es viable para este tipo de población.

8.1.2 Análisis de correlación Ítem – Test

Tabla 2. Correlación Ítem – Test

	CORRELACIÓN ÍTEM – TEST CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM
ITEM 1	,274	,762
ITEM 2	,098	,774
ITEM 3	,243	,764
ITEM 4	,375	,756
ITEM 5	,498	,747
ITEM 6	,426	,752
ITEM 7	,210	,766
ITEM 8	,529	,744
ITEM 9	,411	,753
ITEM 10	,314	,759
ITEM 11	,204	,767
ITEM 12	,327	,758
ITEM 13	,258	,764
ITEM 14	,460	,748
ITEM 15	,038	,778
ITEM 16	,462	,748
ITEM 17	,356	,756
ITEM 18	,358	,756
ITEM 19	,275	,763
ITEM 20	,506	,744

¹¹⁹ NUNNALLY, J. Op. Cit.

Como se observa en la tabla 2, los ítems 1, 2, 3, 7, 11, 13, 15 y 19 poseen correlaciones inferiores a 0,30. Este puntaje indicaría que son susceptibles de ser eliminados¹²⁰, si al realizar este proceso aumenta el Alpha de Cronbach del total del instrumento. Los ítems 2 y 15 cumplen este postulado.

8.1.3 Análisis de correlación Ítem – Ítem de Pearson

Tabla 3. Correlación ítem – Ítem (Del 1 al 10 con 1 al 10)

	ITE3, 4 y 5M 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10
ITEM 1	1	,212	,071	-,070	,314(*)	,174	,124	,216	,144	-,046
ITEM 2		1	-,220	-,039	,103	-,062	,163	,002	,088	,188
ITEM 3			1	,106	,186	,252	,014	,371(*)	,106	,161
ITEM 4				1	,082	,180	,189	,171	,359(*)	,062
ITEM 5					1	,141	,201	,377(*)	,201	,339(*)
ITEM 6						1	,111	,524(**)	,058	,062
ITEM 7							1	,056	,206	,113
ITEM 8								1	,241	,129
ITEM 9									1	,200
ITEM 10										1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 4. Correlación ítem – Ítem (Del 1 al 10 con 11 al 20)

	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20
ITEM 1	,239	,126	-,036	,249	,070	,071	,112	,215	,027	,059
ITEM 2	-,018	-,130	,043	,056	,035	,086	,289	,148	,000	-,034
ITEM 3	,033	,052	,328(*)	,203	-,117	,319(*)	,058	,082	-,144	,173
ITEM 4	,155	,205	,292	,068	-,140	,330(*)	,256	,106	,275	,315(*)
ITEM 5	,045	-,037	,153	,649(**)	-,074	,370(*)	,014	,360(*)	,195	,417(**)
ITEM 6	,193	,216	-,100	,173	-,100	,146	,622(**)	,275	,062	,499(**)
ITEM 7	-,290	,010	,096	,437(**)	-,167	,278	-,008	,127	,087	,059
ITEM 8	,179	,291	,073	,331(*)	-,030	,191	,373(*)	,203	,195	,381(**)
ITEM 9	-,003	,193	,113	,196	,170	,385(**)	-,031	,433(**)	,312(*)	,015
ITEM 10	-,070	-,119	,252	,198	,166	,257	,017	,276	-,051	,396(**)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

¹²⁰ TORNIMBENI, S; PÉREZ, E; OLAZ, F; CORTADA DE KOHAN, N; FERNÁNDEZ, A y CUPANI, M. Introducción a la psicometría. Volumen 85 de Evaluación Psicológica. Editorial Paidós, 2008. 9501260852, 9789501260854. 280 págs.

Tabla 5. Correlación ítem – Ítem (Del 11 al 20 con 11 al 20)

	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20
ITEM 11	1	,420(**)	,118	-0,029	,457(**)	-0,021	,172	-0,083	,170	,066
ITEM 12		1	,012	,135	,277	,300(*)	,154	-0,009	,250	,261
ITEM 13			1	,117	-0,069	,164	,236	-0,135	,257	,177
ITEM 14				1	-0,062	,383(**)	,004	,307(*)	,105	,289
ITEM 15					1	-0,144	-0,174	,129	,186	-0,128
ITEM 16						1	,123	,334(*)	,058	,169
ITEM 17							1	,047	,100	,520(**)
ITEM 18								1	-0,033	,275
ITEM 19									1	,176
ITEM 20										1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las tablas 3, 4 y 5 muestran que 36 correlaciones ítem – ítem son negativas entre sí, dichas correlaciones son: el ítem 1 con el ítem 4(-,070), el ítem 10 (-,046) y con el ítem 13 (-,036). El ítem 2 con los ítems 3 (-,220), ítem 4 (-,039), ítem 6 (-,062), ítem 11 (-,018), ítem 12 (-,130), e ítem 20 (-,034). El ítem 3 con el ítem 15 (-,117) y el ítem 19 (-,144). El ítem 4 con el ítem 15 (-,140). El ítem 5 con el ítem 12 (-,037) y el ítem 15 (-,074). El ítem 6 con los ítems 13 (-,100) y 15 (-,100). El ítem 7 con los ítems 11 (-,290), 15 (-,290) y 17 (-,008). El ítem 8 con el ítem 15 (-,030). El ítem 9 con el ítem 11 (-,003) y el ítem 17 (-,031). El ítem 10 con los ítems 11 (-,070), 12 (-,119) y 19 (-,051). El ítem 11 con el ítem 14 (-,029), con el ítem (-,021) y con el ítem 18 (-,083). El ítem 12 con el ítem 18 (-,009). El ítem 13 con el ítem 15 (-,009) y con el ítem 18 (-,135). El ítem 14 con el ítem 15 (-,062). El ítem 15 con los ítems 16 (-,144), 17 (-,174) y 20 (-,128) y por último el ítem 18 con el ítem 19 (-,033). Este gran número de correlaciones negativas dan pie a creer que no existe consenso en el constructo que dichos ítems pretenden medir. No se podría establecer que esto se origina debido a ítems planteados negativamente, dado que los ítems 3, 12 y 16 que en la versión original y traducida están planteados de esta manera, sus puntuaciones se invirtieron a fin de facilitar los análisis psicométricos.

Ahora bien, las correlaciones significativas a nivel de 0.01 (bilateral) y que podrían estar unificadas en torno a la medición de un mismo constructo son: El ítem 5 con el ítem 14 (,649), con el ítem 20 (,417). El ítem 6 con el ítem 8 (,524) con el ítem

17 (,622) y con el ítem 20 (,499). El ítem 7 con el ítem 14 (,437). El ítem 8 con el 20 (,381). El ítem 9 con el ítem 16 (,385) y con el ítem 18 (,433). El ítem 10 con el ítem 20 (,396) el ítem 11 con el ítem 12 (,420) y con el 15 (,457). El ítem 14 con el ítem 16 (,383) y el ítem 17 con el ítem 20 (,383).

8.1.4 Análisis de correlación ítem – Dimensión. Como lo sugiere Gallagher y colaboradores¹²¹ la escala revisada contiene ítems que se relacionan y se conglomeran en tres dimensiones: 1. Afectiva (por ejemplo, el ítem 1), 2. Cognitiva (por ejemplo, el ítem 8), y 3. Comportamental (por ejemplo, el ítem 10). Todos ellos componentes de la imagen corporal¹²². Como la información suministrada por Gallagher no relaciona todos los ítems en cada una de las dimensiones, se determinó ubicar los 20 ítems en las dimensiones ya dichas haciendo uso de un análisis de lenguaje¹²³, es decir, haciendo uso de cada una de las palabras que conforman el ítem se puede identificar a cuál de los aspectos dimensionales sobre la imagen corporal se está refiriendo (puesto que la actividad lingüística es una forma de conducta¹²⁴). Posterior a ello, se llevó a cabo una correlación ítem – dimensión que arrojó los siguientes resultados:

- **Dimensión cognitiva. (ítems 3, 8, 9, 11, 13, 15, 19):** Alpha de Cronbach de la dimensión: 0,536.

Tabla 6. Estadísticos ítem - dimensión cognitiva

	CORRELACIÓN ÍTEM- DIMENSIÓN CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM
ITEM 3	,168	,533
ITEM 8	,322	,475
ITEM 9	,301	,484
ITEM 11	,302	,482
ITEM 13	,260	,500
ITEM 15	,192	,525
ITEM 19	,315	,475

¹²¹ GALLAGHER, Pamela et al. Op. cit. pp 15

¹²² BREAKEY, James. Op. Cit.

¹²³ CASTILLA DEL PINO, Carlos. Análisis del Lenguaje: Modelo Hemenéutico. En Lecturas del Texto Dramático: Variaciones sobre la obra de Lorca. Universidad de Oviedo. ISBN 84-7468-269-X. 1990

¹²⁴ Ibíd. Pp. 9

- **Dimensión Afectiva.** (ítems 1,4, 6, 7, 12, 16, 18): Alpha de Cronbach de la dimensión: 0,585

Tabla 7. Estadísticos ítem - dimensión afectiva

	CORRELACIÓN ÍTEM- DIMENSIÓN CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM
ITEM 1	,194	,579
ITEM 4	,313	,544
ITEM 6	,332	,536
ITEM 7	,247	,566
ITEM 12	,250	,570
ITEM 16	,483	,468
ITEM 18	,308	,545

- **Dimensión Comportamental.** (ítems 2, 5, 10, 14, 17, 20): Alpha de Cronbach de la dimensión: 0,642

Tabla 8. Estadísticos ítem - dimensión comportamental

	CORRELACION ÍTEM- DIMENSIÓN CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM
ITEM 2	,175	,667
ITEM 5	,515	,549
ITEM 10	,369	,601
ITEM 14	,375	,597
ITEM 17	,290	,630
ITEM 20	,538	,525

El Alpha de Cronbach de cada una de las dimensiones fue inferior a 0,70. Es decir que si se pretendiera realizar su aplicación por si solas, sus resultados no serían confiables. Así mismo, se identifica que en la dimensión Cognitiva (Ver tabla 6) los ítems 3 (0,168), 13 (0,260) y 15 (0,192); en la dimensión Afectiva (Ver tabla 7) los ítems 1 (0,194), 7 (0,247) y 12 (0,250); en la dimensión Comportamental (ver tabla 8) el ítem 2 (0,175) y el ítem 17 (0,290) pueden ser eliminados dado que sus correlaciones con sus respectivas dimensiones son inferiores a 0,30¹²⁵.

8.1.5 Coeficiente de División por Mitades con corrección de Spearman Brown

Tabla 9. Coeficiente de División por Mitades con corrección de Spearman Brown

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,630
		N de elementos	10(a)
	Parte 2	Valor	,614
		N de elementos	10(b)
	N total de elementos		20
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,780
	Longitud desigual		,780

¹²⁵ TORNIMBENI, S; PÉREZ, E; OLAZ, F; CORTADA DE KOHAN, N; FERNÁNDEZ, A y CUPANI, M. Op. Cit.

El Alpha de Cronbach de la parte 1 (ítems del 1 al 10) es de 0,630 y el de la parte 2 (ítems del 11 al 20) es de 0,614. El resultado del coeficiente de división por mitades de Spearman-Brown fue: 0,780 (Ver tabla 9). Ello indica que el ABIS presenta indicadores suficientemente buenos para cualquier propósito de investigación¹²⁶.

8.1.6 Análisis Factorial

Tabla 10. Kaiser Meyer Olkin y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,438
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	315,719
	Gl	190
	Sig.	,000

Tabla 11. Análisis Factorial - Matriz de componentes rotados

	Componente		
	I	II	III
ITEM 1	,099	,277	,282
ITEM 2	-,050	,255	-,012
ITEM 3	,421	,195	-,096
ITEM 4	,408	,172	,201
ITEM 5	,257	,697	,047
ITEM 6	,780	-,007	,095
ITEM 7	,053	,549	-,191
ITEM 8	,636	,221	,244
ITEM 9	-,017	,573	,400
ITEM 10	,125	,500	-,051
ITEM 11	,181	-,242	,742
ITEM 12	,280	-,040	,662
ITEM 13	,278	,151	,043
ITEM 14	,221	,698	,025
ITEM 15	-,334	-,008	,721
ITEM 16	,266	,598	,077
ITEM 17	,786	-,162	,035
ITEM 18	,106	,604	,110
ITEM 19	,112	,128	,510
ITEM 20	,743	,195	,040

El análisis factorial se realizó con rotación Varimax, y se obtuvo un KMO (Kaiser Meyer Olkin) de 0,438; prueba de esfericidad de Bartlett, $X^2 = 315,719$; gl. = 190; p = 0,000; con una varianza de 41,2%. La regla estadística de la medida de adecuación del muestreo de KMO establece que para ser apropiada debe estar en

¹²⁶ HOGAN, T. Op. Cit.

un valor entre 0,70 a 1,00¹²⁷. Como el resultado obtenido fue de 0,438 significa que no existe adecuación muestral (Ver tabla 10).

No obstante, al realizar el análisis factorial (Ver tabla 11), en el factor I se identificaron los ítems 3 (0,421), 4 (0,408), 6 (0,780), 8 (0,636), 13 (0,278), 17 (0,786) y 20 (0,743); en el factor II los ítems 2 (0,255), 5 (0,697), 7 (0,549), 9 (0,573), 10 (0,500), 14 (0,698), 16 (0,598) y 18 (0,604); y en el factor III se identificaron los ítems 1 (0,282), 11 (0,742), 12 (0,662) y 19 (0,510). Esta asociación factorial confirma una vez más los resultados obtenidos por la realización del Alpha de Cronbach de cada una de las dimensiones (denominadas en este punto como factores), las dimensiones por si solas no son confiables.

8.2 VALIDEZ

Se empleó una serie de herramientas para la culminación de cada uno de los pasos propuestos hacia el objetivo principal de este estudio, la adaptación del ABIS en una muestra colombiana.

El instrumento original se encontraba en el idioma inglés, por lo que se hizo necesario realizar la traducción al español haciendo uso del instrumento creado para tal fin (Ver tablas 12 y 13), tanto de las instrucciones como de cada uno de los ítems que conforman la prueba.

Posterior a ello, se realizó el Back Translation a fin de determinar la equivalencia con el documento original. (Ver tabla 14)

8.2.1 Validez basada en el contenido. Se llevó a cabo mediante juicio de expertos, por medio del instrumento de adaptación creado para este fin (Ver Anexo D).

Los resultados obtenidos se desglosan de la siguiente manera:

- Todos los ítems fueron aprobados mediante evaluación cuantitativa, dado que ninguno promedió inferior a 50 (ver tabla 15). Para hallar este promedio, se suman las puntuaciones asignadas por los expertos a cada ítem y se divide por el número de puntuaciones.
- La adaptación lingüística detectó ítems con mal funcionamiento, dificultades de comprensión debidas a una mala redacción de los mismos y desconocimiento de algunos términos. (Ver tabla 16)
- Los ítems que poseen palabras como “ansioso y capacidades funcionales” fueron objeto de adaptación lingüística, buscando claridad y comprensión.

¹²⁷ HERVÁS GÓMEZ, Carlos y MARTÍN NOGALES, Josefa. Diseño y desarrollo de un instrumento para valorar el Ambiente de clases de NN.TT.(). En línea desde <http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/nov01/herv2.htm>. Tomado el día 19 de mayo de 2010

- Se realizaron ajustes relacionados con redacción dado que existen en la escala ítems con palabras cuyo significado podría resultar confuso para sujetos con baja escolaridad.
- Según el análisis de los expertos, la escala posee ítems que permiten identificar una posible alteración en la imagen corporal en este tipo de población.

Tabla 12. Traducción y Adaptación de las Instrucciones

INSTRUCCIONES EN INGLES	INSTRUCCIONES TRADUCIDAS	INSTRUCCIONES MODIFICADAS
<p>This questionnaire is designed to measure how you see and feel about your body image. It is not a test so there are no rights or wrong answer. Please answer each item as carefully and as accurately as you can by placing the appropriate number beside each question as follows.</p> <p>1=None of the time 2=Rarely 3=Some of the time 4=Most of the time 5=All of the time</p>	<p>El cuestionario está diseñado para medir cómo se ve usted mismo y cómo se siente con su imagen corporal. No es un test con respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda pregunta con el mejor cuidado y precisión posible.</p> <p>Marque con X como considere:</p> <p>Nunca Rara vez A menudo Usualmente Siempre</p>	<p>Este cuestionario está diseñado para medir como se ve y se siente con su imagen corporal. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda cada enunciado con la mayor sinceridad, marcando con una X el número correspondiente al frente, teniendo en cuenta la siguiente escala:</p> <p>1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = La mayoría de las veces 5 = Siempre</p>

8.2.2 Validez basada en el Constructo. Se determinó en relación a la consistencia interna de los ítems mediante la aplicación del Análisis factorial y el Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0.768 para el total de la prueba.

8.2.3 Validez basada en referencia al criterio (concurrente). En el idioma español y específicamente en el contexto colombiano no existe instrumento alguno que permita evaluar imagen corporal en personas discapacitadas por amputación, razón por la cual se imposibilitó realizar este proceso. Es decir, se dificultó realizar la comparación con una forma de medición previamente existente.

Tabla 13. Traducción del ABIS

ÍTEM	ORIGINAL	TRADUCCIÓN ESPAÑOL
1	Because I am an amputee, I feel more anxious about my physical appearance in social situations than when I am alone	Debido a que soy amputado, me siento ansioso con mi apariencia física más en situaciones sociales que cuando estoy solo.
2	I avoid wearing shorts in public because my prosthesis would be seen.	Evito el uso de pantalones cortos en público, porque mi prótesis podría verse.
3	I like my overall physical appearance when wearing my prosthesis	Me gusta mi apariencia física general cuando estoy usando prótesis.
4	It concerns me that the loss of my limb impairs my body's functional capabilities in various activities of daily living.	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mis capacidades funcionales en diferentes actividades de la vida diaria.
5	I avoid looking into a full-length mirror in order <i>not</i> to see my prosthesis	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi prótesis.
6	Because I am an amputee, I feel anxious about my physical appearance on a daily basis.	En un día normal, me siento angustiado por mi aspecto físico debido a mi amputación.
7	I experience a phantom limb.	Tengo la sensación de miembro fantasma.
8	Since losing my limb, it bothers me that I no longer conform to society's idea of normal appearance.	Desde la pérdida de mi extremidad, me molesta no estar ajustado al ideal de apariencia normal que tiene la sociedad.
9	It concerns me that the loss of my limb impairs my ability to protect myself from harm	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de todo daño.
10	When I am <i>not</i> wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., I avoid social situations, swimming pool or beach activities, etc.).	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales, ir a piscina o a actividades de playa, etc.)
11	The loss of my limb makes me think of myself as <i>disabled</i> .	La pérdida de mi extremidad me hace pensar en mí mismo como discapacitado.

12	I like my physical appearance when <i>not</i> wearing my prosthesis	Me gusta mi apariencia física cuando no estoy usando prótesis.
13	When I am walking, people notice my limp	Cuando estoy caminando, la gente nota mi cojera.
14	When I am wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., I avoid any social situations, and/or I avoid swimming pool or beach activities etc.).	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito cualquier situación social, evito ir a piscina o a actividades de playa, etc.)
15	People treat me as disabled.	La gente me trata como a un discapacitado.
16	I like the appearance of my stump anatomy	Me gusta la apariencia de mi muñón.
17	I wear baggy clothing in an attempt to hide my prosthesis	Me pongo ropa holgada en un intento por ocultar mi prótesis.
18	I feel I must have four normal limbs to be physically attractive.	Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo.
19	It is important that my prosthesis and remaining anatomy of my affected limb are the same size as the other limb.	Es importante que mi prótesis tenga el mismo tamaño de la otra extremidad.
20	I avoid looking into a full-length mirror in order <i>not</i> to see my stump anatomy.	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi muñón.

Tabla 14. Back Translation al Inglés

ÍTEM	TRADUCCIÓN ESPAÑOL	BACKTRASLATION AL INGLÉS
1	Debido a que soy amputado, me siento ansioso con mi apariencia física más en situaciones sociales que cuando estoy solo.	Due to the fact that I'm amputee person, I feel more (excited) anxious with my physical appearance than when I am alone.
2	Evito el uso de pantalones cortos en público, porque mi prótesis podría verse.	I avoid to wear short pants in public, because my prosthesis could be seen.
3	Me gusta mi apariencia física general cuando estoy usando prótesis.	I like my general physical appearance when I am using my prosthesis.
4	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mis capacidades funcionales en diferentes actividades de la vida diaria.	I am worried about my physical condition as an amputee person because I think that my condition can affect my corporal abilities in different fields of my daily life.
5	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi prótesis.	I avoid seeing my whole body at the mirror in order to see my stump.
6	En un día normal, me siento angustiado por mi aspecto físico debido a mi amputación.	In a current day, I feel depressed because of my amputation.
7	Tengo la sensación de miembro fantasma.	I feel the sensation of a lacking of my extremity.
8	Desde la pérdida de mi extremidad, me molesta no estar ajustado al ideal de apariencia normal que tiene la sociedad.	Since I lost my extremity I feel angry for not being in the some ideal physical condition like the normal appearance of society.
9	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de todo daño.	I'm worried about the fact that I have lost my extremity affects my ability of taking care of myself.
10	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales, ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	When I'm using my prosthesis I avoid some situations in which my body can be noticed for others .
11	La pérdida de mi extremidad me hace pensar en mí	The fact that I am an amputee body person makes

	mismo como discapacitado.	me think in myself as a handicapped person.
12	Me gusta mi apariencia física cuando no estoy usando prótesis.	I like my physical appearance when I am not using my prosthesis.
13	Cuando estoy caminando, la gente nota mi cojera.	When I am walking people notice how I limp.
14	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito cualquier situación social, evito ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	When I am not using my prosthesis I avoid situations which I can be seen for other people (for instance, in a social meeting, swimming pool or beach activities).
15	La gente me trata como a un discapacitado.	People treat me like a handicapped person.
16	Me gusta la apariencia de mi muñón.	I like my stump appearance.
17	Me pongo ropa holgada en un intento por ocultar mi prótesis.	I don't like to wear tight clothes in order to hide my prosthesis.
18	Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo.	I feel I have to have four normal extremities to be physically attractive.
19	Es importante que mi prótesis tenga el mismo tamaño de la otra extremidad.	It is important for me the size of my prosthesis and my affected extremity anatomy has to be the same size that that the other extremity.
20	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi muñón.	I avoid see my whole body at the mirror due to the fact that I don't want to see my stump.

Tabla 15. Evaluación Cuantitativa de los Ítems

No.	ITEM	EVALUACION CUANTITATIVA (De 1 a 100)			
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Promedio
1	Debido a que soy amputado, me siento ansioso con mi apariencia física más en situaciones sociales que cuando estoy solo.	98	75	80	84,3
2	Evito el uso de pantalones cortos en público, porque mi prótesis podría verse.	100	85	60	81,7
3	Me gusta mi apariencia física general cuando estoy usando prótesis.	98	30	90	72,7
4	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mis capacidades funcionales en diferentes actividades de la vida diaria.	100	40	70	70
5	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi prótesis.	100	85	90	91,7
6	En un día normal, me siento angustiado por mi aspecto físico debido a mi amputación.	100	85	90	91,7
7	Tengo la sensación de miembro fantasma.	98	30	50	59,3
8	Desde la pérdida de mi extremidad, me molesta no estar ajustado al ideal de apariencia normal que tiene la sociedad.	100	30	50	60
9	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de todo daño.	98	85	90	91
10	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales, ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	100	85	90	91,7
11	La pérdida de mi extremidad me hace pensar en mí mismo como discapacitado.	100	90	90	93,3

12	Me gusta mi apariencia física cuando no estoy usando prótesis.	100	90	90	93,3
13	Cuando estoy caminando, la gente nota mi cojera.	95	85	90	90
14	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito cualquier situación social, evito ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	90	85	85	86,7
15	La gente me trata como a un discapacitado.	98	90	90	92,7
16	Me gusta la apariencia de mi muñón.	100	85	80	88,3
17	Me pongo ropa holgada en un intento por ocultar mi prótesis.	100	90	90	93,3
18	Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo.	100	30	90	73,3
19	Es importante que mi prótesis tenga el mismo tamaño de la otra extremidad.	100	70	90	86,7
20	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi muñón.	100	80	90	90

Tabla 16. Adaptación Lingüística de los ítems

ITEM	ITEM TRADUCIDO	ITEM MODIFICADO
1	Debido a que soy amputado, me siento ansioso con mi apariencia física más en situaciones sociales que cuando estoy solo.	Debido a que soy amputado, me siento angustiado con mi apariencia física, más en situaciones sociales que cuando estoy solo.
3	Me gusta mi apariencia física general cuando estoy usando prótesis.	Me gusta mi apariencia física cuando estoy usando prótesis.
4	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mis capacidades funcionales en diferentes actividades de la vida diaria.	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi desempeño en diferentes actividades de la vida diaria.
9	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de todo daño .	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de daño posible .
10	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales, ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales como ir a piscina o a actividades de playa, etc.)
14	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito cualquier situación social, evito ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales como ir a piscina o a actividades de playa, etc.)

9. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con una muestra conformada por personas en edad productiva, es decir, edades entre 25 y 60 años. Ello implica, como lo sugiere Frank y colaboradores¹²⁸ en su estudio, que las personas que adquieren una amputación a temprana edad, debido a su adaptación al proceso de envejecimiento, son más flexibles en la modificación de su imagen corporal después de la pérdida de su extremidad. A diferencia de las personas que adquieren la discapacidad (amputación de extremidad) en edad avanzada (adulto mayor), quienes se muestran ansiosos y vigilantes frente a las dificultades que tienen que atravesar para lograr reintegrar su vida a la sociedad. Algo es cierto, sea cual sea la edad en que se adquiere la amputación, los síntomas más frecuentes que se presentan son desánimo, ansiedad, insomnio, pensamientos suicidas y sensación de extremidad fantasma¹²⁹.

Ahora bien, el conflicto armado interno que afronta nuestro país, genera la gran mayoría de personas discapacitadas por amputación de extremidad inferior, todas ellas víctimas de MAP/MUSE. Muchos de ellos pertenecen a las fuerzas armadas, razón por la cual en su gran mayoría son varones¹³⁰. De allí que la mayor parte de la muestra de este estudio esté conformada por personas de género masculino. No obstante, el número de mujeres amputadas va en aumento, dado que las MAP/MUSE no diferencian género. Igual situación sucede con las otras causas de amputación de extremidades, entre las que sobresalen las patologías¹³¹ y los accidentes laborales.¹³²

Tal como se observó en los resultados, los datos del presente estudio muestran que la versión adaptada del ABIS presenta indicadores apropiados de confiabilidad. Igualmente posee una estructura factorial comparable a la indicada por la investigación internacional previa¹³³.

¹²⁸ FRANK, R; KASHANI, J; KASHANI, S; WONDERLICH, S; UMLAUF, R y ASHKANAZI, G. Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. *Br J Psych* 1984; 144: 493-7.

¹²⁹ FRIERSON, R. y LIPPMAN, S. *The psychological rehabilitation of the amputee*. Chicago: Charles Thomas, 1978.

¹³⁰ OFICINA PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS - OCHA. Op. Cit.

¹³¹ NLLIC, Acañ. Op. Cit.

¹³² REBOLLEDO, Policarpo. Op. Cit.

¹³³ GALLAGHER, Pamela et al. Op. cit.

Efectivamente, el instrumento evaluado muestra la existencia de tres factores correlacionados, los cuales corresponden a las dimensiones de "Imagen Cognitiva", "Imagen Afectiva" e "Imagen Comportamental", todas ellas componentes de la imagen corporal; aunque este análisis psicométrico difiere enormemente del análisis de lenguaje que se realizó para seleccionar los ítems que integrarían cada una de las dimensiones, es decir, el análisis factorial relacionó ítems que el análisis de lenguaje no hizo. Se deduce entonces, de los resultados obtenidos, que las dimensiones (factores) por si solas no son confiables.

Esta aseveración igualmente se sustenta en el hecho de que al realizar el Alpha de Cronbach de cada una de las dimensiones el resultado fue inferior a 0,70. No obstante, al realizarse el mismo procedimiento psicométrico al total del instrumento su Alpha de Cronbach es de 0.768. Esto indica, como ya se mencionó, que las dimensiones por si solas no son confiables, pero el instrumento como un todo mide el mismo constructo y presenta indicadores apropiados de confiabilidad. Igual deducción se puede hacer al observar el resultado obtenido mediante el coeficiente de división por mitades de Spearman Brown, cuyo resultado fue 0,780 para el instrumento en general.

Al revisar la correlación ítem – test se sugiere que pueden eliminarse algunos ítems, pero esta actividad no se lleva a cabo puesto que no aumenta de manera considerable la confiabilidad. Se optó por esta determinación dado que el análisis psicométrico, es sólo uno de los argumentos con los que cuenta el investigador para tomar decisiones. La misma sugerencia sucede en las correlaciones ítem – dimensiones, dado que algunos ítems poseen correlaciones inferiores a 0,30 y podrían eliminarse, pero ninguno de ellos aumenta notablemente el Alpha de Cronbach. Se cree entonces que estas falencias corresponden sólo a las dimensiones y por ello el fenómeno en discusión sigue siendo un interesante aspecto a explorar en investigaciones futuras.

El estudio de la imagen corporal ha cobrado gran relevancia para la Psicología Positiva, principalmente porque una imagen corporal óptima o adecuada posibilita la generación de emociones y conductas que propicien la búsqueda de soluciones a los diferentes trastornos y problemas que los seres humanos padecen¹³⁴. Así mismo, debido a la cada vez más temprana adquisición en el ciclo vital de una amputación, se hace urgente mejorar la comprensión del fenómeno en cuestión, desarrollar políticas de intervención y generar técnicas psicoterapéuticas novedosas que permitan modular su efecto en personas que presentan amputación de extremidades. Los datos entregados por este estudio intentan favorecer dichos objetivos, aportando un instrumento psicométrico para ser utilizado en el contexto de la investigación básica y aplicada.

¹³⁴ AFFLECK, G. y TENNEN, H.(1996) Construing benefits from adversity:Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4):112-124

De esta manera, se presenta a la comunidad investigativa lo que sería el primer reporte colombiano respecto a la fiabilidad y la validez de constructo de la versión en español del ABIS. En futuros estudios es necesario incluir otros métodos para evaluar la consistencia interna y/o externa del instrumento, a modo de configurar un cuerpo de evidencia que permita una mayor flexibilidad en el uso potencial de su aplicación.

10. CONCLUSIONES

- La traducción del ABIS hizo necesaria la modificación de algunos términos y la reorganización de algunas frases, a fin de darle coherencia y claridad al momento de su redacción.
- Adaptar instrumentos requiere de un proceso psicométrico que dé equivalencia a la prueba en la cultura destino. El proceso de adaptación del ABIS en una muestra colombiana se realizó mediante el juicio de expertos para hallar la validez, y la confiabilidad se halló mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, el coeficiente de división por mitades de Spearman Brown y el Análisis Factorial.
- El ABIS en su versión original obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,88. En la versión adaptada obtuvo 0,768. Ello indica que es un instrumento confiable, homogéneo y que mide el mismo constructo.
- El ABIS presenta indicadores apropiados de confiabilidad que permiten, a partir de su aplicación, la interpretación correcta de los resultados obtenidos en el total de la escala. No obstante, las dimensiones por si solas no son confiables, entonces su aplicación podría generar falsas elucidaciones.
- La idea de perder una parte anatómica, como una extremidad inferior, es devastador para la mayoría de la gente. Cuando esto sucede, suele presentarse una alteración de la imagen corporal¹³⁵. Asociado a dicha alteración, la persona amputada ve lesionada su integridad al encontrarse con que muy seguramente no podrá desempeñarse en las actividades que cotidianamente realizaba antes de haber adquirido la amputación.¹³⁶
- La apariencia física es una carta de presentación y de aceptación muy importante; las personas con discapacidades físicas suelen ser menos aceptadas por la sociedad debido al estigma que conlleva dicha discapacidad. La preocupación excesiva por la discapacidad está asociada al anhelo de alcanzar el modelo social que se impone¹³⁷. La imagen corporal constituye un

¹³⁵ BREAKEY, James W. Op. Cit. p. 1

¹³⁶ BREAKEY, James W. Op. Cit. p. 1

¹³⁷ BANFIELD, S. y McCABE, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.

elemento que influye en la calidad de vida de las personas¹³⁸. Depende de los profesionales de la Psicología el crear y promover estrategias de intervención adecuadas que permitan a las personas en condición de discapacidad mejorar su imagen corporal.

- La imagen corporal es un constructo que incluye múltiples dimensiones como la percepción, las actitudes, la cognición y el comportamiento¹³⁹. Todas ellas son susceptibles de ser evaluadas por separado o en conjunto.
- Este estudio representa uno de los primeros esfuerzos por establecer un instrumento válido y confiable para la población amputada en Colombia. Brinda la oportunidad de poder medir un constructo basado y desarrollado específicamente para la población discapacitada por amputación de extremidades inferiores. Uno de sus propósitos principales fue brindar una medida confiable que vaya a tono con la cultura colombiana. A este esfuerzo, en Colombia no se tiene evidencia concreta de que exista un inventario específico para este tipo de población y que explore la imagen corporal. Además, aunque el tamaño de la muestra ofreció al ABIS buenas características psicométricas, ello no es garantía suficiente para su posterior uso psicoterapéutico e investigativo, a excepción del interés por mejorar el instrumento.

¹³⁸ CALAF, Myralys; LEÓN, Mariela; HILERIO, Ibel y RODRÍGUEZ, José. Inventario de Imagen Corporal para Fémias Adolescentes (IICFA). Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2005, Vol. 39, Num. 3 pp. 347-354

¹³⁹ THOMPSON, J. K; HEINBERG, L. J; ALTABE, M; y TANTLEFF-DUNN, S. (1998). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association

11. RECOMENDACIONES

- Aunque el ABIS demuestra apropiadas características psicométricas para medir la imagen corporal en personas con amputaciones de miembros inferiores, estos resultados preliminares sugieren la adecuación del instrumento, es decir, agregar o eliminar ítems que permitan aumentar la confiabilidad a cada una de las dimensiones y porque no, al total de la escala.
- Se sugiere, para investigaciones posteriores, ampliar la muestra que permita enriquecer sus características psicométricas.
- Se hacen necesarios nuevos estudios para analizar los resultados reales de las nuevas estructuras y la respuesta a fin de confirmar la medición de sus propiedades en otras muestras, añadiendo validez clínica al instrumento.
- Se sugiere tener en cuenta, en futuras adaptaciones, que una traducción más apropiada al español usaría el tiempo presente simple (ej: ... cuando uso..., en lugar de "...cuando estoy usando..."). Esta recomendación surge dado que se observa que los ítems 3, 10, 12 y 14, en la versión original del ABIS utilizan el tiempo presente continuo (ej: ...When wearing...);
- Un siguiente paso razonable sería evaluar si los ítems del ABIS gozan de diferentes niveles de discriminación (funcionamiento diferencial de los ítems) sobre la característica de una muestra como el género o el nivel de la amputación.
- Se sugiere comenzar la normalización del ABIS con la finalidad de tener un instrumento especializado en el área de imagen corporal.

BIBLIOGRAFÍA

AFFLECK, G. y TENNEN, H.(1996) Construing benefits from adversity:Adaptationall significance and dispositional underpinnings. Journal of Personality, 64(4):112-124

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (1999). Standards for psychological and educational tests. Washington, D.C.

_____. Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington D.C., American Psychiatric Association. 1994

ANASTASI, A. y URBINA, S. (1998) Tests Psicológicos. Prentice Hall.Mexico. Séptima Edición.

BAILE AYENSA, J. I. ¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?. Centro Asociado de la UNED de Tudela. Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades, ISSN 1579-4806, Nº. 2, 2003, págs. 53-70

_____. (2002): Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. Tesis Doctoral. Pamplona, Universidad Pública de Navarra.

BANFIELD, S. y McCABE, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. Adolescence, 37, 373-393.

BISHOP, M (2005) Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. J Rehabil 71:5–13

BREAKEY, James W. (1997). Body image: the lower-limb amputee. Journal Prosthetics Orthotics. Vol. 9. Number 2. p. 58–66

BRUCH, H. (1962): "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa". Psychosomatic Medicine, nº 24, pp. 187-194

BUTTERS, J.W y CASH, T.F. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. J Consulting and Clin Psych 1987;55:889-97

CALAF, Myralys; LEÓN, Mariela; HILERIO, Ibel y RODRÍGUEZ, José. Inventario de Imagen Corporal para Fémias Adolescentes (IICFA. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2005, Vol. 39, Num. 3 pp. 347-354

CAÑADAS OSINSKI, Isabel y SÁNCHEZ BRUNO, Alfonso. Categorías de respuesta en escalas Tipo Likert. Psicothema, 1998. Vol. 10, nº 3, pp. 623-631.

CARRETERO-DIOS, Hugo y PÉREZ, Cristino. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. Vol. 7, No. 3, pp. 863-882, 2007, (Universidad de Granada, España) International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600

CASH, T. F. The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes and images. In: Cash TF, Pruzinsky T, eds. Body images: development, deviance and change. New York: Guilford, 1990; 51-79

CASTILLA DEL PINO, Carlos. Análisis del Lenguaje: Modelo Hermenéutico. En Lecturas del Texto Dramático: Variaciones sobre la obra de Lorca. Universidad de Oviedo. ISBN 84-7468-269-X. 1990

CASTRILLÓN MORENO, Diego; LUNA MONTAÑO, Iris; AVENDAÑO PRIETO, Gerardo y PÉREZ ACOSTA, Andrés M. Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. Acta colombiana de psicología 10 (1): 15-23, 2007

CHARMAZ, K (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociol Health Illn 5:168-197

CLARK, Carter D. La Investigación Científica (2ª ed. Corregida). Barcelona: Ariel. (2002) Investigación Cuantitativa en Psicología: Del diseño experimental al reporte de investigación. México: Oxford University Press.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 6 de 2006. Diario Oficial – Edición 46.383

CORCORAN, K y FISCHER, J. Measures for clinical practice. New York: The Free Press: Macmillan Inc., 1987.

CRONBACH, L. Essentials of psychological testing, 4th ed. New York: Harper & Row, 1984.

CUADRA, H. y FLORENZANO, R. (2003) El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12(1):83-96

DANIEL, Wayne W. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Uteha. Noriega editores. ISBN 968-18-5196-X. 1997. 878 p.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) - Censo General 2005. Discapacidad, personas con limitaciones permanentes. Tomado de http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf

_____. 2006. Proceso de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá. Tomado el día 12 de septiembre de 2007 en la web: www.dane.gov.co.

FISHER, S. (1990): “The Evolution of Psychological Concepts about de Body”. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change , pp. 3-21. New York, The Guilford Press.

FRANK, R; KASHANI, J; KASHANI, S; WONDERLICH, S; UMLAUF, R y ASHKANAZI, G. Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. Br J Psych 1984; 144: 493-7.

FREDRICKSON, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being . Prevention & Treatment, vol.3

FRIERSON, R. y LIPPMAN, S. The psychological rehabilitation of the amputee. Chicago: Charles Thomas, 1978.

GALLAGHER, P. y MacLACHLAN, M. (2001) Adjustment to an artificial limb: a qualitative perspective. J Health Psychol 6:85–100

GALLAGHER, P; HORGAN, O; FRANCHIGNONI, F; GIORDANO, A; MacLACHLAN, M. Body Image in People with Lower-Limb Amputation: A Rasch Analysis of the Amputee Body Image Scale. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 0894-9115/07/8603-0205/0. Copyright © 2007 by Lippincott Williams & Wilkins.

GARDNER, R.M. Y STARK, K. (1999): Development and validation of two new scales for assessment of body image”, Perceptual and Motor Skills, nº 89, pp. 981-993

GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P.E. (1981): “Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications”. International Journal of Psychiatric in Medicine, nº 3, pp. 263-284.

GONZÁLEZ VIEJO, Miguel Ángel y SALINAS CASTRO, Felip. Amputación de extremidad inferior y discapacidad: prótesis y rehabilitación. Editorial Elsevier España, 2005. 239 págs.

GREGORY, Robert J. Evaluación Psicológica: historia, principios y aplicaciones. Editorial Manual Moderno. Santa Fe de Bogotá. 2001. ISBN 968-426-888-2. 815 págs.

GRINSTEAD, Charles M. y SNELL, J. Laurie. (1997). Central Limit Theorem. Introduction to Probability. 2 edición (en inglés), AMS Bookstore, pp. 325-360. ISBN 0821807498.

GRUNERT, B. K., et al. (1992). Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up. *Annals of Plastic Surgery*, 29, 537–542.—A study of the significant psychological adjustment problems experienced by individuals with hand injuries.

HAMBLETON, Ronald; MEDENDA, Peter y SPIELBERG, Charles. *Adapting educational and psychological test for cross-cultural assement*. Ediciones Routledge, 2006. ISBN. 0805861769, 9780805861761. 392 págs

HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2007) *Metodología de la Investigación* (4ta edición). México: McGraw-Hill

HERRERA, A.N. (1998). *Notas sobre psicometría*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

HERVÁS GÓMEZ, Carlos y MARTÍN NOGALES, Josefa. *Diseño y desarrollo de un instrumento para valorar el Ambiente de clases de NN.TT.(.)*. En línea desde <http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/nov01/herv2.htm> Tomado el día 19 de mayo de 2010

HOGAN, T. (2004) *Pruebas Psicológicas: Una introducción práctica*. México: Manual Moderno.

HOUSTON, Sandra. “Estados alterados. Nuestra Imagen Corporal, las relaciones y la sexualidad”. *Inmotion*. Vol.18 N° 1. Enero/Febrero 2006

_____. *La imagen corporal (las actitudes que tenemos acerca de nuestro cuerpo) y la percepción de nosotros mismos (nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones hacia nosotros mismos) son cuestiones que todos enfrentamos*. *Altered States: Our Body Image, Relationships and Sexuality*. February 2006.

JOURARD, S.M. y SECORD, P.F. (1955): “Body cathexis and the ideal female figure”. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, n° 50, pp. 243-246.

KOFF, E; RIERDAN, J. y STUBBS, M.L. (1990): "Gender, body image, and self-concept in early adolescence". Journal of Early Adolescence. n° 10, pp. 56-68.

MIKULIC, Isabel M. Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Ficha de cátedra N° 2. En Línea desde http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f2.pdf Tomado el día 13 de Octubre de 2009.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución Numero 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4 de 1993

NLLIC ACAÑ. Peripheral Arterial Disease (PAD) and limb loss. Knoxville, TN : Amputee Coalition of America, 2002. Revised 2006 ed.

NUNNALLY, J. Psychometric theory, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

OFICINA PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS - OCHA. La situación de Minas Antipersonal en Colombia 2009. Bogotá, D.C., Colombia 18/02/2009

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaría. 2004. Tomado el 14 de agosto de 2007 de la pagina web: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/convenciones/DECLARACION-OMS.pdf>

POLANIA ZOQUE, Alex M; CERQUERA FLOREZ, Ana R; CORTEZ CANACUE, Lili C. y RIASCOS VALLEJO, Rosa M. Adaptación Y Validación Del Inventario De Virtudes Y Fortalezas De Carácter Personales (VIAS) En La Población Huilense Entre Un Rango De Edad De 18 A 30 Años. . Neiva. 2010. Trabajo de Grado (Psicólogos). Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

PRUZINSKY, T. Y CASH, T.F. (1990): "Integrative themes in body-image development, deviance, and change". En T.F, Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change, pp. 337-349, N. York, The Guilford Press

QUINTERO, Eneida; REINA, Maribel y TRUJILLO, Yina. Adaptación y validación de los instrumentos de evaluación de Ansiedad y Depresión de Zung a la lengua de señas colombiana en formato videográfico. Neiva. 2010. Trabajo de Grado (Psicólogas). Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

RAE. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. En Línea desde http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=amputación. 09 de abril de 2010

RAICH, R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ediciones Pirámide. 2000

RAICH, R.; MORA, M; SOLER, A; AVILA, C; CLOS, I. y ZAPATER, L. (1994): "Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes". Psicologemas, nº 8, Págs. 81-89.

REBOLLEDO, Policarpo. Occupational Accidents: Psychosocial Aspects. 2005. Ciencia y trabajo. Abr-Jun; 7(16): 61-66

ROSEN, J. C; SREBNIK, D; SALTZBERG, E. y WENDT, S. Development of a body-image avoidance questionnaire. J Consulting and Clin Psych 1991;3:32-7

RYBARCZYK, B y BEHEL, Jay M. Rehabilitation Medicine and Body Image. En Cash, Thomas F.; Pruzinsky, Thomas. Body Image : A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Pag.387 - 394 ISBN. 1572307773. 2002

RYBARCZYK, B; NYENHUIS, D. L; NICHOLAS, J. J; CASH, S y KAISER, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. Rehabilitation Psychology, 40, 95–110.—A follow-up study showing that a negative body image and perceived social stigma were predictive of poor adjustment to an amputation

RYBARCZYK, B; SZYMANSKI, L y NICHOLAS, J. (2000) Psychological adjustment to a limb amputation. In: Frank R, Elliott T (eds) Handbook of rehabilitation psychology. American Psychological Association, Washington, DC

SÁNCHEZ SALOR, Santos. Diferencial semántico y actitudes: un estudio sociológico entre estudiantes de bachillerato. El Basilisco, número 6, enero-abril 1979. En Línea desde <http://www.fgbueno.es/bas/pdf/bas10602.pdf>

SCHAFFALITZKY, Elisabeth et al. La Adaptación A La Amputación y al Uso de Prótesis. C. Murray (ed.), amputación, Prótesis uso, y el dolor del miembro fantasma: Una perspectiva interdisciplinaria, DOI 10.1007/978-0-387-87462-3_5, © Springer Science + Business Media, LLC 2010 66

SCHILDER, P. The image and appearance of the human body. N. York, International Universities Press. 1950. pp. 285

SELIGMAN, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. American Psychologist, 54, 559-562.

SELIGMAN, M. y CSIKSZENTMIHALYI, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. American Psychologist, 55 (1), 5-14

SELIGMAN, M.E.P; STEEN, T.A; PARK, N., y PETERSON, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, 60, 410-421

SEPÚLVEDA, A.R; BOTELLA, J. y LEÓN, J.A. (2001). "La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis". Psicothema, nº 13, pp. 7-16.

TALEPOROS, G y McCABE, MP. (2002). Body image and physical disability – personal perspectives. Soc Sci Med 54:971–980

THOMPSON, J. K; HEINBERG, L. J; ALTABE, M; y TANTLEFF-DUNN, S. (1998). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association

THOMPSON, J.K. (1990): *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York, Pergamon Press

_____. Body image: extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies and a proposal for a new DSM diagnostic category-body-image disorder. *Prog in Behav Modif* 1992;28:3-54

THOMPSON, J.K; HEINBERG, L y TANTLEFF, S. The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist* 1991;14:174

TORNIMBENI, S., PÉREZ, E; OLAZ, F.Y FERNÁNDEZ, A. (2004) *Introducción a los Tests Psicológicos*. 3º Edición revisada y aumentada. Ed. Brujas Córdoba, Argentina.

TORNIMBENI, S; PÉREZ, E; OLAZ, F; CORTADA DE KOHAN, N; FERNÁNDEZ, A y CUPANI, M. *Introducción a la psicometría*. Volumen 85 de *Evaluación Psicológica*. Editorial Paidós, 2008. 9501260852, 9789501260854. 280 págs.

TRUJILLO HURTADO, Víctor Hugo. *El Daño Estético Como Perjuicio Inmaterial Autónomo Del Daño Moral Y Del Daño A La Vida De Relación*. Instituto Risaraldense del Derecho de Daños IRDD. 2008.

VÁZQUEZ, Carmelo. *La Psicología Positiva En Perspectiva*. *Papeles del Psicólogo*, 2006. Vol. 27(1), pp. 1-2

VERA POSECK, B. (2004) *Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva*. *Revista de Psicología Positiva*, vol. 1

_____. (2006) Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la psicología. Papeles del Psicólogo, 27 (1): 3-8

WILLIAMSON, G. M. (1995). Restriction of normal activities among older adult amputees: The role of public self-consciousness. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 229–242.— A study that delineates the relationship between activity restriction and public selfconsciousness/ body image concerns.

WRIGHT, B. A. (1983). *Physical disability: A psychological approach*. New York: Harper & Row.—A classic text on adjustment to a disability.

YUKER, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer.—A review of the literature on social biases and stigma.

ANEXOS

Anexo A. Amputee body image scale (James W. Breakey, 1997*)

This questionnaire is designed to measure how you see and feel about your body image. It is not a test so there are no right or wrong answers. Please answer each item as carefully and as accurately as you can by placing the appropriate number beside each question as follows.

1 = None of the time

4 = Most of the time

2 = Rarely

5 = All of the time

3 = Some of the time

1. ____ Because I am an amputee, I feel more anxious about my physical appearance in social situations than when I am alone.
2. ____ I avoid wearing shorts in public because my prosthesis would be seen.
3. ____ I like my overall physical appearance when wearing my prosthesis.
4. ____ It concerns me that the loss of my limb impairs my body's functional capabilities in various activities of daily living.
5. ____ I avoid looking into a full-length mirror in order *not* to see my prosthesis.
6. ____ Because I am an amputee, I feel anxious about my physical appearance on a daily basis.
7. ____ I experience a phantom limb.
8. ____ Since losing my limb, it bothers me that I no longer conform to society's ideal of normal appearance.
9. ____ It concerns me that the loss of my limb impairs my ability to protect myself from harm.
10. ____ When I am *not* wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., avoid social situations, swimming pool or beach activities, physical intimacy).
11. ____ The loss of my limb makes me think of myself as *disabled*.
12. ____ I like my physical appearance when *not* wearing my prosthesis.
13. ____ When I am walking, people notice my limp.
14. ____ When I am wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., avoid any social situations, swimming pool or beach activities, physical intimacy).
15. ____ People treat me as disabled.
16. ____ I like the appearance of my stump anatomy.
17. ____ I wear baggy clothing in an attempt to hide my prosthesis.
18. ____ I feel I must have four normal limbs to be physically attractive.
19. ____ It is important the size of my prosthesis and remaining anatomy of the affected limb are the same size as the other limb.
20. ____ I avoid looking into a full-length mirror in order *not* to see my stump anatomy.

*Fuente: BREAKEY. Op. Cit., p. 4

Anexo B. Formato Para Traductores

Nombre Traductor: _____

Instrucciones: Traduzca, según sus conocimientos, la siguiente escala del inglés al español:

AMPUTEE BODY IMAGE SCALE

This questionnaire is designed to measure how you see and feel about your body image. It is not a test so there are no rights or wrong answers. Please answer each item as carefully and as accurately as you can by placing the appropriate number beside each question as follows.

- 1 = None of the time
- 2 = Rarely
- 3 = Some of the time

- 4 = Most of the time
- 5 = All of the time

ITEM	ORIGINAL	TRADUCCION ESPANOL
1	Because I am an amputee, I feel more anxious about my physical appearance in social situations than when I am alone	
2	I avoid wearing shorts in public because my prosthesis would be seen.	
3	I like my overall physical appearance when wearing my prosthesis	
4	It concerns me that the loss of my limb impairs my body's functional capabilities in various activities of daily living.	
5	I avoid looking into a full-length mirror in order <i>not</i> to see my prosthesis	
6	Because I am an amputee, I feel anxious about my physical appearance on a daily basis.	
7	I experience a phantom limb.	
8	Since losing my limb, it bothers me that I no longer conform to society's idea of normal appearance.	

9	It concerns me that the loss of my limb impairs my ability to protect myself from harm	
10	When I am <i>not</i> wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., I avoid social situations, swimming pool or beach activities, etc.).	
11	The loss of my limb makes me think of myself as <i>disabled</i> .	
12	I like my physical appearance when <i>not</i> wearing my prosthesis	
13	When I am walking, people notice my limp	
14	When I am wearing my prosthesis, I avoid situations where my physical appearance can be evaluated by others (e.g., I avoid any social situations, and/or I avoid swimming pool or beach activities etc.).	
15	People treat me as disabled.	
16	I like the appearance of my stump anatomy	
17	I wear baggy clothing in an attempt to hide my prosthesis	
18	I feel I must have four normal limbs to be physically attractive.	
19	It is important that my prosthesis and remaining anatomy of my affected limb are the same size as the other limb.	
20	I avoid looking into a full-length mirror in order <i>not</i> to see my stump anatomy.	

OBSERVACIONES GENERALES:

Anexo C. Formato Para Back Translation

ITEM	TRADUCCIÓN ESPAÑOL	BACK TRANSLATION AL INGLES
1	Debido a que soy amputado, me siento ansioso con mi apariencia física más en situaciones sociales que cuando estoy solo.	
2	Evito el uso de pantalones cortos en público, porque mi prótesis podría verse.	
3	Me gusta mi apariencia física general cuando estoy usando prótesis.	
4	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mis capacidades funcionales en diferentes actividades de la vida diaria.	
5	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi prótesis.	
6	En un día normal, me siento angustiado por mi aspecto físico debido a mi amputación.	
7	Tengo la sensación de miembro fantasma.	
8	Desde la pérdida de mi extremidad, me molesta no estar ajustado al ideal de apariencia normal que tiene la sociedad.	
9	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de todo daño.	
10	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales, ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	
11	La pérdida de mi extremidad me hace pensar en	

	mí mismo como discapacitado.	
12	Me gusta mi apariencia física cuando no estoy usando prótesis.	
13	Cuando estoy caminando, la gente nota mi cojera.	
14	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito cualquier situación social, evito ir a piscina o a actividades de playa, etc.)	
15	La gente me trata como a un discapacitado.	
16	Me gusta la apariencia de mi muñón.	
17	Me pongo ropa holgada en un intento por ocultar mi prótesis.	
18	Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo.	
19	Es importante que mi prótesis tenga el mismo tamaño de la otra extremidad.	
20	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi muñón.	

OBSERVACIONES GENERALES:

Anexo D. Cuadro Valorativo Para Jueces

Nombre del Juez: _____

No.	ITEM	EVALUACIÓN CUANTITATIVA (De 1 a 100)	COMENTARIO SOBRE LA REDACCIÓN	SUGERENCIAS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES GENERALES:

Anexo E. Formato Para Valoración En Pilotaje

Por favor, valore cada ítem según los parámetros asignados:

Bien redactado	1---2---3---4---5	Mal redactado
Claro	1---2---3---4---5	No Claro
Coherente	1---2---3---4---5	Incoherente
Entendible	1---2---3---4---5	Inentendible
Adecuado	1---2---3---4---5	Incorrecto

N° ITEM	REDACCION	CLARIDAD	COHERENCIA	ENTENDIBLE	ADECUADO	SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES
1	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
2	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
3	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
4	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
6	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
7	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
8	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
9	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	
10	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4—5	1--2--3--4—5	1--2--3--4--5	

11	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
12	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
13	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
14	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
15	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
16	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
17	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
18	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
19	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	
20	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5	

OBSERVACIONES GENERALES:

Anexo F. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

“ADAPTACIÓN DEL ABIS (AMPUTEE BODY IMAGE SCALE) EN UNA MUESTRA COLOMBIANA”

Investigadores:

CAMILA CASTRO RUBIO
LUZ ANDREA ANDRADE RODRIGUEZ
RUFFO SERVANDO ORTIZ LOSADA

TELEFONOS: 3132610860 – 3132373830 – 3174157154

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador encargado o a cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente

INTRODUCCION:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Se conoce que las personas discapacitadas por amputación de extremidades, experimentan un

detrimento en su Imagen Corporal debido a la pérdida de la misma. Este estudio se hace para adaptar y validar el ABIS en una muestra colombiana, un instrumento de evaluación creado por James W. Breakey (1997). El estudio es completamente voluntario. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

PROCEDIMIENTOS

Aplicación del instrumento para medir Imagen Corporal. (ABIS)

BENEFICIOS Y RIESGOS

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio. No se tiene conocimiento de riesgos.

INCENTIVOS

A usted no se le pagará nada por ser parte de este estudio.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted elige estar en este estudio, el investigador del estudio conseguirá información personal sobre usted. Esto puede que incluya la información que lo identifique. Los investigadores analizarán y evaluarán los resultados del estudio. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones universitarias, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por la Universidad Surcolombiana.

La información suya será mantenida tan confidencial como sea posible bajo la ley. Sin embargo, esta información no podrá ser protegida por las reglas de privacidad una vez que se divulgue a nuestros asociados y pueda ser compartida con otros.

Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.

La autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud para los propósitos de la investigación es totalmente voluntaria. Sin embargo, de no firmar este documento usted no podrá participar en este estudio. Si en el futuro usted cancela esta autorización, no podrá continuar participando en este estudio.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIOS

La participación suya en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, o si piensa que ha sufrido alguna lesión asociada al desarrollo del mismo, usted puede contactar a: Psicólogo Fabio Alexander Salazar, profesor de la Universidad Surcolombiana asignado como asesor de este estudio (3153187104).

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para las mismas.

CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas. Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

Firma del Participante

Nombre:
Identificación:
Dpto:
Ciudad:

Anexo G. Escala De Autoimagen En Amputados

ESCALA DE AUTOIMAGEN EN AMPUTADOS

INSTRUCCIONES

Este cuestionario está diseñado para medir como se ve y se siente con su imagen corporal. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda cada enunciado con la mayor sinceridad, marcando con una **X** el número correspondiente al frente, teniendo en cuenta la siguiente escala:

1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = La mayoría de las veces 5 =

No	ITEM	RESPUESTA				
		1	2	3	4	5
1	Debido a que soy amputado, me siento angustiado con mi apariencia física, más en situaciones sociales que cuando estoy solo.					
2	Evito el uso de pantalones cortos en público, porque mi prótesis podría verse.					
3	Me gusta mi apariencia física cuando estoy usando prótesis.					
4	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi desempeño en diferentes actividades de la vida diaria.					
5	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi prótesis.					
6	En un día normal, me siento angustiado por mi aspecto físico debido a mi amputación.					
7	Tengo la sensación de miembro fantasma.					
8	Desde la pérdida de mi extremidad, me molesta no estar ajustado al ideal de apariencia normal que tiene la sociedad.					
9	Me preocupa que la pérdida de mi extremidad perjudique mi capacidad para protegerme de daño posible.					
10	Cuando no estoy usando mi prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales como ir a piscina o a actividades de playa, etc.)					
11	La pérdida de mi extremidad me hace pensar en mí como discapacitado.					
12	Me gusta mi apariencia física cuando no estoy usando prótesis.					
13	Cuando estoy caminando, la gente nota mi cojera.					
14	Cuando estoy usando prótesis, evito situaciones en las que mi aspecto físico pueda ser evaluado por otros (por ejemplo, evito situaciones sociales como ir a piscina o a actividades de playa, etc.)					
15	La gente me trata como a un discapacitado.					
16	Me gusta la apariencia de mi muñón.					
17	Me pongo ropa holgada en un intento por ocultar mi prótesis.					
18	Siento que debería tener cuatro extremidades normales para ser físicamente atractivo.					
19	Es importante que mi prótesis tenga el mismo tamaño de la otra extremidad.					
20	Evito mirarme de cuerpo entero en un espejo para no ver mi muñón.					