

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD, ESQUEMAS
MALADAPTATIVOS, SATISFACCION/INSATISFACCION CON LA IMAGEN
CORPORAL COMO PREDICTORES DE LA ACEPTACION DE CIRUGÍAS
PLASTICAS ESTÉTICAS**

Sociodemographic and health factors, maladaptive schemes, satisfaction /
insatisfaction with the body image as predictors of acceptance of aesthetic plastic surgeries

Diana Constanza P.* y Constanza Londoño P.*

Universidad Católica de Colombia

ABSTRACT

The purpose of this descriptive correlational research with multivariate analysis was to determine whether there is a predictive relationship between maladaptive schemas, sociodemographic and health aspects, satisfaction / dissatisfaction with body image and acceptance of cosmetic plastic surgeries (CPE) in people residents in the city of Bogotá. The sample consisted of 163 people in 4 groups according to the level of acceptance of aesthetic plastic surgery. To measure these variables validated in Colombia, namely instruments were used: Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2), Body Shape Questionnaire (BSQ), Acceptance Questionnaire Form A and Plastic Surgery Questionnaire and Sociodemographic Data health. Data were analyzed using a multivariate analysis with structural equations. The results show that variables such as body image dissatisfaction, stratum, gender and maldaptativo scheme mistrust / abuse predicted acceptance of cosmetic plastic surgery in women. Findings and limitations are discussed.

Keywords: Body image, mindset, plastic surgery, cognition, cognitive therapy.

*Correspondencia: Diana C. y Constanza L. Universidad Católica de Colombia

E-mail: clondono@ucatolica.edu.co

Fecha de recepción: 17 de enero del 2018

Fecha de aceptación: 16 de abril del 2018

RESUMO

O objetivo desta pesquisa correlacional descritiva com análise multivariada foi determinar se existe uma relação preditiva entre esquemas desadaptativos, aspectos sociodemográficos e de saúde, satisfação / insatisfação com a imagem corporal e aceitação de cirurgias plásticas estéticas em pessoas residentes principalmente na cidade de Bogotá. A amostra foi composta por 163 pessoas distribuídas em 4 grupos, de acordo com o nível de aceitação das cirurgias plásticas estéticas. Para mensurar essas variáveis, foram utilizados instrumentos validados na Colômbia, a saber: Questionário de Esquema Jovem Formulário Longo - Segunda Edição (YSQ - L2), Questionário de Forma Corporal (BSQ), Questionário de Aceitação de Cirurgia Plástica Formulário A e Dados Sociodemográficos e Questionário Saúde. Os dados foram analisados através de uma análise multivariada com equações estruturais. Os resultados mostram que variáveis como insatisfação com a imagem corporal, estrato, sexo e esquema de desconfiança / abuso inadequado predizem a aceitação de cirurgias plásticas cosméticas em mulheres. Os resultados e limitações são discutidos.

Palavras-chave: Imagem corporal, esquema mental, cirurgia plástica, cognição, terapia cognitiva.

RESUMEN

El propósito de esta investigación de tipo correlacional descriptivo con análisis multivariante fue determinar si existe una relación predictiva entre los esquemas maladaptativos, aspectos sociodemográficos y de salud, la satisfacción/insatisfacción con imagen corporal, y la aceptación de cirugías plásticas estéticas (CPE) en personas residentes principalmente en la ciudad de Bogotá. La muestra estuvo conformada por 163 personas distribuidas en 4 grupos de acuerdo con el nivel de aceptación de las cirugías plásticas estéticas. Para medir estas variables se usaron instrumentos validados en Colombia, a saber: Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edición (YSQ - L2), Body Shape Questionnaire (BSQ), Cuestionario de Aceptación de Cirugías Plásticas Forma A y Cuestionario de Datos Sociodemográficos y de Salud. Se analizaron los datos a través de un análisis multivariante con ecuaciones estructurales. Los resultados muestran que variables como insatisfacción con la imagen corporal, el estrato, el género y el esquema maldaptativo desconfianza/abuso predicen la aceptación de cirugías plásticas cosméticas en mujeres. Se discuten los hallazgos y las limitaciones.

Palabras Clave: Imagen corporal, esquema mental, cirugía plástica, cognición, terapia cognitiva.

INTRODUCCIÓN

Hay aspectos psicológicos que afectan los resultados de los procedimientos en salud que implican componentes emocionales, comportamentales y cognitivos; entre ellos las cirugías plásticas que se asocian a poco control sobre la actividad física, ansiedad, depresión, preocupación, percepción, influencia cultural, errores de interpretación y estilos de vida condicionados por los estándares de belleza, que son una construcción social que se transforma según los valores y modas que se establezcan para determinado grupo social en un tiempo determinado.

La intención de estudiar los predictores psicológicos de la aceptación de cirugías plásticas, es comprender por qué a pesar del alto costo económico y comportamental al que se enfrentan las personas al someterse a este tipo de procedimientos, las estadísticas siguen en aumento. El endeudamiento para acceder a la cirugía, la inasistencia laboral generada por días de incapacidad provocada, el tiempo y dolor relacionados con el proceso de recuperación posoperatoria y el derivado de las complicaciones asociadas a los procedimientos que en algunos casos puede ser la muerte, así como la pérdida de la naturalidad en términos de belleza debido a la mala práctica de los procedimientos y en general a los riesgos que cualquier procedimiento quirúrgico tiene para la salud, son algunos de los costos económicos, físicos y sociales que las personas asumen al acceder a una cirugía plástica sin motivos médicos.

Actualmente existe una preocupación excesiva por cumplir con estándares de belleza, que se refleja en la circulación de una amplia gama de revistas de belleza, programas de televisión y presentación promocional de información relacionada con formas de obtener belleza, esbeltez y éxito en los medios de comunicación, que favorece el crecimiento de la medicina estética. Tiggemann (2002) menciona que la imagen corporal es elástica y abierta al cambio a través de la nueva información; de esta manera, las imágenes de los medios influyen en la forma como el cuerpo es experimentado y evaluado en función de la importancia dada por el espectador a estas señales; aunque la constante histórica, especialmente en las mujeres, ha sido cambiar su forma y su peso para ajustarse a las

tendencias del momento. Mujeres y hombres buscan cumplir el ideal occidental asociado a la delgadez y firmeza, ambos relacionados con el inicio y curso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y la aceptación de cirugías plásticas estéticas (Bordo, 2003; Cabarcas & Londoño, 2014; Luna, 2006; Sarwer & Crerand, 2004; Wykes & Gunter, 2005).

Según el Ministerio de Protección Social (2010), la prevalencia de la anorexia en adolescentes en Colombia es del 0.6%; en cuanto a prevalencia de la bulimia, el Estudio Nacional de Salud Mental reportó un 0.3% tanto en mujeres como en hombres (Ministerio de Protección Social, 2003). Estas parecen cifras mínimas, pero son relevantes por el riesgo vital que implican, relacionado esto con la apertura de Centros de Estética en donde se lleva mala práctica sin que se haga estricto control del nivel de entrenamiento de quien hace los procedimientos.

Como menciona Ventura (2000) las mujeres se han sometido a vertiginosas metamorfosis corporales, debido a la inseguridad generada por el “mercado”, con nuevos cosméticos, tratamientos quirúrgicos, dietas y moda en general; esto con el fin de acceder a la promesa de una belleza “inalcanzable”. En relación con las cirugías plásticas estéticas, la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, 2011 (ISAPS), revisó todos los procedimientos hechos en 2010, y estableció una jerarquía de los 25 países donde más se realizan este tipo de procedimientos en la que Estados Unidos ocupó el primer lugar y Colombia el puesto diez con 950.000 cirugías, una cifra no despreciable teniendo en cuenta el número de muertes y complicaciones asociadas; esa misma encuesta mostró que el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado era la liposucción de las cuales las más comunes son la liposucción (89.585) y mamoplastia de aumento (52.298). Todas ellas invasivas y con procesos de recuperación lentos, esto genera costos laborales por días de incapacidad provocada.

En el año 1992 en el que la Sociedad Americana de Cirugía Plástica reportó 1.515.222 procedimientos quirúrgicos; para 2004 se practicaron 14.785.814 procedimientos de cirugía plástica, de los cuales 9.210.627 fueron cosméticos y 5.575.187 correspondieron a

procedimientos reconstructivos. En el 2009 la cifra total mundial de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados fue de 17.295.557. en el año 2010 hubo 13.117.063 procedimientos estéticos poco invasivos y en el 2009 12.494.001; en cuanto a cirugías estéticas, en el año 2010 se reportaron 1.555.614 y en el 2009 hubo 1.521.409 cirugías, cifra reportadas por la American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASPS, 2011).

Uno de los intereses de este estudio fue identificar predictores psicológicos que permitan comprender este tipo de toma de decisiones. Para tal fin se definió como variable endógena o de desenlace la Aceptación de cirugías plásticas estéticas, entendida como una acción de salud en la que la persona asume una posición de valoración positiva hacia procedimientos quirúrgicos estéticos y emite comportamientos relacionados con el sometimiento a dichos procedimientos.

Y las variables exógenas o de asociación son satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, la satisfacción con la imagen corporal implica la respuesta emocional positiva o negativa del individuo relacionada con la valoración que hace de su cuerpo respecto del atractivo físico (belleza, ser sexy, juventud) y la forma (figura corporal y peso). La otra variable son los esquemas mal adaptativos (Young y Klosko, 2003) que son marcos cognitivos estables que distorsionan la percepción de experiencias cotidianas (emociones, recuerdos, percepción de sí mismo y de los otros) del individuo. La otra se refiere a las variables sociodemográficas y de salud, que contiene información de los participantes relacionada con edad, género, estrato socioeconómico, procedencia, lugar de residencia, estado civil, número de hijos, nivel educativo, Índice de Masa Corporal, Condiciones de salud y Diagnóstico psiquiátrico reportado, procedimientos estéticos no quirúrgicos.

El objetivo de esta investigación es determinar si los factores sociodemográficos y de salud, los esquemas mal adaptativos en interacción con la satisfacción/insatisfacción con imagen corporal predicen y en qué medida la aceptación de cirugías plásticas estéticas en personas residentes de la ciudad de Bogotá.

MÉTODO

Tipo de investigación

Esta investigación fue un estudio de tipo de descriptivo correlacional trasversal con fines predictivos y para ello se realizaron análisis multivariantes. Es un estudio correlacional descriptivo porque busco presentar las principales características de las variables planteadas y la posible relación entre estas, entre los participantes y fue trasversal porque toma una medida única en el tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). Pero trasciende el mero análisis de asociación bivariado ya que además de incluir varios grupos, retoma diversas medidas e incluye el uso de estadísticos robustos.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 163 personas, con una edades entre los 18 y 70 años, 146 eran mujeres y 17 hombres, residentes principalmente en la ciudad de Bogotá, distribuidas en 4 grupos de acuerdo con el nivel de aceptación de las cirugías plásticas estéticas expresado en el hecho de haberse practicado o no una o varias cirugías, sentirse motivada por hacerse una cirugía o repetir o no mostrar interés alguno de someterse; pareados así: 56 personas hacían parte del G1 con cirugías y deseo de repetir procedimiento; G2= 34 personas con cirugías y sin deseo por repetir la cirugía; G3= 33 personas sin cirugías pero deseo de someterse a la cirugía y G4= 40 personas sin cirugía y sin deseo de someterse a la cirugía. Los grupos fueron comparados con el fin de confirmar que las características definidas correspondían efectivamente a las personas que aceptan las cirugías plásticas.

Procedimiento

Los resultados se procesaron a través de un análisis de ecuaciones estructurales usando el aplicativo AMOS del programa SPSS, que permitió además de describir la forma en que afectan un grupo de variables a otra, establecer el peso de varianza aportado por cada una de las variables exógenas o de relación sobre la varianza de la variable endógena.

RESULTADOS

En la Tabla 1, observamos que la mayor parte de las personas entrevistadas eran mujeres (89.6%), solteras (51.5%). La población estaba principalmente ubicada en los estratos 3 y 4 (72%). Casi el total de participantes tenía profesiones cuyo desempeño no estaba relacionado con la imagen corporal proyectada (85.9%). Cabe notar que el 40% tenía pareja, con estado civil casado o en unión libre. La mayor parte de la muestra tenía formación univesitaria (65%) y casi la totalidad no reporto enfermedades médicas (93.9%). No se registran casos de personas con alguna discapacidad física reportada. Respecto del Índice de Masa Corporal (IMC) fue posible evidenciar que una buena parte de las personas tenían peso normal (76%), aunque casi la cuarta parte de la población (22%) estaba por encima de su peso normal, la mayoría de la muestra no tenía hijos (61%).

Tabla 1

Factores sociodemográficos de la muestra

Variable	F	%	Variable	F	%	
Total de la muestra	163	100	<i>Estrato</i>			
<i>Género</i>			1	5	2.10	
Mujer	146	89.60	2	29	17.80	
Hombre	17	10.40	3	80	49.10	
			4	39	23.90	
			5	8	4.90	
<i>Estado civil</i>			6	2	1.20	
Soltero	84	51.50				
Casado	42	25.80				
Unión Libre	23	14.1				
Separado	10	6.10				
Viudo	4	2.50				
<i>Nivel educativo</i>			<i>Enfermedades médicas</i>			
Bachiller	19	11.70	Sin enfermedad	153	93.90	
Técnico o tecnológico	40	24.50	Metabólicas	2	1.20	
Pregrado	64	39.30	Cardiovasculares	2	1.20	
Postgrado	40	24.50	Otras	6	3.60	
<i>Hijos</i>						
Si	100	61.30				
	X	De	Rango	IMC	F	%
Edad	32.31	9.44	18-70	Bajo	3	2
IMC	23.25	3.60	15-38	Normal	124	76
Talla	162.2	6.60	150-79	Sobrepeso	29	18
Peso	61.53	9.10	41-98	Obesidad	7	4

En la Tabla 2, acerca del tipo de cirugía estética realizada, casi el 60% de las cirugías estéticas practicadas se ubicaban en el tronco, siendo la más frecuente la abdominoplastia (30.10%); seguida por la mamoplastia (20.20%), las cirugías faciales (23.2%) en la que predominaba la rinoplastia (14.10), y en menor proporción las correcciones en extremidades (11%). Casi la totalidad de las personas sometidas a cirugías estéticas se sentía satisfecha con los resultados obtenidos en el procedimiento (89%).

Por otro lado, del total de las personas sometidas a cirugías una buena parte de ellas seguía usando prendas de control abdominal aun después del periodo post operatorio y aunque la cirugía no lo requiriera (76.1 %). Entre las cirugías con mayor motivación para realización futura se encontraban la abdominoplastia (16.6%), la mamoplastia (14.1%) y la rinoplastia (11.7%); de otra parte, la mayoría de las personas con cirugía reportaron tener historia familiar de cirugías estéticas (54%).

Tabla 2
Descripción de las variables relacionadas con el IMC y las cirugías estéticas

Variables		F	%	Variable	F	%
<i>Con cirugía</i>	Deseo de repetir	56	34.40	Historia familiar CPE		
	Sin deseo de repetir	34	20.90	Si	26	53
<i>Sin cirugía</i>	Deseos de realizar	33	20.20	No	23	47
	Sin deseos de realizar	40	24.50	Si	21	72
<i>Uso de prendas</i>				No	8	28
				Satisfacción con CPE		
	Si	12	76.10	Si	80	89
	No	4		No	10	11
		39	23.9			
<i>Procedimientos estéticos</i>						
	Si	11	70.60			
	No	5				
		48	29.40			
<i>Con cirugía</i>	Zona cirugía realizada			Zona cirugía deseada		
	<i>Cara/Cabeza</i>			<i>Cara/Cabeza</i>		
	Nariz	23	14.10	Nariz	19	11.70
	Labios	5	3.10	Frente	5	3.10
	Parpados	3	1.80	Cuello	8	4.10
	Orejas	2	1.20	<i>Tronco</i>		
	Barbilla	2	1.20	Abdomen	27	16.60
	Cuello	3	1.80	Senos	23	14.10
	<i>Tronco</i>			Nalgas	10	6.10
	Abdomen	49	30.10			
	Senos	33	20.20			
	Nalgas	15	9.20			
	<i>Extremidades</i>					
	Piernas	18	11			

En la Tabla 3, la muestra estuvo conformada por 163 personas distribuidas en 4 grupos con diferentes niveles de aceptación de las cirugías plásticas estéticas así: G1= 56 personas con cirugías y deseo de repetir el procedimiento; G2 =34 personas con cirugías y sin motivación deseo por repetir el procedimiento; G3= 33 personas sin cirugías pero con alto deseo motivación por someterse a Cirugía Plástica Estética (CPE) y G4 = 40 personas sin cirugía y sin motivación deseos de someterse a CPE.

Los resultados obtenidos en la aceptación de cirugías estéticas permitieron identificar en el factor actitud que la mayor proporción de personas se ubicaron en el nivel de aceptación alta de estos procedimientos en el grupo que se realizó cirugía y desea repetir procedimiento (100%), igual porcentaje presento el grupo de se realizó cirugía y no desea repetir procedimiento, seguido por las personas sin cirugía y con deseos de realizar procedimiento (91%). En el factor conducta la mayor parte de las personas se ubicó en un nivel de aceptación moderada y en el factor motivación se ubicaron principalmente en una baja o nula aceptación de las cirugías plásticas estéticas.

Tabla 3
Niveles de aceptación de cirugías estéticas por grupos

Denominación	Niveles	Total		CPE desea repetir		CPE no desea repetir		Sin CPE desea realizar		Sin CPE no desea realizar		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Actitud	Baja o nula	20	13	0	0	0	0	2	6	23	57	
	Moderada	8	5	0	0	0	0	1	3	8	20	
	Alta	129	82	56	100	34	100	30	91	9	23	
	Total	157										
Conducta	Baja o nula	5	5	3	5	0	0	2	6	0	0	
	Moderada	65	69	32	52	30	88	0	0	3	7	
	Alta	24	26	26	43	4	12	31	94	37	93	
	Total	94										
Motivación	Baja o nula	17	17	14	25	14	41	32	97	40	100	
	Moderada	46	46	28	50	17	50	1	3	0	0	
	Alta	37	37	14	25	3	9	0	0	0	0	
	Total	163										

Al evaluar las medias en los factores asociados a la variable aceptación de cirugías estéticas, se encontró que dos factores tienen medias significativamente diferentes, en este caso conducta tiene una media bajo (.25) y actitud positiva una media alta (3.31). A nivel de grupos se encontró que en el grupo de personas con cirugías con deseos de repetir el procedimiento hubo medias altas en el factor motivación (2.85), en el de conducta (.38) y en el de actitud (13.0), contrario a las personas de los grupos sin cirugía que presentaron bajos niveles de aceptación de las cirugías estéticas, excepto el en factor actitud en el grupo de personas sin cirugía y sin deseos de realizar procedimiento (.60).

Tabla 4

Medias de aceptación de cirugías estéticas

Factores	Mínimo	Máximo	Media	De.	Error
<i>Motivación</i>	-1.35	5.68	1.82	1.55	.14
Personas con cirugía y con deseos de repetir procedimiento			2.85	1.07	.15
Personas con cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			2.11	1.04	.17
Personas sin cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			.60	.74	.26
Personas sin cirugía y con deseo de repetir procedimiento			-.28	.62	.12
<i>Conducta</i>	.00	1.71	.25	.26	.02
Personas con cirugía y con deseos de repetir procedimiento			.38	.34	.05
Personas con cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			.23	.00	.00
Personas sin cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			.07	.02	.01
Personas sin cirugía y con deseo de repetir procedimiento			.03	.09	.01
<i>Actitud Positiva</i>	-20.00	40.00	3.31	9.87	.77
Personas con cirugía y con deseos de repetir procedimiento			13.0	15.7	2.48
Personas con cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			.03	0.6	.05
Personas sin cirugía y sin deseo de repetir procedimiento			.00	.00	.00
Personas sin cirugía y con deseo de repetir procedimiento			.60	6.09	1.06

Más del 90% de las personas entrevistadas obtienen alta insatisfacción con la imagen corporal, en especial el grupo que se había sometido a cirugía y quería someterse a una nueva cirugía (28.2%) y el que no se había sometido a ningún procedimiento ni deseaba hacerlo (24.5%). Además, una buena parte de los participantes presentó alta preocupación por el peso (82.2%), entre los cuales la mayoría correspondía al grupo de personas con cirugía y deseo de repetir (25.2%) y al grupo de personas sin cirugía ni intención de realizársela (24.5%).

Tabla 5

Calificación de puntajes obtenidos en cuestionario de imagen corporal (BSQ)

Factores	Calificación	Con cirugía (+)		Con cirugía (-)		Sin cirugía (+)		Sin cirugía (-)		Total	
		f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Factor 1. Insatisfacción corporal	Alta	46	28.2	30	18.4	30	18.	40	24.5	147	90.2
	Baja	9	5.50	4	2.50	3	4	0	0.00	16	9.80
Factor 2. Preocupación por el peso	Alta	41	25.2	28	17.2	25	0	40	24.5	134	82.2
	Baja	15	9.20	6	3.70	8		0	0.00	29	17.2
							15.				
							3				
							4.9				
							0				

Los resultados obtenidos en la prueba de esquemas maladaptativos permitieron identificar que la mayor proporción de personas se ubicaron en el nivel clínico del factor de auto sacrificio (23.9%), especialmente quienes no tenían cirugía y querían someterse (6.7%); seguido de los factores estándares inflexibles 2 (22.1%), principalmente en las personas que se realizaron cirugía y querían repetirla (9.8%) y del factor estándares inflexibles 1 (20.2%)

Para el último factor mencionado los grupos que mayor puntaje obtuvieron fueron el de las personas que se realizaron cirugía y deseaban repetir, y el de las personas que no tenían cirugía y no deseaban realizársela (7.4% respectivamente). Un cuarto factor ubicado en el nivel clínico fue el de derecho (19.6%) en las personas que se realizaron cirugía y querían repetir procedimiento (6.7%). Los factores con mayor proporción de personas con puntajes subclínicos fueron derecho (19), estándares inflexibles 2 (14.7) y 1 (14.1), y autosacrificio (12.3); con proporciones distribuidas entre los grupos de forma homogénea.

En la Tabla 6, Al evaluar las medias en los factores de la prueba de esquemas y la de imagen corporal se encontró que dos factores de la prueba de esquemas maladaptativos presentaban medias cercanas al punto de corte del nivel subclínico, esto son estándares inflexibles I (61.72) y II (61.10) y los que obtuvieron las medias más bajas fueron: abandono (33.50) e insuficiente autocontrol/autodisciplina (39.73).

Tabla 6

Medias de factores evaluados

Factores	Mínimo	Máximo	Media	De.
<i>Imagen corporal</i>				
Insatisfacción con imagen corporal	20.00	93.00	36.58	15.44
Preocupación por el peso	14.00	84.00	37.66	15.22
<i>Esquemas Maladaptativos</i>				
Abandono	7.00	99.00	33.50	26.06
Insuficiente autocontrol/autodisciplina	5,00	99,00	39.73	24.99
Desconfianza/abuso	8.00	98.00	40.27	27.69
Deprivación emocional	15.00	99.00	42.17	28.70
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	20,00	99.00	44.76	26.87
Autosacrificio	8.00	99.00	59.71	29.08
Estándares inflexibles 1	20.00	100.00	61.72	25.72
Estándares inflexibles 2	15,00	98.00	61.10	27.35
Inhibición emocional	35.00	98,00	58.48	21.87
Derecho	25,00	100.00	59,77	26.68
Entrampamiento	35,00	98.00	53.85	22.26

En la Tabla 7, el análisis correlacional bivariado de Pearson se encontró una correlación significativa directa (p menor o igual 0.05) entre variables como la aceptación de cirugías estéticas y la edad, la aceptación de cirugías estéticas y el estrato, la actitud positiva frente a las cirugías estéticas y la edad, la actitud positiva frente a las cirugías estéticas y el estrato; así como entre motivación por la cirugía y el estrato. Y en el análisis correlacional bivariado de Spearman se encontró una correlación significativa directa (p menor o igual 0.05) entre variables como el comportamiento dirigido hacia la cirugía. Debido a la amplitud de la tabla de correlaciones, solo se reportan aquí aquellas que resultaron significativas, ya que son las que se consideran para el análisis preliminar del modelo de ecuaciones estructurales.

Tabla 7

Análisis de correlaciones de las variables de estudio

Variable	Edad	Estrato	Estado civil
Aceptación	.223 .003**	.303 .000*	
Comportamiento		.211 .007	.205 .009
Actitud positiva	.221 .005**	.261 .001*	
Motivación		.275 .000*	

En la Tabla 8, teniendo en cuenta que no existen muchas investigaciones al respecto se realizaron análisis adicionales a los previstos, para corroborar la existencia de diferencias significativas en las medias obtenidas en las variables de aceptación y en las pruebas de imagen corporal y esquemas maladaptativos entre los grupos. Respecto de los esquemas se realizaron análisis adicionales comparativos a través del uso de un ANOVA de una vía; encontrando diferencias significativas (p menor o igual a 0.05) entre las personas que tenían alta aceptación y se habían practicado cirugías estéticas con relación al grupo de personas que no expuso rechazo con las cirugías, en los factores en la prueba de imagen corporal. Igualmente se compararon los factores de esquemas maladaptativos pero no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Cabe anotar que al comparar factores de salud como IMC, enfermedad somática o mental y discapacidad no se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 8

Anova de factores

Factor	F.	Sig
Insatisfacción con imagen corporal	3.81	.011
Preocupación por el peso	8.48	.000
Abandono	0.84	.470
Insuficiente autocontrol/autodisciplina	.12	.943
Desconfianza/abuso	.43	.730
Deprivación emocional	1.32	.268
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	.30	.820
Autosacrificio	2.11	.101
Estándares inflexibles 1	.10	.957
Estándares inflexibles 2	2.16	.095
Inhibición emocional	.85	.464
Derecho	1.01	.390
Entrampamiento	.46	.704

Notas: Sig: Significancia

Se hizo un análisis Pos Hoc de Tukey para evidenciar la direccionalidad de las diferencias entre los cuatro grupos, con un intervalo de confianza del 95% se identificaron diferencias significativas en las comparaciones entre el grupo que se realizó cirugías y quiere repetir procedimiento y las que no se han realizado y no quieren hacerlo, con relación a los factores de la prueba de imagen corporal.

Tabla 9

Puntuaciones HDS de Tukey

	Grupos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Preocupación por el peso	G4 –G1	,036	6,22	1,00	-16,12	16,19
Insatisfacción corporal	G1 – G4	-,007	4,63	1,00	-12,03	12,01
	G4-G1	,007	4,63	1,00	-12,01	12,03

Notas: G1 Personas con cirugía y con deseos de repetir procedimiento. G2 Personas con cirugía y sin deseos de repetir procedimiento, G3 Personas sin cirugía y sin deseos de realizar procedimiento, G4 Personas sin cirugía y con deseos de realizar procedimiento. Sig Significancia.

El modelo predictivo de aceptación de cirugías plásticas estéticas resultante, estaba compuesto por variables como la insatisfacción con la imagen corporal, el estrato, la edad y el esquema maladaptativo desconfianza/abuso; que en interacción explicaban el 40% de la varianza total. La variable que aportó el mayor peso de varianza explicada fue la insatisfacción corporal con un 40% que era predicha por el esquema mal adaptativo desconfianza/abuso en un 20%, seguida del estrato con un 20% de peso relativo de varianza explicada, y de la edad con un 30% de peso relativo de varianza explicada. Los factores de salud como IMC, salud física y mental no se encuentran incluidos en el modelo pues no mostraron poder predictivo alguno de la varianza de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas.

Teniendo en cuenta que los grados de libertad tienden a 1 y que el Chi cuadrado calculado no es significativo es posible considerar que el modelo tiene una bondad de ajuste moderada.

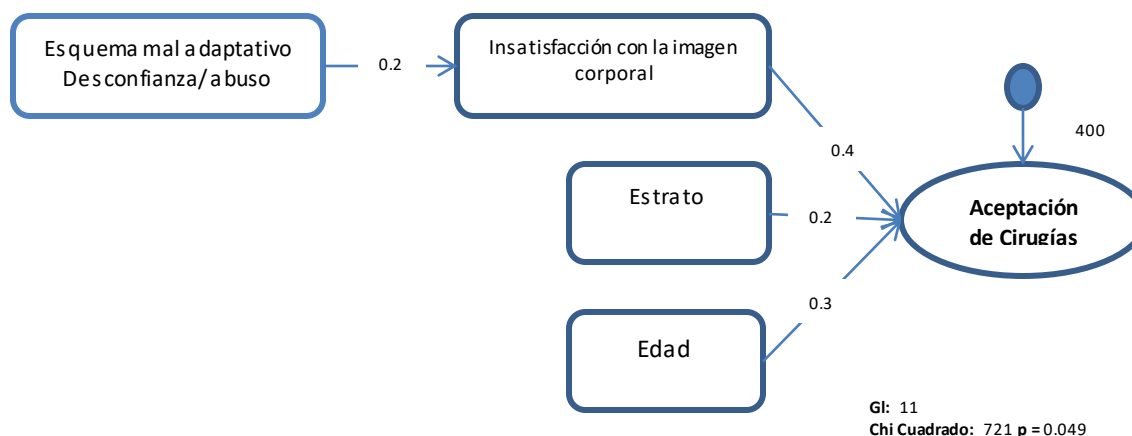


Figura 1.

Modelo predictivo de aceptación de la cirugía

DISCUSIÓN

Aunque la participación de hombres era posible, la mayor parte de la población estudiada eran mujeres jóvenes, de estratos 3 y 4, solteras; en el proceso de ubicación de participantes fue más fácil hallar mujeres que se hubiesen sometido a cirugías y desearan participar en la investigación que hombres; en esta línea Sarwer (2002) encontró que las principales usuarias de estos procedimientos son mujeres adultas, dado que éstas poseen una imagen más distorsionada y se encuentran más insatisfechas que los varones; ya que socialmente para ellas el ser delgadas significa triunfo, éxito y control sobre sí mismas (Salazar, 2008) así mismo para ellos la delgadez se asocia más a debilidad (Ousley, Cordero y White, 2008). Zaragoza, Saucedo-Molina y Fernández (2011), habían notado que las mujeres reportan más insatisfacción con la imagen corporal e indican mayor influencia de factores socioculturales que los hombres.

Sin embargo, no se puede perder de vista que las mujeres tienden a participar más en las investigaciones y a declarar abiertamente la realización de cirugías estéticas (Tigge man, 2004 citado por Esnaola, Rodríguez, & Goñi, 2010) hecho que afecta el equilibrio de la muestra en términos de género y deja en claro la importancia de conducir nuevas investigaciones en las que se garantice una participación equitativa de hombres y mujeres. En las personas que se sometieron a cirugía estética el principal procedimiento usado se ubicaba en la zona del tronco, siendo la cirugía de mayor uso la abdominoplastia, seguida de la mamoplastía y cirugías faciales, estas cirugías fueron también las de mayor demanda en las personas que no se las han realizado; estos datos son coherentes con los reportados por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (2011) ya que esta entidad identificó que el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado era la liposucción seguido de la mamoplastía de aumento.

En esta línea la Fundación Víctimas de la Mala Estética (2011) reportó que las cirugías en las que se registran mayores complicaciones y riesgos son la rinoplastia, la blefaroplastia y la liposucción. Todo lo anterior se asocia a la búsqueda del cuerpo femenino ideal ya que el principal procedimiento usado busca moldear la zona de mayor acumulación de grasa;

además esta zona del cuerpo es la que más fácil se deforma cuando las personas suben de peso o han estado en embarazo. De otra parte, los senos, la cintura y las caderas son zonas asociadas directamente a atractivo físico y belleza, condición que explica en parte el hecho de que estas partes del cuerpo estén intervenidas de modo más frecuente. Todo a pesar de que este tipo de procedimientos revistan mayor invasión y riesgo, requieran procesos de recuperación más lentos y dolorosos, y sus resultados no sean fácilmente mantenidos en el tiempo, a menos que la persona logre la apropiación de estilos de vida saludables que contribuyan a mantener la figura deseada.

Respecto de la aceptación de cirugías plásticas estéticas se encontró que muchas mujeres que se han sometido a estas cirugías no desean someterse a una nueva intervención y otras manifiestan interés, pero nunca la realizarían. Esto probablemente asociado a las condiciones del pos operatorio que implican dolor, tiempo y riesgos (Cabarcas y Londoño, 2014), a la alta inversión económica que implican en este tipo de procedimientos, al cambio en el estilo de vida requerido para conservar los resultados y no ganar peso nuevamente, a la posible pérdida de naturalidad asociada a la cirugía plástica y la reacción de su entorno social a la misma y en otros casos debido a la insatisfacción con su imagen corporal y con los resultados de la cirugía (Didie Y Sarwer, 2003).

Adicionalmente, el no deseo de repetir la cirugía puede deberse a la ausencia de evaluación psicológica previa a estos procedimientos para identificar insatisfacción con imagen corporal y posibles trastornos asociados a esta, que ameritan tratamiento psicológico y no una cirugía estética. (Lester, Witthey y Butler, 2005; Chavoín, 2003; Flageul, Godefroy y Lacoëuilhe, 2003; Soest et al., 2009) Lo anterior implica la necesidad de ampliar este tipo de investigaciones e indagar el efecto de variables asociados a la realización de cirugías estéticas y la satisfacción con la imagen corporal, como por ejemplo la disposición a mantener su figura con un estilo de vida saludable y ejercicio físico.

De manera específica desde los tres factores que componen la aceptación de cirugías plásticas se identificó que a nivel de actitud hay una alta aceptación de estos procedimientos en el grupo de personas que se habían realizado cirugías y tenían deseos de repetirla y en el grupo que no se han realizado cirugía y tenían deseos de realizarla quienes por cierto aún no

lo habían hecho por falta de dinero o por miedo a los riesgos que este tipo de procedimientos reviste, su grupo de referencia se ha sometido a cirugías estéticas y hay búsqueda de aceptación social a través del atractivo físico (Brown et al., 2007), hay preocupación por el peso (Arraigadas & Ortiz, 2010), uso de procedimientos estéticos no invasivos y prendas de control, alta asociación de bienestar emocional con belleza e idealización de la esbeltez, intención de mostrar mayor confianza en si mismos para que otros no los dañen al tener altos niveles de desconfianza a las personas de su entorno (McGrath & Mukerji, 2000)

El grupo de personas sin cirugía y sin deseos de realizarla mostro bajos niveles de aceptación de estos procedimientos, por los riesgos que reviste y porque en general mostro mayores niveles de satisfacción con su imagen corporal, mayor valor a la naturalidad, en sus grupos de referencia no hay personas que hagan uso de cirugias estéticas (Esnaola et al., 2010); sin embargo, en el factor conducta este nivel de aceptación disminuyo, asociado a una valoración negativa de las personas que se someten a cirugías estéticas, riesgos y costos, alta satisfacción con imagen corporal, bajo impacto de estándares de belleza asociados a delgadez y un estilo de afrontamiento evitativo (Cabarcas y Londoño, 2014; Bell & Rusforth, 2010) En general en los grupos se evidencio actitud positiva y motivación por las cirugías estéticas, pero baja intención por realizar las mismas.

En concordancia con otras investigaciones (Acosta & Gómez, 2003; Alveranga, Scagliusi, & Tucunduva, 2010; Cabarcas & Londoño, 2014) identificó que la apariencia física y el deseo de cambio se relacionaban con la insatisfacción con el peso, aun en personas con un IMC normal. Cabe notar que un alto porcentaje de la muestra presentaba alta preocupación por el peso aun cuando se ubicaba en un peso normal, lo cual se asocia a la importancia dada a la forma del cuerpo que está relacionada socialmente con el atractivo físico. Lo anterior indica que la insatisfacción no es debida al peso como tal sino a la búsqueda de aceptación social a través del atractivo físico, que para muchos en la sociedad actual está centrada en la delgadez.

La importancia relativa dada a la imagen corporal se ve afectada también por el género, factores socioculturales y la apropiación o no de estilos de vida saludables. Acosta y Gómez

(2003) encontraron que las mujeres se sienten más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres; en esta línea Martínez y Veiga (2007) identificaron que eran precisamente las mujeres más jóvenes quienes presentaban más alta insatisfacción corporal referida al IMC, es decir que en general se valora la figura física en relación con el peso (Galeano & Krauch, 2010).

El rechazo al que algunas personas se pueden exponer con respecto a su imagen corporal facilita que asuman el comportamiento de realizarse cirugías estéticas como una herramienta para mejorar su imagen, condición que se refleja en el hecho de que la mayor parte de la muestra de estudio que tenían cirugías de este tipo reportaban que sus familiares también se habían sometido a cirugías estéticas. Este resultado se puede explicar a partir de la influencia ejercida por las creencias normativas que tienen las personas acerca de las expectativas percibidas de otros significativos frente a su comportamiento y el deseo de cumplir estándares asociados de su grupo de referencia (Ajzen, 2001; Cabarcas & Londoño, 2014). Para comprender mejor la influencia de la norma subjetiva en el estudio de Elliott (2011), se identificó la fuerte influencia de los medios de comunicación como protagonistas en la promoción, legitimación e instauración de las cirugías plásticas estéticas como una práctica deseable y “necesaria” en la actualidad. De otra parte la insatisfacción con la imagen en algunas personas, especialmente en mujeres, puede provocar la sensación de insatisfacción general debido a la presión sociocultural ejercida por medios masivos, el entorno social próximo y la familia, ya que todos le dan gran relevancia a la apariencia física de las personas y su presión directa e indirecta podría llegar a incrementar la preocupación por la imagen (Esnaola et al., 2010) hasta límites que afecten la salud mental de la persona expuesta a dicha presión.

Rodríguez, Oudhof, Gonzalez-Arratia. y Unikel-Santoncini (2010), proponen un modelo tripartito centrado en la insatisfacción corporal; este modelo comprende la interiorización, la comparación social y la presión familiar como mediadores de la insatisfacción corporal. Por su parte, Zaragoza y otros (2011) identificaron a los medios de comunicación, la publicidad, los amigos y los pares, como elementos que impactan la adopción del modelo estético corporal dominante, sin que se ejerza un verdadero control

sobre el contenido centrado en un ideal de belleza que no solo es inalcanzable, sino que además sobrepasa en mucho la conservación real de la salud y el bienestar mental de las personas. En ese estudio se evidenció la influencia de familiares con cirugías y la aceptación social de estas en el entorno social de quienes decidieron realizarse la cirugía plástica estética.

La mayor parte de las personas con cirugías estéticas se sentía satisfecha con los resultados, hecho que probablemente explica la alta motivación que presentaban para realizarse varios procedimientos, ya que cada modificación es vista como la oportunidad de aproximarse cada vez más a la figura corporal deseada y por tanto a la imagen ideal en términos de forma, atractivo y peso; no obstante es preciso realizar nuevas investigaciones que permitan confirmar este postulado.

Es tal la importancia concedida a la figura, que para lograr el prototipo de belleza se usan por ejemplo prendas de control, para la zona abdominal en especial aquellas personas que se habían sometido a cirugías, aun cuando ya no lo necesitaran por la cirugía o su posoperatorio, esto asociado posiblemente a que la preocupación por el peso persiste y las alteraciones de la percepción de la imagen corporal se concentran en nuevas zonas del cuerpo (Lameiras et al., 2003), demostrando que los motivos centrales para buscar estas transformaciones corporales están más relacionados a dificultades emocionales y no a verdaderos defectos físicos.

Aunque se ha planteado que las razones para realizarse cirugías están centradas en uno de los cuatro componentes ya reconocidos de la imagen corporal (peso, funcionalidad forma y atractivo) las personas participantes de este estudio referían como condición principal para obtener la figura física ideal la apariencia juvenil; es posible pensar en que es preciso incorporar un quinto componente de la imagen corporal aportado por la concepción cultural actual de belleza, sus estándares y la necesidad de retrasar el proceso de envejecimiento ya que ser joven es asociado a ser elegible como pareja y alcanzar reconocimiento social. Teniendo en cuenta que estos hallazgos abren una línea de investigación importante es clave desarrollar nuevas investigaciones que faciliten la aproximación comprensiva al componente

juventud de la belleza y permitan contrastar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Con relación a los esquemas maladaptativos, la mayor proporción de personas se ubicaron en el nivel clínico del factor de auto sacrificio, seguido por estándares inflexibles 1 y 2, y el de derecho, aunque el único relacionado con la predicción de aceptación de cirugías estéticas fue el de desconfianza/abuso; que se puede explicar bajo la idea de que el hecho de no cumplir los estándares de belleza las hacen vulnerables a la crítica, el rechazo y el maltrato social; y la cirugía probablemente es motivada por la expectativa de que con el embellecimiento logran evitar ser maltratadas. Cabe notar que el esquema desconfianza/abuso se asocia a la tendencia a evitar el rechazo y realizar acciones en primera medida que eviten el sentirse vulnerables e incrementen su valía personal.

Modelo predictivo

La insatisfacción con la imagen corporal, el estrato, la edad y el esquema maladaptativo desconfianza/ abuso predicen la aceptación de cirugías plásticas estéticas. Estas variables predecían la aceptación de cirugías estéticas, la mayor parte de la muestra estaba ubicada en los estratos 3 y 4. Resultados similares han sido obtenidos en otras investigaciones como la de Cabarcas y Londoño (2014), dado que algunas personas no acceden a cirugías estéticas por bajos recursos económicos.

En la sociedad occidental hay una fuerte preocupación e inseguridad sobre la apariencia personal, la gente piensa que será más aceptada en sus trabajos y se sentirá más segura consigo misma si es bella, joven y esbelta; sin duda el uso de cirugías estéticas facilita la consecución de oportunidades en el mercado laboral. El cuerpo reconstruido quirúrgicamente es muy frecuente en la actualidad, hay un creciente interés por lo artificial sobre lo orgánico (Elliott, 2011); por ello la cirugía estética se ha convertido en un negocio masivo global, y es vista también como una inversión en el futuro de cada individuo, a su vez procedimientos se ven apoyados por los rápidos avances tecnológicos en términos de técnicas de mínima invasión y tiempos de recuperación menores; y la alta elegibilidad que adquieren las personas con apariencia socialmente aceptada.

Es así, como el modelo estético corporal dominante genera una presión significativa para los miembros de una sociedad, dada la importancia atribuida al atractivo como medio para triunfar en todas las áreas, asociado esto a la norma subjetiva que facilita este tipo de comportamientos; especialmente en las mujeres: sin embargo, los hombres presentan valores que denotan riesgo, pero es necesario realizar más estudios que incluyan el género masculino para corroborar estas conclusiones (Moreno & Ortiz, 2009). Por otro lado, el estudio de Mora (2007) permitió identificar que las personas asocian el ideal de belleza con delgadez al ser un modelo aceptado y difundido en la sociedad occidental. Por tanto, ha aumentado el número de casos en los que se da la transformación del cuerpo para cumplir las expectativas que se tienen acerca de la forma del cuerpo y la imagen social del cuerpo proyectada.

Se identificó que elementos relacionados con el estatus social, la admiración generada por otros y la presencia de insatisfacción con el cuerpo precedido, por el esquema de desconfianza abuso puede contribuir a una mayor tendencia a la aceptación y realización de cirugías estéticas; sin embargo, es importante aclarar que esta variable no diferencia estrictamente los grupos estudiados de la misma forma que lo hacen la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Aunque podría esperarse que los esquemas de auto sacrificio y estándares inflexibles 1 y 2 característicos de las personas con trastornos de la conducta alimentaria, especialmente el de estándares, en el presente estudio no se encontró dicha asociación. Pero si se evidencia que ambos están asociados a insatisfacción con la imagen corporal más que al hecho de aceptar una cirugía plástica estética.

Incluso la insatisfacción con la imagen corporal conduce a la aceptación de una cirugía plástica estética, si la persona cuenta con los recursos necesarios para cubrir los costos de la cirugía o su nivel de temor al dolor es bajo; sin embargo, es necesario conducir nuevos estudios sobre el tema.

Los juicios de valor relacionados con la imagen corporal de sí mismo y la importancia relativa dada a la imagen juegan un papel central en la aceptación de las cirugías plásticas estéticas, ya que según Sepúlveda, Botella y León (2001), en la valoración del cuerpo la actitud hacia la imagen corporal define en mayor medida la aceptación de la figura física,

incluso por encima de la percepción general acerca de las características del cuerpo, por lo tanto se puede pensar que en la muestra objeto de estudio las actitudes y creencias acerca de si mismos estaban asociadas tanto a la insatisfacción con el cuerpo como al deseo de modificarlo a través de las cirugías estéticas.

Estos autores incluyen las actitudes y las creencias sobre uno mismo como variables que muestran una asociación más estrecha con la insatisfacción. Estas actitudes y creencias pueden estar mediadas por un concepto denominado distorsión de la imagen corporal que se define cuando la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que está siendo representado y la insatisfacción corporal como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales; así según el planteamiento de Paredes y Pinto, (2009) las mujeres con mayor insatisfacción corporal y con más miedo a ganar peso podrían tener más interiorizado el ideal corporal de la mujer en la sociedad. En conclusión una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de los trastornos de la alimentación (Maganto y Cruz, 2000). De esta manera se hace necesario establecer evaluaciones que incluyan estos aspectos para minimizar los riesgos mencionados.

La edad combinada con la insatisfacción con la imagen corporal mostró ser un factor predictivo de la aceptación de las cirugías plásticas estéticas, ya que la imagen corporal se construye a través del intercambio social y su valor cambia con el paso de la edad, hallazgo confirmado en un estudio previo realizado por Esnaola y otros (2010). A este respecto se encontró que las mujeres jóvenes se realizaban cirugías estéticas con el fin de ser más deseables y conseguir pareja, y en el caso de las mujeres mayores el objetivo era mantener una apariencia joven o no envejecida y una relación afectiva estable o ser elegible por otras parejas. Finalmente y contrario a lo que Cabarcas y Londoño (2014), y Alejo et al. (2013) habían encontrado que indicaba que las personas que aceptan cirugías plásticas cosméticas tienden a presentar riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, depresión y ansiedad; en el presente estudio el reporte problemas de salud mental y física no estaba asociado a la aceptación de cirugías plásticas cosméticas, aunque no se puede perder de vista que el autorreporte limita los alcances de la inferencia al respecto .

REFERENCIAS

- Acosta, M. & Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 216-23
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2011). Procedural Statistics represent procedures performed by ASPS Member Surgeons certified by The American Board of Plastic Surgery (ASPS). Recuperado de: <http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2010-statisticss/Overall-Trends/2010-cosmetic-plastic-surgery-minimally-invasive-statistics.pdf>
- Bordo, S. (2003). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body* (10th anniversary edn), Berkeley, CA: University of California Press
- Brown, A., Furnham, A., Glanville, L., & Swami, V. (2007). Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 27, 501-508
- Cabarcas, K. & Londoño, C. (2014). Afrontamiento, optimismo/pesimismo, imagen corporal y riesgo de TCA como predictores psicosociales de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas. *Summa Psicológica*, 20 (2), 15-25
- Chavoín, J. (2003). Aesthetic surgery and ethic. *Chirurgie esthétique et éthique*, 1, 35140.
- Didie, E. & Sarwer, D. (2003). Factors That Influence the Decision to Undergo Cosmetic Breast Augmentation Surgery. *Journal of Women's Health*, 12 (3), 241-253.
- Elliott, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9 (18), 145-164
- Esnaola, I., Rodríguez A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences *Salud Mental.*, 33, 1, 21 – 99
- Flageul, G., Godefroy, M., & Lacoëuilhe, G. (2003). The therapeutic function of the aesthetic surgery. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 48 (5), 247-256
- Fundación Víctimas de la mala estética (2011). *Cuidase de drogas y tratamientos estéticos*. Recuperado de: <http://www.victimasdelamalaestetica.com/articulos/51-cuidese-de-drogas-y-tratamientos-esticos.html>

- Galeano, D. & Krauch, C. (2010). Actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias. *Eureka*, 7 (1), 11-38.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª Ed. México: Mc Graw Hill.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios/as sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 23-33.
- Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 30, 45-48
- Martínez, D. & Veiga, O. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7 (27), 253-265
- McGrath, M. y Mukerji, S. (2000). Plastic Surgery and the Teenage Patient. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13 (3), 105-118.
- Ministerio de Protección Social (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Estudio Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito y Universidad CES. (2010). *Situación de salud mental del adolescente en Colombia - Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. The Who World Mental Health Survey Consortium. Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1142958_salud-mental-adolescente-04-11-2010.pdf
- Mora, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales*, 116 (2), 71-85.
- Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 181-190
- Ousley, L., Cordero, E., & White, S., (2008). *Eating Disorders and Body Image of Undergraduate Men*. *Journal of American College Health*, 56 (6), 25-35
- Paredes, J. & Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Ajayu*, 7 (1), 28-47

- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Rodríguez, B., Oudhof, H., Gonzalez-Arratia, N., & Unikel-Santoncini, Z. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33, 325-332.
- Rodríguez-Guzmán L., Carballo-Gallegos, L., Falcón-Coria, A., Arias-Flores, R., & Puig-Nolasco, A. (2010). Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. *Medicina Universitaria*, 12 (46), 29-32.
- Sarwer, D. & Crerand, C. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1 (1), 99-112
- Sarwer, D. (2002). Cosmetic Surgery and changes in body image En: T.F. Cash, y T. Pruzinsky, (eds.). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Sepúlveda, A., Botella, J., & León J. (2001) La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13, 1, 7-16.
- Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética. (2011). Estadísticas sobre cirugía plástica. Recuperado de: <http://www.isaps.org/>
- Soest, T., Kvaem, I., Roald, H., & Skolleborg, K. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62 (10), 1238-1244.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. En: T. F. Cash & T. Pruzinsky (eds) *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 91-8), New York: Guilford Press.
- Ventura, L. (2000) *La tiranía de la Belleza*. Bogotá: Plaza & Janes.
- Wykes, M. & Gunter, B. (2005). *The media and body image*, London: Sage.
- Young, J. & Klosko, J. (2003). *Schema Terapy*. New York: The Guilford Press.
- Zaragoza, J., Saucedo-Molina, T., & Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición: Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 61 (1), 20