

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Facultad de Psicología

TESIS DE LICENCIATURA

“CIRUGÍA ESTÉTICA Y AUTOCONCEPTO: SU EVALUACIÓN EN MUJERES PRE Y POSTQUIRÚRGICAS”

Alumna: **JAQUELINE ALISIARDI**

Directora: **LIC. MARIANA CARRADA**

Mendoza, Julio de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Mariana Carrada

Agradezco...

A mis padres y hermana, por el esfuerzo realizado y sostén.

A mi directora de tesis, Lic. Mariana Carrada, por el apoyo y tiempo dedicado en este proceso de aprendizaje.

Al Dr. Eduardo Alonso por su apertura y colaboración.

A mi amiga y colega, Paula, por lo compartido, por su contención y compañía incondicional a lo largo de estos años de carrera, y a mis amigas de la vida, Priscila y Adriana por su amistad y apoyo absoluto.

A Romina, María José y Sofía por su respaldo y energía.

A todas las personas que participaron en este proceso, y a aquellos amigos y compañeros que directa o indirectamente me acompañaron en todo momento.

RESUMEN

En el presente trabajo se propuso investigar el Autoconcepto, considerado una de las estructuras que conforman la personalidad y definido como *“una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca del propio individuo; que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto”* (Valdez Medina, 1992).

El objetivo principal del trabajo fue evaluar el autoconcepto en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a alguna intervención quirúrgica de este tipo, para determinar si existen diferencias en las dimensiones del autoconcepto entre ambos grupos.

La muestra estuvo compuesta por 35 sujetos de sexo femenino, 18 con el deseo de someterse a una cirugía estética y 17 que ya se sometieron a una intervención de esta clase, entre los 18 y los 56 años. Los instrumentos aplicados fueron: la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Martina Casullo (1990) y la Escala de Autoconcepto de Valdez Medina (1992).

A partir de los resultados obtenidos se observaron diferencias significativas sólo en la dimensión Imagen corporal de la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Martina Casullo (1990).

ABSTRACT

The present study proposed to investigate the Self –concept, considered one of the structures that form the personality and defined as: *“mental structure of psychosocial nature which implies an organization of behavioral, emotional and physical, real and ideal aspects about the individual’s own; that operate as a subjective source of action, to the internal and external environment surrounding the person”* (Valdez Medina, 1992).

The main objective of this investigation was to evaluate the self-concept in individuals with a desire to undergo cosmetic surgery and individuals that already underwent a surgical intervention, to determine whether there are differences in the dimensions of self-concept between the two groups.

The sample consisted of 35 female subjects, 18 with the desire to undergo cosmetic surgery and 17 already underwent to an intervention of this kind, between 18 and 56 years old. The instruments used were: Verbal scale for young people who study tertiary education of Martina Casullo (1990) and Self- concept scale of Valdez Medina (1992).

From the results obtained, significant differences were observed only in the dimension Body image of the Verbal scale for young people who study tertiary education of Martina Casullo (1990).

ÍNDICE

	Pág.
Título	2
Hoja de evaluación.....	3
Agradecimientos	4
Resumen.....	5
Índice.....	7
Introducción.....	10
Marco Teórico.....	14
Capítulo I: Autoconcepto	15
I.1. Definiciones de Autoconcepto.....	16
I.2. Definición Integradora	19
I.3. Componentes del Autoconcepto	21
I.4. Autoconcepto: Historia del término	23
I.5. Autoconcepto: Desarrollo evolutivo.....	28
I.6. Diferencia y relación con otros términos	35
I.7. Métodos de exploración del autoconcepto.....	39
Capítulo II: Belleza e Imagen corporal	41
II.1. Concepto de belleza	42
II.2. Algunas definiciones de belleza.....	43
II.3. Orígenes y evolución de los cánones de belleza.....	44
II.4. La belleza e imagen corporal en la modernidad y posmodernidad.....	46
II.5. Patrones de belleza en televisión y otros medios de comunicación... ..	49
II.6 Moda y parámetros de belleza en las pasarelas.....	51

Capítulo III: Cirugía Estética	57
III.1. Cirugía Plástica	59
III.2. Orígenes	60
III.3. Aparición de la cirugía estética	61
III.4. Descripción de algunas cirugías estéticas	63
III.4.1. Mamoplastía	63
III.4.1.1. Riesgos y complicaciones posibles	66
III.4.2. Lipoaspiración.....	67
III.4.2.1. Procedimiento.....	69
III.4.2.2. Riesgos y complicaciones posibles.....	70
III.4.3. Rinoplastía.....	71
III.4.3.1. Riesgos y complicaciones posibles.....	73
Marco Metodológico	74
Capítulo IV: Materiales, Método y Procedimientos	75
IV.1. Objetivos de la investigación	76
I.V.1.1. Objetivos del trabajo.....	76
I.V.1.1.1. Objetivos generales.....	76
I.V.1.1.2. Objetivos específicos.....	76
IV.2. Hipótesis del trabajo	77
IV.3. Método.....	78
IV.3.1. Diseño metodológico.....	78
IV.3.2. Tipo de muestra.....	78
IV.3.2.1. Sujetos	79
IV.3.3. Instrumentos.....	79

IV.3.3.1. Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios.....	80
IV.3.3.2. Escala de Autoconcepto.....	83
IV.4. Procedimiento.....	90
IV.5.Tratamiento Estadístico.....	92
Capítulo V: Presentación y Discusión de los resultados.....	93
V.1. Presentación de resultados.....	94
V.2. Discusión de resultados.....	108
Conclusiones.....	112
Apéndice.....	119
Bibliografía.....	126

INTRODUCCIÓN

La cirugía estética es un tema recurrente en la actualidad y se está imponiendo como una especie de moda el someterse a una intervención quirúrgica de este tipo, no sólo en Argentina sino también en países de todo el mundo. A partir de esta realidad surgió la incógnita acerca de qué sucede con el autoconcepto en las personas que optan por esta clase de cirugías, si la decisión de someterse a una intervención quirúrgica se relaciona de alguna manera con el autoconcepto de la persona y si esta decisión es originada por motivos razonables, ya que existen investigaciones que consideran que en caso contrario, a la larga, si las expectativas no se vieran satisfechas podrían llevar a consecuencias negativas.

El autoconcepto es un constructo que ha sido investigado por mucho tiempo y desde las diferentes corrientes psicológicas, surgiendo en consecuencia, una gran variedad de definiciones. Para llevar adelante esta investigación se toma la definición elaborada por Valdez Medina (1992) que lo define como:

“una estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca del propio individuo; que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto”.

Para llegar a esta conceptualización el autor considera que esta estructura mental contiene información acerca de tres áreas: los referentes observables, los referentes reales e ideales y los referentes internos y externos.

Martina Casullo (1990) por su parte identifica una serie de variables que intervienen en la estructuración del autoconcepto y menciona a las siguientes cuatro como las de mayor importancia:

1. el nivel de aspiración
2. posición del individuo en la estructura social (nivel económico social)
3. el nivel de aspiración del subsistema familiar
4. el efecto de los llamados “medios masivos de comunicación”

En cuanto al desarrollo del autoconcepto, un aspecto que no se puede dejar de lado, es el que tiene que ver con el grado de adaptación del mismo. Podemos encontrar entonces a personas con un autoconcepto ajustado y personas que poseen un autoconcepto desajustado. Rogers (1977) explicaba esta diferenciación relacionándola con la atmósfera en la que crece la persona y con la ansiedad que sufre al no coincidir el autoconcepto y la realidad o la percepción de la misma.

Se puede definir entonces como *autoconcepto ajustado* aquel conformado por autoconceptos realistas, donde la persona es consciente de su propio mundo y está abierto a todas las vivencias (Roger, 1977 citado en Baron, 1996).

Gran variedad de estudios afirman que en la etapa de adultez el autoconcepto permanece más o menos estable, a pesar de que se vivencian cambios profundos en contextos como el trabajo, la familia, etc., esto podría deberse a que el llegar a esta etapa implica haber alcanzado cierto grado de madurez y adquirido nuevas estrategias de afrontamiento (Helson y Moane, 1987; Stewart, Ostrove, 1998; Moen y Wethington, 1999; Stewart y Vandewater, 1999; citados en Davidoff, 1990).

Por otra parte, en cuanto a las cirugías estéticas, los implantes mamarios son el procedimiento más requerido (www.aestheticsurgery.com), y día a día esta clase de intervenciones cobran más adeptos, debido, en gran parte, al creciente interés que se le da a la imagen en la sociedad. Los cánones de belleza han ido evolucionando a lo largo de los años, y en nuestros días, por la influencia de los medios masivos de comunicación, avanzan cada vez más rápido y se instalan por menos tiempo. Sin embargo se aprecia que, a pesar de la continua evolución de los patrones de belleza, lo que se mantiene intacto en la sociedad a través del tiempo es el ansia de la mayoría de los miembros de la sociedad de encajar y asemejarse al modelo reinante del momento. Los problemas surgen cuando los estereotipos de belleza que se establecen no se encuentran dentro de los parámetros de la salud.

Reflexionando acerca de esta realidad, desde el marco psicológico, podemos pensar que los parámetros de belleza se vuelven tan absolutistas que originan en muchas personas creencias irracionales acerca de lo que es necesario para pertenecer y ser aceptado.

Siguiendo esta línea de pensamiento, el objetivo principal del trabajo fue evaluar el autoconcepto en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a alguna intervención quirúrgica de este tipo, para determinar posteriormente, si existen diferencias en las dimensiones del autoconcepto entre ambos grupos.

El trabajo desarrollado a continuación está conformado por dos apartados: uno teórico y otro metodológico. En el primer capítulo se conceptualiza el autoconcepto, desarrollo histórico y evolutivo, componentes, diferencia y relación con otros términos y

métodos de exploración del mismo. En los capítulos dos y tres se desarrollan los temas de belleza e imagen corporal, abordando en este las posturas psicológicas acerca de esta temática y cirugía estética respectivamente.

En la parte metodológica, en el capítulo cuatro se describen objetivos, hipótesis, diseño, características del grupo investigado, instrumentos de evaluación utilizados, enumerando las adaptaciones realizadas a los mismos para su aplicación a esta muestra en particular, y el procedimiento, donde se detalla la manera en que se llevó a cabo la presente investigación. En el capítulo cinco se presentan los resultados de la investigación y la discusión de los mismos. Por último, en el capítulo seis se desarrollan las conclusiones a las que se arribó en el marco de la investigación realizada.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I
AUTOCONCEPTO

I.1. Definiciones de Autoconcepto

Rogers (1950, citado en Casullo, 1990) dice que el concepto de sí mismo es la configuración organizada de las percepciones de si mismo que son admisibles a la conciencia, y presenta una serie de características particulares:

1. es consciente; incluye las experiencias y percepciones simbolizadas en la conciencia
2. es una estructura, una configuración organizada (gestalt)
3. contiene percepciones, valores e ideales
4. es una hipótesis provisional que la persona formula acerca de "su realidad", no es para ella toda la realidad

Ausubel (1952) por su parte define al autoconcepto como la combinación de tres elementos: el aspecto físico, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales (Casullo, 1990).

Markus (1977) considera los autoconceptos como esquemas, representaciones de conjuntos de miembros de una categoría particular; estructuras de conocimiento derivadas de la experiencia pasada, sobre todo social. Los autoesquemas organizan y guían el procesamiento de la información pertinente para uno mismo en la experiencia actual, y su contenido tiene que ver con la apariencia física y la conducta propia, las relaciones con los otros, la personalidad de uno mismo, los valores y metas personales, las reglas y estrategias para controlar la conducta, y proporciona al mismo tiempo un marco a las nuevas experiencias. Estos esquemas son utilizados por las personas consigo mismas y con los demás (Fierro, 1996).

L'Ecuyer (1981) por su parte hace un análisis de la estructura del autoconcepto y muestra los variados componentes u objetos a que se refiere. El modelo de este autor distingue y pone en jerarquía los niveles de estructuras generales, subestructuras específicas y por último categorías (Fierro, 1996).

Para explicar la doble cualidad de estable y maleable, Markus y Kunda (1986) han concebido la noción de "autoconcepto operativo" o "de trabajo", como una estructura temporal que se pone en funcionamiento en un momento dado en relación con las circunstancias actuales. Las autoconcepciones se hacen presentes cuando son activadas por situaciones significativas y son afinadas de acuerdo con las reacciones del individuo en cada momento.

Estos autores, afirman entonces, que el autoconcepto es estable, resistente al cambio, pero al mismo tiempo maleable y sensible a la situación social (Fierro, 1996).

María Martina Casullo (1990) en su obra "El autoconcepto" lo explica mencionando, entre otros aspectos, cuatro variables que intervienen en la estructuración del autoconcepto. Entre ellas encontramos: el nivel de aspiración, es decir, metas, expectativas y logros de una persona respecto a su satisfacción ante una tarea determinada; posición del individuo en la estructura social, aludiendo al nivel económico-social del sujeto; el nivel de aspiración del subsistema familiar, es decir, las expectativas de los demás puestas en la persona y por último el efecto de los medios masivos de comunicación como divulgadores de imágenes de perfección y modelos específicos según roles y géneros.

La definición de Baron (1996) de autoconcepto lo explica como “ las creencias y los conocimientos que se tienen acerca de uno mismo, jugando un papel crucial en la personalidad total ya que las acciones que pueda emprender una persona, su motivación, su orientación en el mundo, serán en función de esta imagen que tenga de si mismo.”

Bruce Bracken (1996) define al autoconcepto como: “un patrón de comportamiento aprendido, multidimensional y dependiente del contexto que refleja la evaluación individual de comportamientos y experiencias pasadas; influencia a los comportamientos actuales de los individuos y predice comportamientos individuales y futuros” (Zuluaga, 2000).

Fierro (1996) dice que el autoconcepto es una de las parcelas del autoconocimiento, junto con la autoatención, autopercepción, memoria autobiográfica y la autodeterminación. Agrega también que todo comportamiento relativo al propio agente, por ejemplo el autoconcepto, es, en parte, autorregulado y autorregulador. Menciona también que el autoconcepto dentro de la psicología, en sentido reducido, se refiere únicamente a la actividad de formación de conceptos sobre si mismo, siendo este un momento del proceso cognitivo.

El autoconcepto comprende las percepciones y sentimientos de confianza, valoración, capacidad y aceptación de uno mismo. No es heredado sino que es aprendido a partir de las experiencias e interacciones con el entorno y va determinar, en gran medida, las iniciativas, los niveles de aspiración y la manera de afrontar la vida de cada persona.

El autoconcepto en la vida de una persona es considerado como un valor clave para un desarrollo humano integrado, entendiendo como valores a las prioridades que tienen su reflejo en la conducta humana, y son la base que motiva y da sentido a una persona (Elexpuru y Garma, 1999).

I.2. Definición integradora

Para llevar adelante el siguiente trabajo de investigación acuñaremos la definición propuesta por Valdez Medina (1992) en su tesis doctoral El autoconcepto.

El autor hace un recorrido por la evolución del concepto en los distintos momentos de la historia universal y por las diferentes corrientes de la psicología. Esto le permite llegar a varias conclusiones para luego enunciar su definición del autoconcepto.

Al proponer su definición, comienza por tomar como principio que el *autoconcepto*, *yo* y *si mismo*, son una misma entidad, una estructura cognitiva que tiene un origen de carácter psicosocial intrínseco, con la cual organiza y codifica la información social, individual y psicosocial sobre si mismo. Esta estructura mental contiene información acerca de tres áreas: los referentes observables (físicos, conductuales, afectivos), los referentes reales (conocimientos reales sobre si mismo) e ideales (yo ideal) y los referentes internos (estado de ánimo) y externos (circunstancias) que lo rodean.

Para su propuesta cita a Rogers (1987, 1988, 1989), quien indica que hay un *sí mismo* real y un *sí mismo* ideal, entre los cuales hay un cierto grado de correspondencia, y la distancia que exista entre ellos determinará la satisfacción o insatisfacción del sujeto y el ajuste de su autoconcepto.

Todos sus análisis y estudios concluyen con la siguiente definición de autoconcepto:

“estructura mental de carácter psicosocial que implica una organización de aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca del propio individuo; que funcionan como un código subjetivo de acción, hacia el medio ambiente interno y externo que rodea al sujeto”

En su tesis doctoral donde enuncia la definición anterior, Valdez Medina (1992) construye también una escala para la medición de autoconcepto basada en la teoría de las redes semánticas. La red semántica de un concepto es aquel conjunto de ideas elegidas por la memoria a través de un proceso reconstructivo y que cuya estructura y organización debe permitir un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos (Mora y cols., 1984 citado en Morelato, 2001).

I.3. Componentes del Autoconcepto

Martina Casullo (1990) menciona que es ilimitado el número de variables que intervienen en la estructuración del autoconcepto, pero se refiere a cuatro como las que mayor peso tienen.

1. *el nivel de aspiración*: con esta variable hace alusión a las metas, expectativas y logros de una persona respecto a su satisfacción ante una tarea determinada. Este nivel supone la existencia de expectativas sobre los sucesos, es decir, juicios anticipatorios, estimaciones subjetivas. Los criterios que definen un nivel de aspiración son:
 - el deseo de hacer (proceso o producto) una cosa difícil.
 - querer ocupar una posición diferente a la actual en el medio social, laboral o familiar.
 - querer hacer todo lo mejor posible.
2. *posición del individuo en la estructura social (nivel económico social)*: esta variable es considerada ya que se ha confirmado con las investigaciones realizadas que la decisión de una persona sobre concretar acciones depende del grado en que su autoconcepto sea amenazado o potenciado y ello se relaciona en gran medida con el grado de satisfacción de necesidades. A partir de aquí infiere que si se acepta que el autoconcepto se configura a partir de las autopercepciones que sobre si misma tiene una persona en diferentes dimensiones (su cuerpo, su rendimiento intelectual, sus estados afectivos, su grado de aceptación social, su conformidad o no con el logro de metas o proyectos de vida, sus posibilidades de satisfacer necesidades básicas), se podría afirmar que la pertenencia de los sujetos a estratos sociales y culturales diferentes en términos de aprendizajes vitales,

determinará que en el proceso de la construcción de la percepción de si mismo, el individuo ponga más énfasis en algunas dimensiones y menos en otras.

3. *el nivel de aspiración del subsistema familiar*: esta variable toma en cuenta la influencia que puede llegar a tener en el autoconcepto del sujeto el hecho que se perciba que se está o no satisfaciendo expectativas o aspiraciones que le han sido depositadas en su persona por figuras centrales de su núcleo familiar. Este aspecto es abordado por varios autores como Ericsson (1976) y Allport (1975) cuando hablan del desarrollo y evolución del autoconcepto. Con respecto a esto es inevitable pensar en las consecuencias que puede generar en la persona que se proyecten en ella deseos o expectativas poco reales y hasta inalcanzables.
4. *el efecto de los llamados “medios masivos de comunicación”*: es imposible dejar de referirnos al efecto que las imágenes que aparecen en el cine, la televisión y las revistas tienen en la conformación de expectativas y el desarrollo de identidades. Los medios de comunicación generan necesidades que no siempre se está en condiciones de satisfacer, a la vez que proponen modelos específicos según roles y géneros. Todo esto genera angustia y sentimiento de descontrol cuando se encuentra con que su autoimagen está muy lejos de parecerse a la que muestran en la televisión.

Además en la misma obra la autora refiere que en la estructuración del autoconcepto intervienen cuatro componentes fundamentales, que pueden considerarse como etapas del desarrollo evolutivo. Estas etapas son:

1. *Conciencia de identidad*: la misma se esboza cuando la persona está cerca del primer año de vida y empieza a diferenciar las sensaciones provenientes de su cuerpo de las provenientes de objetos externos.

2. Conciencia del Yo: esta aparece entre los 2 y los 3 años de edad y es cuando el niño comienza a manejar los pronombres personales.
3. Captación de las características psicológicas: surge como resultado de la generalización de datos sobre la autovaloración y que presupone la posibilidad de un desarrollo cognitivo que posibilite pensamientos operatorios concretos.
4. Autovaloración axiológica: la misma se concreta con el acceso al pensamiento operatorio formal.

I.4. Autoconcepto: historia del término

El autoconcepto fue y es un aspecto de la personalidad muy estudiado. A lo largo de los años fueron muchos los psicólogos y estudiosos de distintas áreas que intentaron explicar y definir este concepto.

El término *autoconcepto* tiene su origen en 1890, cuando apareció por primera vez en un escrito de William James, pero a pesar de que en psicología es uno de los puntos centrales en los estudios de personalidad, asomó para formar parte de diversos trabajos en las décadas de 1940 – 1970 (Valdez Medina, 1992).

El autoconcepto dentro de la psicología polemiza, desde su irrupción en esta ciencia, con su íntima relación con los conceptos *yo* y *si mismo*. Esto debido a que ha habido gran cantidad de discusiones y argumentaciones acerca de si se trata de conceptos distintos o similares. Luego de muchos años, se habría logrado dar “cierta uniformidad al significado de los tres conceptos, admitiéndose que estos términos hablan de un mismo elemento o estructura de la personalidad de los individuos” (L’Ecuyer, 1985 citado en Valdez Medina, 1992).

Valdez Medina en sus tesis doctoral *El Autoconcepto* (Valdez Medina, 1992) propone una revisión histórica de este término. A continuación se desarrolla una breve reseña de este rastreo.

En la Grecia antigua ya los filósofos griegos, interesados en descubrir y explicar la esencia del hombre, comienzan a hablar del si mismo del ser humano, a pesar de que este no era un tema de importancia. Protágoras, Platón y Aristóteles plantean, cada uno desde su postura, la concepción del hombre y la relación de este consigo mismo y con la sociedad.

En el marco de la psicología interesada en la descripción del hombre hubieron varios personajes básicos, y Valdez Medina menciona entre ellos a Montaigne 1592, quien considera que el *si mismo* es su “forma maestra”, que no puede ser definido como algo simple, constante y estable, sino como algo cambiante y fragmentado, que al valorarlo y aceptarlo se convierte en la única garantía de autenticidad e integridad, dejando claro que no hay otro igual en el mundo (Británica). Este sí mismo de Montaigne es libre de las influencias del exterior, sin embargo confirma la existencia de una vida pública y una vida privada.

Hasta la aparición de la psicología como ciencia experimental, los estudios acerca del sí mismo y del yo eran de carácter individualista, no dando en ningún caso ninguna definición clara y formal de estos conceptos.

Fue Williams James quien en 1890 en su libro *Principles of Psychology* da una definición clara y precisa del *sí mismo*, conceptualizándolo como todo aquello que puede ser llamado mío o formar parte de mi, es decir, la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo; no solo su cuerpo y capacidades físicas, sino también su ropa, casa, su pareja, hijos y amigos, y su cuenta bancaria (Valdez Medina, 1992).

Además de esta definición propone que hay tres tipos de *sí mismo*: el *sí mismo* material, que es la totalidad de las posesiones materiales, propiedades, dinero, el propio cuerpo, etc. El *sí mismo* social que depende de las identificaciones con distintos grupos sociales, como la familia, compañeros de escuela o de trabajo, etc., y el *sí mismo* espiritual donde se incluyen todas las disposiciones mentales juntas, siendo el centro de acción y de la adaptación de todo individuo (Fierro, 1996 y Valdez Medina, 1992).

Desde la sociología aparece un escrito de Cooley (1902) titulado: "El self social y el significado del yo" planteando una postura diferente a la de James, considerada demasiado individualista. Posicionado en el extremo sociológico, propone que el *sí mismo* es el resultado de interacciones dentro de un medio social en el que se encuentra inmerso, y que solamente es el reflejo de las reacciones que los demás tienen para con uno mismo. Cooley convierte al *sí mismo* en una entidad totalmente social y lo definió como "aquello que en el lenguaje ordinario se designa mediante los pronombres de primera persona del singular: yo, mí, me, mío, yo mismo" (Fierro, 1996).

A partir de aquí las corrientes psicológicas más fuertes, comienzan a tomar en cuenta al sí mismo, para formar parte de sus estudios, investigaciones y teorías. Existen diferentes perspectivas, en este trabajo revisaremos las que competen al mismo.

Skinner (1975) considera que la persona o el yo es un organismo, un miembro de la especie humana que ha adquirido un repertorio de comportamientos que son producto de la historia de cada uno y que determinará lo que hará posteriormente. Además en una de sus obras sobre la conducta humana aborda el sistema del *si mismo* y lo hace en términos de un análisis funcional de los comportamientos autoreferidos, autorreguladores y de autocontrol. Con el análisis funcional de la conducta que lleva a cabo pone en tela de juicio la pretendida unidad de *si mismo* y abre la posibilidad de una indagación desde principios objetivos, no solo conductistas, ajenos a la fenomenología (Fierro, 1996).

También habla del *autoconocimiento (autoconcepto)* como una capacidad que poseen los humanos y que es de origen social, ya que mientras más se conoce acerca del comportamiento de los demás, mejor se entiende uno mismo (Valdez Medina, 1992).

En otra dirección, pero dentro de la misma perspectiva, según Kanfer y Karoly (1978) la exploración conductista puede analizar el *sí mismo* en términos de regulación o control "beta": conjunto de procesos por los cuales un individuo altera o mantiene su cadena de conductas en ausencia de apoyo externo inmediato. Agregan además que el *sí mismo* consta de diversos procesos y momentos, autoobservación, auto evaluación en segundo lugar, y en última instancia el autorrefuerzo (Fierro, 1996).

Para Dollard y Miller (1941) el yo es un sistema conformado por respuestas innatas y adquiridas, dado que éstas pueden formarse, modificarse y extinguirse. Es decir que la concepción del yo que proponen no lo considera como una estructura rígida sino todo lo contrario, fluctuante. Esta postura abre la posibilidad de llevar a cabo una medición del fenómeno del autoconocimiento, ya que lo hace observable, objetivo y medible.

Mencionaremos también a Carl Rogers (1988), quien es el autor de la teoría del *si mismo* más difundida y utilizada, en la cual utiliza ampliamente dos conceptos: autoconcepto y sí mismo. Define al *autoconcepto* como una parte del campo fenoménico que poco a poco se va diferenciando hasta convertirse en una Gestalt conceptual organizada y coherente, compuesta de percepciones características del yo o del mi y de percepciones de las relaciones que tienen el yo y el mi con otros, y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas percepciones, que hacen que esta Gestalt sea fluida y cambiante, haciéndola capaz de adaptarse a cualquier situación.

En relación al *si mismo*, distingue tres actitudes hacia uno mismo (percepción de una persona hacia sus habilidades, sentimientos, acciones y relaciones en su medio escolar): el contenido específico de la actitud (dimensión cognitiva), un juicio respecto al contenido de la actitud (dimensión evaluativa) y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo (dimensión afectiva) (Valdez Medina, 1992).

I.5. Autoconcepto: Desarrollo evolutivo

Elexpuru y Garma en su obra *El autoconcepto en el aula* (1999) mencionan las características principales del autoconcepto según la edad y la evolución de la educación del niño.

Educación infantil:

- De 0 a 2 años: - Se configura la imagen corporal.
 - Empieza a encontrar diferencias entre sí mismo y los objetos y personas de su entorno.
 - Recibe de los padres información sobre sí mismo.
 - Su conducta está relacionada con la satisfacción de las necesidades básicas.
 - Es muy sensible al cariño y la aceptación del adulto.
- De 2 a 5 años: - Progresiva afirmación del sí mismo y diferenciación respecto de los demás.
 - Se sientan las bases del autoconcepto. Adquieren gran importancia las reacciones de los adultos próximos.
 - Actitudes de oposición: paulatina afirmación de la propia individualidad.
 - Aparecen conductas de imitación y de alternancia de papeles en relación a los padres.
 - Aumenta la relación con los iguales.
 - Se describen a sí mismos utilizando características muy concretas.

- Recurren a la comparación temporal para evaluar las propias capacidades.

Educación primaria

- De 6 a 8 años:
 - Aprende a situarse en el marco escolar y a integrar nuevas percepciones de sí mismo.
 - Aumenta la importancia de los iguales. El sentimiento de pertenencia al grupo influye en el sentido de identidad y en la autoestima.
 - En la autodescripción aparecen características personales, atributos emocionales, rasgos interpersonales., etc.
 - Se mantiene la comparación temporal como criterio para valorar las destrezas cognitivas. Al final del periodo se inicia la comparación social, aunque todavía se realiza de forma indiscriminada.
- De 8 a 12 años:
 - El autoconcepto se basa fundamentalmente en la comparación social.
 - Aumenta el nivel de expresión, conocimiento y competencia sobre sí mismo.
 - Papel fundamental de la escuela: desarrollo de nuevas habilidades y oportunidades de comparación social.

Educación secundaria:

- Adolescencia:
 - Búsqueda de diferenciación y afirmación de la propia identidad que desemboca en un autoconcepto personalizado.
 - Integración de los cambios corporales y ajuste de la imagen
 - Conciencia de las propias capacidades y actitudes.
 - Conquista de la autonomía personal.

- Identificación con el grupo, intensa pero temporal.
- Capacidad de introspección y considerar el punto de vista de los demás: conciencia de su mundo interior.

Roger (1950) al hablar del desarrollo del autoconcepto dice que, así como los niños observan a los demás, también lo hacen con ellos mismos, y que en los primeros años se percatan de consistencias y comienzan a asignarse ciertos rasgos, es decir, adjudican valores a sus características en función de lo que observan y aprenden de las personas significativas que los rodean (Davidoff, 1990).

Un aspecto a tener en cuenta al referirnos al desarrollo del autoconcepto es que este puede tener un buen grado de adaptación o no. Cuando nos referimos a esto se alude a lo que se denomina el ajuste del autoconcepto, es decir, que la persona puede tener un *autoconcepto ajustado* o poseer un *autoconcepto desajustado*.

Acerca de esto Rogers (1977) decía que las distorsiones del autoconcepto son comunes porque la mayoría de las personas crece en una atmósfera de afecto positivo, los demás sólo los aprobaran cuando se comporten de ciertas maneras y esto lleva a que en algún momento terminen negando o suprimiendo impulsos y sentimientos propios.

Refiere también que la razón de que no todos logren un ajuste adecuado en su autoconcepto se debe a la ansiedad generada cuando no coinciden las expectativas e ideas con lo que experimentan, es decir, cuando existe una diferencia entre nuestro autoconcepto y la realidad o la percepción de la misma. Frente a esto la persona puede recurrir a una gran variedad de defensas, pero a largo plazo esta situación puede producir

un vacío entre el autoconcepto y la realidad, y mientras mayor sea la discrepancia, mayoría sería el desajuste (Baron, 1996).

Resumiendo, según las ideas de Rogers (1977, 1982), una persona bien adaptada, con un autoconcepto ajustado, es aquella que posee autoconceptos realistas, es consciente de su propio mundo y está abierto a todas las vivencias (Baron, 1996). Para que esto sea posible es necesario que las personas significativas del entorno del sujeto acepten todos los aspectos del individuo y no exijan o esperen de ellos más de las capacidades reales de la persona.

Elexpuru y Garma (1999) dicen que una persona posee un autoconcepto sano cuando armoniza las limitaciones, sin mostrarse excesivamente crítico con ellas, se evalúa de forma positiva y se siente bien con respecto a sus potencialidades, esto no significa que no quiera cambiar ciertos aspectos suyos, sino que se acepta, aprecia y respeta a si misma. Por otro lado las personas con dificultades en su autoconcepto exhiben a menudo una actitud artificialmente positiva, en un intento de demostrar a los demás y a si mismo que esta bien, o pueden retraerse, evitando o disminuyendo el contacto con los demás.

La mayoría de las investigaciones en torno a la evolución del autoconcepto, al igual que la de Elexpuru y Garma (1999), llegan a la adolescencia, y es poca la información acerca del autoconcepto en la adultez.

Algunos estudios (Helson y Moane, 1987; Moen y Wethington, 1999; Stewart, Ostrove, 1998; Stewart y Vandewater, 1999; citados en Davidoff, 1990) de esta variable

en adultos afirman que el autoconcepto permanece más o menos estable, a pesar de que se vivencian cambios profundos en contextos como el trabajo, la familia, etc.

La adultez media implica haber alcanzado cierto grado de madurez, luego de haber aprendido a adaptarse a exigencias de la niñez, adolescencia y adulto joven, que supone haber adquirido estrategias de afrontamiento contra el estrés y la complejidad de la vida.

Esta investigación (Gorostegui, s.f.) define como tareas de la etapa de la adultez media las siguientes:

1. Logro de una imagen integrada entre la forma en que se ve a sí mismo, la forma en que idealmente le gustaría ser y la forma en que piensa que los otros lo ven.
2. Conciencia en los cambios que ocurren en sí mismo y en su entorno relacional y sobre sus metas y objetivos vitales.
3. Aceptación de la distancia emocional, social y cultural entre él y las nuevas generaciones, tratando de lograr un puente de comunicación con ésta pero no queriendo identificarse como perteneciente a ese grupo.
4. Aceptación de que ha disminuido la distancia entre él y el adulto mayor.
5. Logro de un sentimiento de autoeficacia y competencia. Menos vulnerabilidad al efecto que producen en los otros y más confianza en su capacidad para dirigir sus vidas.

Un aspecto fundamental en la vida adulta es la autorrealización, y una persona que no ha cumplido las expectativas que se forjó, comienza a ser más consciente del paso del tiempo, y esto, junto con los cambios físicos, la adquisición de nuevos roles

sociales y sexuales, y la adquisición de nuevas tareas influyen en la autoestima y el concepto de si mismo del adulto (Gorostegui, s.f.).

De la adultez joven a la adultez media aparentemente hay una tendencia a la estabilidad en la manera de verse y evaluarse. Sienten haber experimentado cambios profundos, pero estos cambios no lo son tanto en términos de sus puntos de vista personales. Un ejemplo de estos son los cambios en la autopercepción entre la adolescencia y la adultez joven, que son escasos, sin embargo en términos retrospectivos, suelen evaluarse negativamente en la adolescencia (Wapner, 2003, citado en Gorostegui, s.f.).

Las fuentes de valoración y autoestima cambian en la adultez, tanto en hombres como en mujeres. Los hombres se valoran en términos de logros profesionales o laborales y de su potencia sexual. Por su parte la valoración de la mujer proviene más de logros sociales, de la reincorporación de la vida laboral, entre otros (Gorostegui, s.f.).

En el caso del adulto mayor, según menciona un estudio (Antequera y Blanco, 2003, citado en Contreras López, 2005) sobre la importancia que tiene la percepción del control y el autoconcepto para el bienestar del anciano, es inevitable que los cambios morfológicos que ocurren durante el envejecimiento contribuyan a que el sujeto se perciba en mayor o menos grado a si mismo como un anciano. Además se ha demostrado que ejercen mayor presión, en la asunción o no del rol de viejo, los cambios ambientales y sociales.

Para el anciano la imagen corporal no importa tanto como la salud, es decir, que el autoconcepto físico es percibido como positivo si se tiene salud física y buen funcionamiento cognitivo y social (Cáliz, 1975 citado en Contreras López, 2005). En cuanto a la autoestima, las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos en la sociedad pueden contribuir a disminuirla y disminuir la percepción de su capacidad de control y capacidades.

Finalmente la dimensión social ocupa un lugar importante en la vejez por varias razones. Por un lado, como se mencionó anteriormente, influyen enormemente en el autoconcepto del anciano los estereotipos y prejuicios sociales. Pero por otro parte la pertenencia a un entramado social y el reconocimiento de algunas personas de su entorno ayudan a mantener un autoconcepto elevado, principalmente frente a la ruptura de muchos vínculos sociales que se pierden al ingresar a esta etapa como consecuencia de la jubilación, pérdida de seres queridos, institucionalización, etc.

El grado y la estabilidad del autoconcepto del adulto mayor dependerán fundamentalmente de las características del mismo en las etapas anteriores y de la madurez y experiencias por las que haya atravesado la persona (Contreras López, 2005).

I.6. Diferencia y relación con otros términos

Es importante diferenciar el término autoconcepto de otros conceptos, con los que suele haber confusión terminológica, y de algunos con los cuales tiene una estrecha relación.

La principal dificultad terminológica es con la autoestima. James la representa como el grado de éxito obtenido en función de las pretensiones requeridas (Morelato, 2001).

Oñate define a la autoestima como “el sentimiento de verse como bueno y valioso que se manifiesta en confianza y seguridad en sí mismo” (Morelato, 2001).

Elxpuru y Grama (1999) definen a la autoestima como la evaluación que el sujeto hace de si mismo, implicando un juicio de valor que supone aceptación o rechazo. Se trata de la actitud negativa o positiva hacia uno mismo, y afirman que existe una tendencia a considerar a la autoestima como un aspecto del autoconcepto.

A partir de todas las definiciones y diferenciaciones de estos términos que encontramos tomamos la de Trianes Gallardo (1998) como una de las más abarcativas y explicativas. El autoconcepto es una estructura cognitiva amplia y la autoestima es el evaluador afectivo más influyente de la experiencia. El autoconcepto organiza lo que pensamos que somos, lo que pensamos que podemos hacer y la mejor manera de

hacerlo, puede decirse la parte informativa; mientras que la autoestima es la medida en que estamos complacidos por este concepto o lo sentimos como valioso, o sea la parte emotiva (Trianes, Gallardo; 1998 citado en Morelato, 2001).

El autoconocimiento es la capacidad que manifiesta un bebé a los quince meses para reconocerse a él mismo (Lewis y Brooks-Guns, 1979, citado en Morelato, 2001).

La autoevaluación es la autovaloración que posee el niño, o sea la evaluación positiva o negativa que hace de su propio yo, de sus cualidades y capacidades. Las opiniones de los demás tienen un efecto feedback sobre la autoestima, así como el grado de confianza que se manifiesta en cuanto a la capacidad de solucionar un problema determinado (Morelato, 2001).

Por otra parte, la autorregulación, hace referencia a la capacidad con la cual el niño aprende a controlar su propia conducta. En los primeros meses de vida, la conducta del infante está controlada por agentes externos, para luego aprender a realizar conductas voluntarias con un determinado fin, las cuales pueden ser aprobadas o no por los adultos lo cual reforzará dicha conducta. Hacia los dos o tres años, se da la etapa de protesta o negativismo, esto sucede cuando el niño comprende que su yo es diferente del de los demás y trata de descubrir los límites de sus propias posibilidades e iniciativas (Morelato, 2001).

La autoeficacia, por otro lado, es la creencia de que podemos ser capaces de obtener buenos resultados en determinados tipos de tareas, siempre que el éxito sea

repetido no ocasional y atribuible a habilidades o cualidades del propio sujeto y controlables por él mismo (Morelato, 2001).

Fierro (1996) en su obra hace una distinción de los diferentes aspectos que conforman y permiten el autoconocimiento. Entre ellos están, la autoobservación, autopercepción, memoria autobiográfica y autodeterminación.

La autoobservación consiste en prestar atención y observarse a uno mismo por fuera y por dentro, aplicarse a la introspección y a aquella autorreflexión que se centra en pensamientos, sentimientos y estados anímicos propios. La atención ocupa un papel fundamental en la autoobservación, cuando ésta es deliberada y consciente, se hace observación activa, es decir que se practica a través de todos los analizadores sensoriales (Fierro, 1996).

A la autopercepción la explica como la percepción interna, de fenómenos que ningún otro sujeto puede percibir, ejemplo de esta son los estados anímicos, el dolor, los deseos, etc., y comprende momentos de autoconcepción o autocomprensión. La percepción es actividad compleja de toma de contacto sensorial con la realidad exterior o interior. De nosotros mismos tenemos principalmente extero-percepción, es decir, vemos nuestro cuerpo, escuchamos nuestra voz, etc.

Las investigaciones de distintas ramas de la psicología concluyen que en la autopercepción (Fierro, 1996):

- El sujeto cuenta con un conjunto de indicios y estímulos internos, aunque no tan inequívocos como suele presumirse, que no están a disposición del observador externo;
- El mismo sujeto posee un dilatado conocimiento de su propio historial anterior con detalles que suelen faltar en el conocimiento de los demás;
- Intervienen típicos procesos de distorsión, como los mecanismos de defensa;
- Se procede desde el punto de vista del actor, mientras la percepción interpersonal lo hace desde posiciones de observador.

La memoria autobiográfica es la referida a la propia vida en el curso de sus acontecimientos, la historia de uno mismo, el recuerdo de acciones y experiencias propias del pasado. Constituye un elemento central del autoconocerse y nos autodefine. La idea de sí como honesto/deshonesto, hábil/torpe, etc., depende en gran medida del modo en que, en cuanto a lo sustancial, uno recuerda pasadas conversaciones y acciones. En la irregularidad de la memoria autobiográfica emergen ciertos recuerdos de especial viveza, que actúan a modo de hitos de referencia para otros recuerdos, marcando un antes y un después (Fierro, 1996).

La autodeterminación es uno de los tantos procesos que intervienen en el autoconocerse. Es el proceso de decisión donde la opción elegida concierne al propio sujeto que decide, todo esto involucra un complejo proceso congénito donde al mismo tiempo se evalúan aspectos pasado, presentes y futuros. La psicología de la decisión ha destacado la complejidad del proceso de decidir, que envuelve una compleja actividad cognitiva antes de, y para, llegar al acto de la opción. Hay un detalle que cabe resaltar en cuanto a la decisión, y es que, resulta inevitable la connotación auto que le es inherente, ya que toda decisión es autodescisión, en toda acción está comprometida la propia acción. En la opción entre dos objetos diversos trae consigo el autodeterminarse a acciones futuras relacionadas con el objeto elegido. Podemos decir entonces que la

autodeterminación resulta ser, no una clase de decisión sino un aspecto de toda decisión (Fierro, 1996).

I.7. Métodos de exploración del autoconcepto

- Técnicas de inferencia: aquí se incluyen aquellas técnicas que tiene como objetivo la reconstrucción del concepto del si mismo de una persona, a partir de la observación de secuencias de comportamiento, análisis de entrevistas y/o interpretación de tests proyectivos. Estas técnicas se basan en el supuesto de que el individuo es incapaz de ser objetivo a la hora de proporcionar una descripción de si mismo. Como desventaja se puede mencionar el riesgo de caer en la subjetividad por parte del investigador. La ventaja encontrada, es que se eliminan los problemas de introspección y se disminuyen las probabilidades de que se den fenómenos de selección perceptual, distorsión perceptual, anhelo social, etc., ocasionados por los mecanismos inconscientes del sujeto (L`Ecuyer, 1985 citado en Valdez Medina, 1992).
- Autodescripción: consiste en un informe verbal o escrito que el individuo realiza sobre su propia persona, generalmente por medio de asociaciones libres. Existen varias formas de aplicar esta técnica, una de ellas es la autodescripción totalmente libre, otra forma es partiendo de un cuestionario o bien de una lista de adjetivos que propone el investigador. La hipótesis que sustenta esta técnica es que es el método más directo para obtener una apreciación del sujeto sobre si mismo. A pesar de que no puede tenerse una fe absoluta en los resultados, es útil para

comparar las evaluaciones del sujeto con los resultados arrojados por otros métodos de diagnóstico y así salvar las posibles distorsiones (Allport, 1986; Valdez Medina, 1992).

- Redes semánticas: en esta técnica los sujetos contestan con palabras sueltas, verbos, adjetivos, sustantivos, adverbios, etc., sin utilizar artículos ni proposiciones. Luego jerarquizan sus respuestas con base en la relación que consideran que tienen sus respuestas, con respecto a la palabra estímulo ante la cual contestaron. La ventaja de esta técnica es que es por demás versátil, completa y fácil usar, calificar e interpretar. Como desventaja, esta técnica no se puede utilizar con sujetos que sean adultos y que tengan un nivel académico muy bajo, ni en niños muy pequeños, ya que no podrían llevar a cabo la tarea de jerarquización (Valdez Medina y Reyes Lagunes, 1991, citado en Valdez Medina, 1992).

CAPÍTULO II

BELLEZA E IMAGEN CORPORAL

II.1. Concepto de belleza

Etimológicamente el concepto de belleza significa *brillar, aparecer, ser visto*. Históricamente apareció siendo aplicado en el contexto de la metafísica, considerada allí como uno de los trascendentales del ser. En ese momento era considerado algo objetivo, hasta que con la comprensión de la subjetividad de la experiencia estética y la belleza, se relativiza el concepto (Moreno Villa, 2003, p. 94).

Los tratados de estética han abordado el concepto de belleza desde dos puntos de vista diferentes. Uno de estos puntos de vista, el objetivo, es el que trata de describir cuales son las características que poseen ciertos objetos que nos hacen considerarlos o clasificarlos como bellos. Por otro lado, se aborda a la belleza, enfocándose, no en las características del objeto, sino en el efecto que produce en las personas la contemplación de dichos objetos, es decir, el punto de vista subjetivo (Moreno Villa, 2003, p. 94).

Una gran cantidad de pensadores de distintas épocas y ramas de la ciencia han reflexionado acerca de la belleza y su definición, como Hutcheson, Shaftesbury, Hume, entre otros, y a pesar de que se ha concluido que una característica importante del concepto de belleza es su cualidad subjetiva, para hacer un abordaje y análisis completo del concepto no se puede no tener en cuenta el lado objetivo de la misma (Moreno Villa, 2003, p. 95).

II.2. Algunas definiciones de belleza

Platón en *El Banquete* (380a. C.), describe la belleza explicando que el hombre poseído por el Eros de la belleza, va pasando de la belleza corporal a la intelectual y de la belleza de las ciencias a la belleza misma. Agrega además que la belleza es lo que resulta atractivo a través de los sentidos del oído y la vista, o bien depende de esto. En *Filebo* (370 – 347a. C.) realiza un nuevo análisis de la belleza y expone que las cosas bellas están constituidas por las cualidades de medida y proporción (Moreno Villa, 2003, p. 86).

Para Aristóteles lo bello debe representar, más allá de que se trate de un ser animado o inanimado, cierto orden entre sus partes y debe tener su propia medida, es decir, que lo bello consiste en la magnitud y el orden. Al igual que otros pensadores de la época su idea de belleza hace hincapié en la cualidad de proporción (Moreno Villa, 2003, p. 87).

Kant (1790) niega la posibilidad de dar una definición concluyente de belleza, pero al hablar de la misma dice que es la bella representación de una cosa, y se articula mediante un juicio estético subjetivo, es decir, que gusta de manera necesaria, universal y desinteresada, sin ninguna finalidad (Moreno Villa, 2003, p. 91-92). En su obra *Crítica del juicio* (1790) dice:

“... Lo bello es lo que, sin concepto, es representado como objeto de una satisfacción universal. Bello es lo que, sin concepto, place universalmente. Belleza es forma de la finalidad de un objeto, en cuanto es percibida en él sin la representación de un fin. Bello es lo que, sin concepto, es conocido como objeto de una necesaria satisfacción...”

II.3. Orígenes y evolución de los cánones de belleza

El origen de la belleza puede remontarse a la prehistoria, los descubrimientos arqueológicos permiten inferir, a partir de muestras escultóricas de la época, que los hombres elegían a las mujeres que tenían los órganos reproductores más marcados para que sobrevivan al parto y este les resulte más fácil, a pesar de que se estima también que eran ellas quienes escogían a los hombres para formar una familia.

En Egipto la belleza consistía en armonía, perfección y frontalidad. Utilizaban el puño como medida para determinar si el cuerpo estaba convenientemente proporcionado. La estatura perfecta era de dieciocho puños, dos para el rostro, diez desde los hombros hasta las rodillas y los seis restantes para las piernas y los pies. En consecuencia, una mujer o un hombre eran considerados bellos si medían 18 veces su propio puño y estaban debidamente proporcionados como establecía el canon.

El modelo egipcio de belleza femenina era la mujer delgada, con pequeños miembros, pechos pequeños y torneados y caderas anchas, que embellecía su cuerpo con joyas y elaboraba aceites y ungüentos naturales para el cuidado de la piel y la higiene personal.

En Grecia, en el período pre socrático, la escuela Pitagórica relacionaba la belleza con las matemáticas, se consideraba que la simetría daba la cualidad de llamativo, por lo que esta característica se apreciaba no sólo en las personas sino también en las arquitecturas griegas. Esta postura fue apoyada por las doctrinas y fórmulas de personajes como Leonardo Da Vinci, Miguel Ángel, Rafael, que mencionaron principios como, por ejemplo, que la boca debe tener una vez y media el ancho de la nariz, entre otros (Brocks, 2007).

El canon de belleza de esta época establecía que el cuerpo humano para ser perfecto debía medir siete veces la cabeza. Las esculturas griegas representaban mujeres robustas y sin sensualidad, con un perfil triangular y con senos pequeños y torneados. El ideal masculino en cambio eran los cuerpos atléticos. Todos estos rasgos se pueden apreciar en esculturas como El Apolo de Belvedere y la Venus de Milo.

En la Edad Media, por el auge del cristianismo, la belleza se consideraba una intervención divina, es decir, que si algo era bello era una creación divina, por el contrario, lo feo se relacionaba con la maldad, y la belleza material era algo que se marchitaba con el tiempo.

Para estos tiempos el ideal de belleza de la mujer medieval era aquella de piel blanca (la blancura aludía a la pureza), cabellos rubios y largos, ojos, nariz y labios pequeños y torso delgado. En los hombres el prototipo de masculinidad estaba dado por un cuerpo fuerte y vigoroso de manos y hombros grandes.

Durante el Renacimiento las características femeninas que se resaltaban eran hombros y cintura estrecha, caderas redondeadas, senos pequeños y cabellos rubios. Los rasgos ideales masculinos se ven representados y resumidos en la famosa escultura del David de Miguel Ángel.

En el Barroco primaron los adornos y accesorios como pelucas, perfumes, lunares postizos, peinado extravagantes. En cuanto al aspecto físico, se vislumbra a través de los ropajes cuerpos no tan delgados, pechos prominentes y brazos redondeados y carnosos (“Los cánones de belleza a lo largo de la historia”, 2007).

II.4. La belleza e imagen corporal en la modernidad y posmodernidad

Durante el último siglo, por la velocidad de la información y los avances de la ciencia y los medios de comunicación, las modas y tendencias se imponen por pocos años, y no por décadas como en los siglos anteriores.

En los años `50 los íconos de moda y admiración se distinguían por poseer físicos con curvas pronunciadas, como Marilyn Monroe y Sofía Loren, mujeres con cuerpos exuberantes y seductores. En la misma época, existía otro ideal de belleza, opuesto a esta exuberancia, donde la atracción era el aspecto aniñado, cuerpo joven y extremadamente delgado, representado por actrices como Audrey Hepburn y Hayley Mills (Brocks, 2007; “Los cánones de belleza a lo largo de la historia”, 2007).

Veinte años después, en la década del `70 el ideal del cuerpo de la mujer es de figuras más estilizadas y menos redondeadas. Esta concepción de delgadez evolucionó hasta los años `90 donde se popularizó al extremo. En la década del `80 las mujeres siguen siendo delgadas pero con más pechos que en la década anterior y el tamaño de estos va aumentando con los años. El color de pelo que impera es el rubio (“Los cánones de belleza a lo largo de la historia”, 2007; Brocks, 2007).

En el siglo XXI los medios de comunicación difunden un arquetipo de mujer muy delgada y el boom de las cirugías estéticas aumenta día a día. La sociedad consumista de nuestra época nos mueve a consumir estética, a la construcción de un cuerpo joven, sexualmente atractivo, y para esto brinda herramientas como dietas, cirugías, ropa ceñida, etc. (; López Pérez, 2006; Brocks, 2007).

La masificación de los parámetros de belleza, que promueven una delgadez extrema, con medidas casi perfectas, ha hecho surgir una serie de estudios dentro de las distintas ramas de la salud, entre ellas la psicología. Los especialistas advierten que la presión social por alcanzar estos parámetros, en la mayoría de los casos imposibles, puede desembocar en problemas de autoestima y de salud, como anorexia y bulimia, entre otros.

Investigaciones como éstas y casos de víctimas fatales de trastornos alimenticios, fueron algunos de los hechos que llevaron a tomar la iniciativa de aumentar el promedio del peso de las modelos en las pasarelas del mundo y también en nuestro país (Brocks, 2007).

Los medios de comunicación tienen, como se mencionó anteriormente, un papel especial en la evolución de los cánones de belleza, sobre todo en los últimos años. Un breve análisis a éstos nos deja ver que en los medios gráficos, principalmente en las revistas femeninas, en la mayoría de las ediciones, sino en todas, aparecen artículos acerca de dietas o de control del peso y cuando se habla de la belleza de la mujer o se muestra a mujeres, las fotos enfatizan el cuerpo de las mismas, no así cuando aparecen fotografías de hombres, donde prima el rostro. En los medios de comunicación audiovisuales sucede el mismo fenómeno, uno de los temas de debate recurrente en los programas femeninos o magazines, es el peso y se proponen recetas para lograr el cuerpo “deseado”; podríamos pensar que más que deseado, este cuerpo anhelado es impuesto por la sociedad. Otro dato del ámbito de la televisión es que se ha constatado que el 60% de las mujeres que aparecen en programas habituales son delgadas, y que las personas que las ven desde el otro lado de la pantalla quieren parecerse a ellas (Guerrero y Lobera, s.f.).

Por la importancia y gran influencia de los medios masivos de comunicación, a continuación se hace un desarrollo más extenso del papel que desempeñan éstos en relación con los cánones de belleza.

II.5. Patrones de belleza en televisión y otros medios masivos de comunicación

La televisión, al igual que los demás medios de comunicación, tiene el poder de ejercer influencia sobre las personas, presentando modelos, promoviendo estereotipos y creando valores, siendo de esta manera un exponente de cambio. Es además, uno de los medios de comunicación donde más se observa la idealización del cuerpo femenino.

Este medio también promueve el consumo de la belleza, no solo muestra los ideales de belleza sino que también ofrece programas donde brindan a los televidentes la posibilidad de participar y lograr un cambio en su imagen. Los precursores de esta clase de programas son los conocidos Beverly Hills 90210 y Extreme Makeover, ambos de cadenas estadounidenses. Pero en Argentina también contamos con esta clase de transmisiones.

En el año 2005 la productora Promofilm, Argentina, lanzó al aire el reality show Transformaciones por canal 13. La idea del show, según comentan sus conductores y productores, no era promover la cirugía estética sino contar la historia de personas que sufrían algún tipo de malformación y brindarles la posibilidad de solucionar esta dificultad. Pero a lo largo del programa también fueron intervenidos famosos como Raúl Lavie, Silvio Soldan, Lorena Paola y Gladys Jiménez, la bomba tucumana, quienes se sometieron a cirugías estéticas como: liftings, mamoplastias y lipoaspiraciones, entre otras.

En países como España y Estados Unidos hay también programas de televisión donde no se somete a los participantes a cirugías estéticas, pero se les realiza un cambio

del aspecto de mano de estilistas, peluqueros y entrenadores personales. Si bien el objetivo del programa es además del cambio de imagen, un cambio en la percepción de si mismo del participante, los nombres de estos shows continúan aludiendo a la fealdad si no se cumple con ciertos patrones o no se es de determinada manera, el programa español se denomina El Patito Feo y en Estados Unidos se denomina The Swan.

La existencia de esta clase de programas televisivos demuestran como los medios de comunicación, aprovechando el consumismo que caracteriza a la sociedad actual y la influencia que ejercen en ella, impiden un cambio de los cánones de belleza a patrones más naturales y accesibles.

Además de la televisión, internet y las redes sociales pueden considerarse hoy en día el medio masivo de comunicación que mas difunde los cánones de belleza ficticios, debido a la velocidad con que se maneja la información en este medio y a la gran cantidad de adeptos con los que cuenta.

En internet encontramos tanto información que refuerza los parámetros de belleza difíciles de alcanzar, como también páginas web y blogs que buscan romper con estos y generar un cambio en la percepción de la sociedad acerca de la belleza, la delgadez, etc. Un ejemplo de las primeras son en su mayoría blogs de jóvenes que sufren algún desorden alimenticio y comentan entre ellas sus experiencias y comparten consejos para adelgazar, la mayoría de estos bajo los nombres de Ana (anorexia), Mia (bulimia), Princesas, etc.

Pero también encontramos páginas que intentan acabar con estos parámetros inalcanzables, y un ejemplo de estas es la campaña viral que lanzó la firma Dove en el año 2006 por la belleza real. El objetivo de esta campaña es luchar contra la imposición de una imagen perfecta a las mujeres de la sociedad, junto con la Dove Self Steem Fund (Fundación Dove por la autoestima). Ambas trabajan para romper los estereotipos de belleza restrictivos y promover un concepto de belleza más amplio. La campaña Por la belleza real, fue lanzada con tres spots, uno de ellos en el que se ve, a través de los ojos de una niña el bombardeo publicitario al que estamos expuestos, sobre el cuerpo perfecto y los parámetros de belleza.

II.6. Moda y parámetros de belleza en las pasarelas

La moda, ya sea de maquillaje, peinados, vestimenta y hasta figura corporal, es la que una vez implantada define el canon de belleza vigente, y son las modelos de las pasarelas quienes nos muestran cual es la moda que se debe llevar y con las que la mayoría de la personas, sobre todo mujeres, intentan identificarse (“Los cánones de belleza a lo largo de la historia”, 2007).

La Real Academia Española, define a la moda como: “Uso, modo o costumbre que está en boga durante algún tiempo, o en determinado país, con especialidad en los trajes, telas y adornos, principalmente los recién introducidos”, y/o “Seguir lo que se estila, o adoptar los usos y costumbres del país o pueblo donde se reside”.

La moda propiamente dicha apareció en el siglo XVI como una herramienta aristocrática de diferenciación de clases, de grupos y también como una forma de embellecimiento, sobre todo en el ámbito de la vestimenta. Pero en nuestros días, podemos considerar, que el acatamiento o seguimiento de una moda tiene que ver con un intento de minimizar las diferencias, para sentirnos parte del entorno y no excluidos de nuestra sociedad.

Otra característica de la moda es que ha respondido a características sociales y económicas. Siglos atrás las mujeres ricas debían ser gordas para demostrar que podían comer en abundancia y que poseían un status determinado. Hoy en día lo que tiene éxito en términos de moda y belleza corporal es un cuerpo delgado, ágil y esbelto.

La moda corporal del siglo XXI podría resumirse en la siguientes características: figura esbelta, altura superior a la media, apariencia deportiva sin ser excesivamente musculoso, piel tersa y bronceada, ojos grandes, nariz pequeña, boca grande y labios gruesos, medidas publicitarias (90-60-90), senos firmes, simétricos y sólidos, vientre liso, pelo largo, piernas largas y torneadas. Debemos agregar aquí una característica más, la eterna juventud, tener menos de 30 años es otro de los aspectos para estar a la moda, o en todo caso aparentar esta edad.

En las pasarelas, como se mencionó anteriormente, encontramos a las modelos que se encargan de hacer saber qué es lo que se debe llevar y como se debe lucir, y son a los que los jóvenes anhelan llegar a parecerse.

Al igual que la vestimenta, las tendencias e ideal de modelo para la pasarela también cambian con el tiempo, pero lo que muchas veces se ve no son ejemplos de belleza saludables. La extrema delgadez es la característica distintiva de muchos modelos y esto configura un canon de belleza antinatural. Es a partir de estas cuestiones que ciertas pasarelas proponen la iniciativa de adoptar criterios en cuanto a la masa corporal de los modelos; en un principio la propuesta fue bien acogida por todas las pasarelas, pero finalmente no se ha llevado a cabo (“Los cánones de belleza a lo largo de la historia”, 2007).

A pesar de que apreciamos como cambian las tendencias en cuanto al ideal físico, siglo a siglo y año a año, hay algo que no cambia a lo largo del tiempo y es el deseo constante de la mayoría de encajar y asemejarse al modelo imperante, sea cual sea este. Probablemente la razón de esto sea el afán de no sentirse excluidos, minimizando las diferencias estando al día con la moda y el patrón de belleza del momento (Brocks, 2007).

Si analizamos esta realidad desde un marco psicológico, podemos pensar que los parámetros de belleza que rigen en la sociedad, se han vuelto tan absolutistas que originan en muchas personas creencias irracionales acerca de lo que es necesario para pertenecer y ser aceptado. Si una persona interpreta una situación a través de un sistema irracional de creencias, puede producir consecuencias tan inapropiadas como depresión, sentido de inutilidad, poca valía, y hasta desembocar en bulimia o anorexia (Ellis, 1973, citado en “Técnicas de terapia cognitiva”, s.f.).

Tomando el modelo cognitivo ABC de Ellis (1973) se puede hacer una interpretación posible de lo que generan estos parámetros rígidos de belleza, impuestos y sostenidos por la sociedad. Este modelo consta de tres componentes, “A”, el

acontecimiento activante, en este caso sería el prototipo de belleza 90-60-90. Esta situación es interpretada por el individuo quien desarrolla una serie de creencias “B” (beliefs), evaluaciones de la realidad, como por ejemplo, que alcanzar estas medidas es necesario para lograr el éxito y la aceptación social. A partir de estas creencias se desarrollan las consecuencias, “C”, que pueden ser emocionales y/o conductuales, y racionales o irracionales. Las creencias irracionales son absolutistas y dogmáticas y suelen aparecer bajo la forma de “debería” y “tengo que”, tanto para si mismo como para los demás y el mundo en general. Ejemplos de consecuencia de creencias irracionales se ven diariamente, a nivel emocional puede darse disminución de la autoestima y autoconcepto afectando distintas áreas de la vida de la persona, y a nivel conductual puede recurrir a la cirugía estética o desembocar en bulimia o anorexia (“Terapias cognitivas”, s.f.).

Una característica de las creencias irracionales es que transforman los deseos en necesidades, y eso es lo que sucede en nuestra sociedad, el someterse a una cirugía estética pasó a ser una necesidad para poder encajar en la sociedad y alcanzar el prototipo de belleza impuesto, y no ya un deseo de algunas personas o clases sociales (“Terapias cognitivas”, s.f.).

Desde una perspectiva más humanística, tomando las ideas de Alfred Längle, podemos analizar esta realidad desde las Motivaciones Fundamentales de la Existencia. Éste autor propone que en cada Ser existen cuatro motivaciones fundamentales que son: el Ser, la relación con la Vida, el ser Si mismo y el Devenir.

En la primera motivación, el Ser, la persona se pregunta ¿qué es? y el mundo aparece como sostén, como punto de apoyo físico, personal y espiritual. Al mismo tiempo

la persona se da cuenta que puede no ser, y se abren aquí una gran cantidad de interrogantes, ¿Cómo me puedo mantener con vida?, ¿Cómo puedo ser en este mundo?, ¿Qué preciso para poder ser en este mundo?, ¿Qué pone en peligro mi ser? (Caprio, 2000).

Para poder ser, el hombre debe llegar a un acuerdo con las condiciones del mundo, y éste tiene sus propias leyes, físicas, económicas, sociales, etc. Estas leyes son las que percibe la persona y que las tiene en cuenta si quiere mantenerse en la existencia. Actualmente vemos que los parámetros de belleza están comenzando a ser considerados leyes sociales por los miembros de la sociedad, y las personas sienten que si quieren ser, deben percibir, conocer y aceptar estas condiciones. Es fundamental además que la persona tenga el sentimiento de poder ser, y por lo parámetros rígidos que se imponen actualmente este sentimiento se ve cada vez más afectado y no todos lo vivencian (Caprio, 2000).

Un aspecto importante de esta motivación, el Ser, es la aceptación y Längle menciona tres condiciones para poder aceptar: protección – ser aceptado, espacio-cuerpo y sostén-confianza.

La primera de las condiciones se refiere a la protección que genera el sentirse aceptado, tanto en la familia como por los otros. Cuando la persona no se siente aceptada ve amenazada su existencia, y esto es lo que sucede actualmente cuando, sobre todo las mujeres, se siente discriminadas por no alcanzar los prototipos de belleza impuestos a la hora de comprar ropa o tener que recurrir a una cirugía estética para tener el cuerpo deseado.

La condición espacio – cuerpo se refiere al espacio físico y psíquico, se trata de un espacio donde la persona se siente segura y desde donde dice “este es mi lugar”. Esta condición al relacionarse con el cuerpo abre los interrogantes, ¿Puedo ser con mi cuerpo?, ¿Lo poseo totalmente?. Actualmente los miembros de la sociedad, y sobre todo las mujeres, sienten que no pueden ser con su cuerpo y que éste está fuera de su control, por eso recurren a cirugías estéticas o tratamientos especiales para alcanzar el parámetro imperante.

La tercera condición, es el sostén, y está en profunda relación con la segunda condición, ya que lo que nos da sostén en la vida, en primer lugar es el cuerpo, por lo tanto, si yo o los demás no aceptan mi cuerpo pierdo parte importante del sostén, y de la experiencia de sostén resulta la confianza fundamental. Diariamente vemos como la confianza de las personas se ve afectada por la imagen de su cuerpo con la que no se encuentran conforme porque las leyes sociales dicen que las medidas deben ser 90-60-90 o que deben alcanzar un peso en particular, etc. (Caprio, 2000).

CAPÍTULO III
CIRUGÍA ESTÉTICA

El término cirugía proviene del vocablo griego *kheirourgia*, que procede de los términos *kheir* (mano), y *ergon* (obra) y se considera como un área dentro de la ciencia de la medicina (Duce, 2005).

La cirugía se remonta a la prehistoria donde se practicaban intervenciones como la trepanación (práctica médica que consiste en agujerear el cráneo), reducción de fracturas, detención de hemorragias, etc.

Esta fue una práctica utilizada por diferentes culturas, cada una siguiendo sus propios métodos y creencias. Su fundamentación científica se comienza a lograr en el Renacimiento debido a los descubrimientos sobre anatomía y fisiología. A partir de allí se comienza a innovar en cuanto a métodos, técnicas y tratamientos.

En el siglo XIX la cirugía confirma su fundamentación patológica científica y al mismo tiempo se logra el descubrimiento de la anestesia y avances en los medios instrumentales.

En la actualidad se siguen logrando conquistas en cuanto a métodos, técnicas y aparatos quirúrgicos, así como se continúa ampliando el campo de la cirugía, entre ellos encontramos el de la cirugía plástica (Duce, 2005; Enciclopedia Universal, 2005).

III.1. Cirugía plástica

La cirugía plástica es una de las ramas especializadas de la cirugía que tiene por objeto la reparación de las deformidades y la corrección de los defectos funcionales.

La palabra plástica proviene del griego *plastikos* que significa “moldear”.

Fue Edmund Zeis, un cirujano alemán, quien popularizó este término al publicar en 1838 su tratado “Handbuch der Plastischen Chirurgie”, bautizando así a esta rama quirúrgica, que fue experimentando un gran desarrollo a través de los años.

Dentro de la cirugía plástica debemos tener en cuenta la diferenciación de dos áreas, la de la cirugía reparadora, aquella que tiene fines reconstructivos, y la de la cirugía estética, que es la práctica de la cirugía plástica pero con fines cosméticos, por deseo de las personas de mejorar su imagen y no por presentar malformaciones o mutilaciones (“Cirugía estética”, s.f.).

III.2. Orígenes

Las bases de la cirugía plástica se remontan a la Historia Antigua, donde los hombres intentaban buscar soluciones a las heridas infringidas por la naturaleza o por los demás seres humanos.

El papiro de Ebers (1500 a.c.) muestra que el trasplante de tejidos era practicado por los egipcios en el año 3500 a.c. También hay escritos, de la misma antigüedad, que confirman que tanto los colgajos como los injertos eran conocidos en la India. En el siglo VII a.c. Susruta describe técnicas para la reconstrucción de la nariz, oreja y labios que se realizaban en la India 2500 años a.c. ya que era costumbre castigar a los prisioneros de guerra, adúlteros y delincuentes con la mutilación de la nariz.

Aparecen escritos acerca de esta práctica como el de Celso (25 a.c.) quien recogió en su libro "De Re Medica" las traducciones y los conocimientos transmitidos por hindúes, árabes y egipcios a la civilización griega y luego a la latina ("Cirugía estética", s.f.) acerca de tejidos y colgajos. También aparece la enciclopedia médica, Synagogue Medicae, del médico real bizantino, Orbasio, donde describía la reconstrucción de defectos faciales, sobre todo de la nariz.

En la Edad Media se detiene el desarrollo de todos los campos de la cirugía, y es en siglo XIX donde comienza a tomar mayor importancia y se comienza a popularizar el uso del término "cirugía plástica".

Es con las guerras mundiales que se produce un crecimiento importante en la práctica de la cirugía plástica. Con la I Guerra Mundial comienza a reconocerse la importancia de estas intervenciones con fines reconstructivos, debido al gran número de heridos que dejaba la guerra, y llevó a muchos médicos a innovar en técnicas quirúrgicas.

En el período entreguerras comienza a vislumbrarse un interés por una nueva rama de la cirugía plástica, la estética o cosmética.

Ya en la II Guerra Mundial se amplía enormemente el campo de la cirugía plástica debido a las consecuencias de la misma, creándose las primeras Sociedades de Cirugía Plástica.

En la era moderna uno de las conquistas más importante en la cirugía reconstructiva fue la aparición y perfeccionamiento de la “microcirugía” (“Cirugía estética”, s.f.).

III.3. Aparición de la cirugía estética

Con el perfeccionamiento de las técnicas reconstructivas, el descenso de los riesgos quirúrgicos que ofrecía la anestesia y los distintos avances en el campo de la medicina, se comenzó a considerar el aplicar procedimientos plásticos para mejorar el

aspecto de estructuras faciales, en un principio, y del resto del cuerpo después, aunque estas no hubieran sido heridas, mutiladas o sufrieran malformaciones. Desde el comienzo surgieron problemas y conflictos relacionados con la cirugía estética que continúan plenamente vigentes, como es el caso de la dismorfia corporal.

En la era moderna la cirugía estética vivenció un crecimiento mayor que el de la cirugía reconstructiva debido a la mejora en el nivel de vida y por sobretodo en el creciente interés que se le da a la imagen en la sociedad, siendo la liposucción y los implantes mamarios los procedimientos más requeridos.

La explosión de la cirugía plástica llevo al surgimiento de distintas organizaciones que definen y avalan esta especialidad, como es el caso de la IPRAS (Internacional Confederation for Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery), la que formada por 88 sociedades nacionales mundiales promueve el avance y el intercambio científico, patrocina reuniones y se ocupa de mejorar los estándares de la especialidad, y la FILACP (Federación Ibero-Latinoamericana de Cirugía Plástica) que engloba a todos los países de habla hispano-lusa en el continente americano e incluye a España y Portugal (“Cirugía estética”, s.f.).

III.4. Descripción de algunas cirugías estéticas

A continuación se describen las cirugías estéticas que se tienen en cuenta para el presente trabajo.

III.4.1. Mamoplastía

La mamoplastía es una cirugía estética que se realiza en los senos y puede tener como fin el aumento o la disminución del tamaño de los mismos. De estos dos, el procedimiento que más se realiza no sólo en Argentina sino en todo el mundo es la mamoplastía de aumento.

La mamoplastía de aumento o aumento de senos se lleva a cabo generalmente en los casos de senos pequeños o en los casos en que el tamaño de los mismos ha disminuido luego de que la mujer ha tenido hijos. También se recurre a este procedimiento cuando la persona ha sido sometida a una mastectomía. Esta cirugía consiste en la colocación de un implante detrás de cada seno.

Los implantes mamarios vienen en una gran variedad de tamaños, formas y contenido para poder lograr una imagen natural. Otros aspectos que varían en los

implantes son la textura de la cápsula y la sustancia con la que está formada la misma, que puede ser silicona o de solución salina, y esto afectará la manera en que se vea y se sienta el implante.

Hay dos tipos de implantes en función del relleno de los mismos:

- Implantes de solución salina: son cápsulas sólidas de goma de silicona por fuera y rellenas con agua salada estéril. Estos implantes se rellenan al momento de la cirugía, es por esto que pueden ser insertados a través de una incisión más pequeña que un implante de silicona y, por la misma razón, puede modificarse el tamaño de los mismos al momento de la operación. En caso de que el implante se rompa y comience a perder el líquido se descubre rápidamente.
- Implantes de silicona: son cápsulas sólidas de silicona por fuera y rellenos con gel de silicona cohesivo, el relleno actúa como una unidad sólida en lugar de cómo un líquido. La silicona es un elemento natural que se encuentra en la arena, el cuarzo y las piedras, y puede aparecer en diferentes formas, aceite, gel y sólido. Se ha comprobado que la silicona es biocompatible, flexible y fácil de esterilizar. Todos los implantes de silicona son llenados previamente y se requiere de una incisión más grande para la ubicación del mismo. A diferencia del otro tipo de implante, en caso de que este se rompa no se detecta tan fácilmente, es por esto que se recomienda a las pacientes que se realicen estudios y controles periódicos.

La diferencia entre los implantes con textura y lisos radica en que los primeros son implantes con una superficie áspera o rugosa y esto permite que no se muevan de lugar y se queden en la ubicación adecuada. Un beneficio de este tipo de implantes es que al poseer

textura disminuye la posibilidad de que el mismo se encapsule. Los implantes lisos poseen una superficie lisa lo que permite el movimiento de los mismos y pueden ser menos palpables.

Una última característica de los implantes es que pueden ser redondos o anatómicos, es decir con forma de gota o lágrima. Los implantes redondos no tienen una dirección u orientación, a diferencia de los anatómicos que buscan que el seno se vea más natural.

Las incisiones para la cirugía de implantes mamarios pueden ser:

- Inframamaria (debajo del seno)
- Periareolar (alrededor del pezón)
- Transaxilar (desde la axila)
- Transumbilical (a través del ombligo)

La ubicación del implantes puede ser subpectoral (bajo el músculo pectoral mayor) o subglandular (sobre el músculo pectoral mayor) (Denkler, s.f).

III.4.1.1. Riesgos y complicaciones posibles (Denkler, s.f).

Como en todo procedimiento médico y quirúrgico siempre existen riesgos que se deben tener en cuenta.

Los más comunes son:

- Riesgos generales: algunas de las posibles complicaciones pueden surgir por reacción a la anestesia, acumulación de sangre que requiera ser drenada quirúrgicamente e infecciones. Aunque no es común, una infección que no desaparece con el tratamiento adecuado, puede requerir la extracción temporal del implante.
- Contractura capsular: cuando se inserta un implante una (cicatriz capsular) se forma alrededor de este como parte del proceso natural de cura y cicatrización. Esta cápsula puede a veces achicarse y ejercer presión sobre el implante, causando que este se sienta más duro de lo normal. La contractura capsular puede darse en diferentes grados, si es severo puede causar molestia o que cambie la apariencia del seno. En muchos casos se requiere quitar o reemplazar el implante.
- Rotura del implante: no se puede esperar que los implantes duren para toda la vida. Si un implante salino se rompe su contenido puede ser absorbido por el cuerpo en cuestión de horas, y se nota claramente un cambio en el tamaño del pecho. En este caso el implante debe ser retirado y si se desea, reemplazado. Si se usa un implante de silicona la ruptura del mismo no se nota inmediatamente, sino que se comienzan a notar cambios en la forma del seno, molestias o

contractura capsular. Aquí también se debe retirar y reemplazar el implante. La ruptura puede deberse a un trauma en el pecho, pero generalmente esto ocurre espontáneamente sin una causa aparente.

- Cáncer de mamas: la presencia de implantes mamarios puede atrasar o dificultar la temprana detección del cáncer de mamas por lo que se recomienda someterse a controles periódicos, y además de realizarse mamografías, someterse a otros estudios como ultrasonidos y resonancia magnética.
- Otros riesgos: pueden aparecer cambios en la sensibilidad del pezón (aumento o disminución) temporales o permanentes y cambios en la capacidad de amamantar. También se pueden dar cambios en la visibilidad y asimetría.

III.4.2. Lipoaspiración

Es la cirugía estética a la que se puede recurrir para el tratamiento del exceso de grasa en diferentes áreas como: el estómago, nalgas, caderas, alforjas, muslos, pantorrillas, tobillos, senos (en hombres y mujeres), espalda, brazos y cuello (Denkler, s.f).

Este procedimiento consiste en la introducción de un tubo metálico, cánula, en el subcutáneo, que ligada a un aparato que hace vacío aspira cantidades de grasa a medida que se va moviendo en el interior de la zona de acumulación de grasa. Es decir, con esta cirugía existe la posibilidad de retirar mayor o menor cantidad de grasa de las zonas de depósito exagerado, sin embargo no es un método para corrección de la obesidad.

La lipoaspiración debe ser cuidadosamente indicada y realizarse a aquellas personas que, aunque están cerca de lograr su peso ideal, presentan grasa localizada y no responden a programas de dieta y ejercicios. Este procedimiento no debe ser indicado en pacientes obesos que lo consideran la única manera de perder peso.

El resultado esperable es la mejora de la silueta adaptándola a la estatura, peso y forma corporal de la persona que se somete a esta práctica. Pero el resultado de esta técnica depende de tres aspectos:

1. elasticidad de la piel
2. cantidad de grasa
3. localización de la grasa

Aquellos que poseen una piel con buena elasticidad tendrán mejores resultados que aquellos con piel flácida, ya que en estos casos son necesarios procedimientos que involucren la retirada de esta piel (además de la grasa) debido a que sino se tenderá a acentuar las rugas y pliegues resultantes de la flacidez de la piel, generando resultados insatisfactorios. También habrá mejores resultados cuanto menos grasa sea retirada (Denkler, s.f).

Los resultados de la lipoaspiración suelen ser de larga duración, pero pueden ser afectados por el aumento de peso, el envejecimiento, el embarazo y el estilo de vida (Denkler, s.f).

III.4.2.1. Procedimiento

La lipoaspiración se realiza a través de incisiones localizadas en los pliegues de la piel donde las cicatrices resultantes quedarán prácticamente imperceptibles. El procedimiento comienza con la inyección de una solución llamada “tumesciente” en la grasa debajo de la piel. Esta solución, que contiene suero fisiológico, adrenalina y un anestésico local, minimiza la pérdida de sangre, la hinchazón y los dolores durante el postoperatorio. Además facilita el proceso de aspiración dejando el tejido grasoso más suelto.

El segundo momento de la intervención consiste en la aspiración de grasa utilizando cánulas huecas de diferentes tamaños para modelar las regiones tratadas. Por lo general la cirugía comienza con cánulas de mayor diámetro y las cánulas más finas son utilizadas posteriormente en el moldeado final de la región. A través de la creación de túneles y de movimientos de ida y vuelta, la cánula debe aspirar los depósitos localizados debajo de la piel de forma uniforme, evitando así el apareamiento de irregularidades en el contorno corporal (Denkler, s.f).

III.4.2.2. Riesgos y complicaciones posibles

A pesar de que la posibilidad de complicaciones es baja, no está exenta a éstas y los posibles riesgos son (Denkler, s.f):

- Complicaciones postoperatorias: infecciones y trombo embolismo raramente. En los casos en que haya infección, ésta podrá ser tratada con antibióticos y drenaje, pero el tiempo de hospitalización será mayor. El posible trombo embolismo puede ser evitado con una evaluación previa de un cirujano vascular, visto que este podrá indicar medidas preventivas.
- Complicaciones de piel y pulmonares: estos pueden surgir por el hábito de fumar, y para prevenirlos se debe suspender éste un tiempo antes de la operación. Pueden producirse también infecciones, pérdida excesiva de fluidos, exceso de líquidos o toxicidad al anestésico local, todo esto está asociados a la cantidad de grasa retirada, por eso se recomienda la pérdida de peso antes de la cirugía, para prevenir este tipo de riesgos.
- Hematomas: por acumulación de sangre debajo de la piel que requiere ser retirada.
- Ondulaciones: este riesgo también está relacionado con la retirada de grandes volúmenes de grasa, y tiene menores posibilidades de ocurrir en la retirada de volumen de grasa menores.
- Quemaduras en la piel: puede ocurrir en la técnica de lipoaspiración ultrasónica.

III.4.3. Rinoplastía

Las modificaciones que se pueden realizar con esta intervención quirúrgica incluyen: aumento o disminución del puente nasal, reducir el tamaño o el ancho de la nariz, reducción de la nariz, cambiar el ángulo entre la nariz y el ángulo superior o remodelar la punta.

Previo a someterse a la cirugía se deben tomar ciertas precauciones y determinar si la persona se encuentra en las condiciones adecuadas para realizarse la intervención. El paciente debe informar al cirujano acerca de su condición médica, de tratamientos médicos que haya recibido, cirugías anteriores, posibles lesiones que haya sufrido en la nariz y la medicación que tome al momento de la operación. También debe brindar información sobre dificultades para respirar por la nariz, si sufre alergias nasales que puedan provocar congestión nasal o si es usuario de spray nasal.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas dependerán principalmente de los resultados que espere el paciente de la operación.

En la mayoría de los casos las incisiones se realizan dentro de la nariz, donde la cicatriz no será visible. Si la intervención consiste en reducir la base de la nariz o de las fosas nasales, las pequeñas cuñas de piel en la base de la nariz se eliminarán. Las incisiones se ocultan en el pliegue natural de la fosa nasal, donde se une con la mejilla.

Dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada una férula (tablilla) puede ser colocada en el puente de la nariz con el propósito de los tejidos se hayan estabilizado en su lugar, y para proteger la nariz al dormir y de posibles golpes accidentales.

En algunos casos se realiza una pequeña incisión vertical en toda la franja del tejido que separa las fosas nasales, que se llama columella, esta técnica se denomina "rinoplastia abierta".

A través de las pequeñas incisiones que se describieron anteriormente, el trabajo se realiza sobre el cartílago y sobre los huesos que forman la estructura de la nariz. En algunos casos la posición de algunos huesos pueden ser alterados ligeramente con el fin de hacer ver la nariz más estrecha y recta.

Además de la férula, con frecuencia se suele colocar un pequeño vendaje triangular por debajo de la punta de la nariz.

En este tipo de intervención quirúrgica se utiliza, en la mayoría de los casos, anestésicos locales y sedantes intravenosas, aunque en algunos casos se puede recurrir a la anestesia general.

Durante los primeros tres días después de la operación aparecen hematomas alrededor de los ojos y las mejillas, pero estos desaparecen en una semana. También aparece hinchazón en la cara que durará unas semanas. Puede quedar una hinchazón menor en la punta de la nariz, pero que no es evidente.

En la mayoría de los casos los resultados de la rinoplastía son permanentes, a excepción de posibles cambios asociados con el proceso de envejecimiento normal (Denkler, s.f).

III.4.3.1. Riesgos y complicaciones posibles (Denkler, s.f).

- Hematomas
- Infecciones
- Reacciones a la anestesia
- Adormecimiento de la piel (temporal)
- Hemorragias: causadas por el consumo de aspirinas y anti inflamatorios, por lo que se recomienda evitar el consumo de los mismos un tiempo antes de la cirugía, al igual que el hábito de fumar.
- En ocasiones para obtener mejores resultados puede ser necesario someterse otras cirugías.

MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO IV
MATERIALES, MÉTODOS Y
PROCEDIMIENTOS

IV.1. Objetivos de la investigación

IV.1.1. Objetivos de trabajo

IV.1.1.1. Objetivo general:

- Evaluar la variable autoconcepto en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una intervención quirúrgica del mismo tipo.

IV.1.1.2. Objetivos específicos:

- Medir las dimensiones del autoconcepto de Martina Casullo en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética.
- Medir las dimensiones del autoconcepto real e ideal de Valdez Medina en sujetos que desean someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética.

- Identificar si se producen variaciones en las dimensiones del autoconcepto evaluadas: Socio-afectivo expresiva, Normativa-Rebeldía, Imagen corporal, Popularidad y Cognitivo-conductual, en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética.

IV.2. Hipótesis de trabajo

La hipótesis trabajada en el presente trabajo de investigación es:

“Existen diferencias en las dimensiones del autoconcepto evaluadas, en sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una intervención quirúrgica del mismo tipo.”

IV.3. Método

IV.3.1. Diseño metodológico

Se llevó cabo un tipo de estudio exploratorio, ya que el objetivo que se persigue implica examinar un tema de investigación poco estudiado, según la revisión de la literatura realizada (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2006).

Se utilizó un diseño no experimental transversal debido a que el fin del presente trabajo consiste en describir una población en un momento dado, e intentar establecer diferencias y relaciones entre los distintos grupos que componen dicha población (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2006).

IV.3.2. Tipo de muestra

La muestra que formó parte de la presente investigación fue no probabilística de carácter intencional (Kerlinger y Lee, 2002; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2006).

Debido a las características de la muestra mencionadas, los resultados del presente estudio deberán leerse dentro del marco de esta investigación en particular, es decir, servirán para realizar un sondeo, pero no para inferir al resto de la población.

IV.3.2.1.Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 35 sujetos de sexo femenino, entre los 18 y los 56 años, de los cuales 18 poseen deseos de someterse a una cirugía estética y 17 ya se sometieron a una cirugía.

IV.3.3. Instrumentos

- Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios (Casullo, 1990).
- Escala de Autoconcepto (Valdez Medina, 1992).

IV.3.3.1. Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Casullo (1990)

María Martina Casullo (1990) diseña la escala para ser administrada a una muestra de estudiantes terciarios (universitarios y no universitarios). La misma está conformada por seis dimensiones, a las que denomina:

1. Comportamiento
2. Status intelectual
3. Imagen corporal
4. Ansiedad
5. Popularidad o aceptación social
6. Bienestar y satisfacción

Para cada una de estas dimensiones selecciona doce indicadores. La presencia de seis de los mismos junto con la ausencia de los otros seis, permite obtener un puntaje bruto para cada uno, excepto de la dimensión Ansiedad, además de un puntaje global que se obtiene cuando se suman los seis puntajes parciales.

La escala fue modificada a los fines de la temática.

Una de las adaptaciones realizadas fue la de la consigna original por una adaptada a los sujetos que responderían la misma.

Consigna original:

“Te presentamos a continuación una serie de frases. Si la frase describe más o menos cómo te sentís generalmente, marcá SI. En caso contrario, marcá NO. Tené presente que tenés que marcar tus respuestas de acuerdo a cómo te sentís generalmente, no en este preciso momento. En todos los casos podés elegir entre la respuesta SI o NO. Tratá de ser lo más sincero posible.” (Casullo, 1990).

Consigna modificada:

“A continuación se presentan una serie de frases. Si la frase describe más o menos como se siente generalmente, marque SI. En caso contrario, marque NO. Tenga presente que tiene que marcar sus respuestas de acuerdo a cómo se siente generalmente, no en este preciso momento. En todos los casos podrá elegir entre las respuestas SI o NO. Trate de ser lo más sincero/a posible.”

Otra de las modificaciones realizadas fue sobre las dimensiones que componen la escala original. La escala de Martina Casullo (1990) está formada por seis dimensiones cada una compuesta por una serie de indicadores, de estas seis dimensiones sólo se evaluaron cinco, Imagen corporal, Popularidad, Bienestar y satisfacción, Ansiedad y Comportamiento, y se seleccionaron algunos de los indicadores que las componen. Las últimas tres, Bienestar y satisfacción, Ansiedad y Comportamiento, se incluyeron en una dimensión creada para esta investigación denominada Cognitivo – conductual. Esta nueva dimensión se elabora ya que sólo se seleccionarían algunos indicadores de las dimensiones originales, aquellos pertinentes a la temática de la investigación, y así la

misma contaría con igual cantidad de indicadores que las demás dimensiones. La denominación de la dimensión se elige porque intenta sintetizar las particularidades a las que aluden los indicadores que la componen.

Las dimensiones e indicadores incluidos en la escala fueron:

- Imagen corporal:
 - Estoy conforme con el cuerpo que tengo
 - Soy una persona atractiva
 - Tengo un cuerpo fuerte y sano
 - Tengo lindo cabello
 - Tengo un rostro agradable
 - Me siento feo/a o poco atractivo/a
 - Soy físicamente poco atractivo/a
 - Soy muy flaco/a
 - Soy muy gordo/a
 - Quisiera ser más alto/a
 - Hay partes de mi cuerpo que me disgustan

- Popularidad:
 - Tengo muchos amigos
 - Me llevo bien con las mujeres
 - Me llevo bien con los hombres
 - Me invitan mucho a fiestas y reuniones
 - Creo que me llevo bien con la gente
 - Soy tímido/a
 - Me cuesta tener amigos
 - Siento que me dejan de lado

- La gente opina mal de mi
- Es difícil que los demás me entiendan y soporten

- Cognitivo – Conductual: (aquí se incluyen las dimensiones: Ansiedad, Bienestar y satisfacción, y Comportamiento).
 - Soy una persona simpática
 - Me divierto, lo paso bien si voy a una fiesta o reunión
 - Tengo buenos amigos
 - Caigo bien a la gente
 - Generalmente siento que se burlan de mi
 - Me tomo las cosas muy a pecho
 - Me cuesta mucho tomar una decisión
 - Me siento triste muy seguido
 - Me hago problema por cosas sin importancia
 - Quisiera ser diferente
 - Soy poco feliz

IV.3.3.2. Escala de Autoconcepto de Valdez Medina (1992)

El instrumento consta de 37 reactivos/adjetivos divididos en seis factores o dimensiones, con respuesta de tipo Likert de 5 opciones, que van de Nada a Siempre. Las seis dimensiones o factores que conforman la escala son:

* **Dimensión Expresivo Afectiva (EA)**

Formada por los reactivos: Romántico, Sentimental, Detallista y Cariñoso

* **Dimensión Ético Moral (EM)**

Formada por los reactivos: Honesto, Sincero, Leal, Respetuoso, Generoso

* **Dimensión Social Expresiva (SE)**

Incluye los reactivos: Bromista, Inquieto, Charlatán, Amigable, Simpático, Travieso y Amable.

* **Dimensión Social Normativa (SN)**

Formada por los reactivos: Ordenado, Responsable, Servicial, Atento, Trabajador, Limpio, Exigente, Obediente, Activo y Bueno.

* **Dimensión Trabajo Intelectual (TI)**

Incluye los reactivos: Estudioso, Inteligente y Aplicado.

* **Dimensión Rebeldía**

Incluye los reactivos: Mentiroso, Crítico, Porfiado, Enojadizo, Inestable, Desobediente, Agresivo y Rebelde.

El resultado de la escala se obtiene puntuando las respuestas en orden decreciente, la opción Siempre/ Totalmente vale 5 puntos y la opción Nada vale 1.

La interpretación de los resultados se realiza en base a la distancia que hay entre el autoconcepto real y el ideal, lo cual hace de este un indicador de autoestima, reflejando que a mayor distancia entre el autoconcepto real y el autoconcepto ideal, hay menor nivel de autoestima, y viceversa, a menor distancia, mayor autoestima.

Al igual que la escala de autoconcepto de María Martina Casullo (1990), ésta se modificó a los fines de la temática. Por empezar se realizaron equivalencias semánticas de algunos reactivos al contexto de la muestra. Estos fueron: Platicador /Charlatán; Relajiento /Inquieto; Enojón /Enojadizo; Voluble /Inestable; Compartido /Generoso; Acomedido /Servicial; Estricto /Exigente (Morelato, 2001).

Una segunda adaptación se realizó en las dimensiones de la escala original y los reactivos que las componen. A partir de las seis dimensiones que componen la escala de Valdez Medina (1992) se conformaron dos dimensiones o factores en las que se incluyen reactivos que conforman las dimensiones Expresivo- Afectiva, Social- Expresiva, Social - Normativa y Rebeldía de la escala original.

Las dimensiones creadas e incluidas en la escala fueron:

- Socio- afectivo expresiva: (que incluye las dimensiones expresivo – afectiva y social – expresiva) formada por los reactivos:

- Amable
 - Charlatán
 - Inquieto
 - Simpático
 - Amigable
 - Romántico
 - Detallista
 - Cariñoso
 - Sentimental
 - Bromista
-
- Normativa – Rebeldía (aquí se incluyen las dimensiones Social- normativa y Rebeldía). Los reactivos que la conforman son:
 - Enojadizo
 - Activo
 - Limpio
 - Inestable
 - Bueno
 - Ordenado
 - Agresivo
 - Rebelde
 - Atento
 - Servicial
 - Exigente
 - Trabajador
 - Criticón
 - Responsable

Finalmente se modificó la consigna de la escala original por una acorde a las características de la muestra a la que se le aplicó la escala.

Consigna original adaptada culturalmente:

Autoconcepto Real:

“A continuación voy a nombrarte una lista de palabras o características. Tenés que decirme cuanto consideras que tenés vos de cada una de estas características, es decir cómo sos y cómo te portas. Por ej.: ¿sos buen alumno?... (escuchar la respuesta) tenés que decirme si lo sos siempre, a veces, más o menos, muy poquito, o nada. ¿Cuál sería tu respuesta? Bien ahora comencemos...” (Morelato, 2001).

Autoconcepto Ideal:

“Ahora voy a nombrar nuevamente una lista de palabras o características, pero ahora tenés que decirme cuanto consideras que te gustaría tener de cada una de estas características, es decir cómo te gustaría ser o portarte. Por ej.: ¿te gustaría ser buen alumno?... (escuchar la respuesta) tenés que decirme si te gustaría serlo siempre, a veces, más o menos, muy poquito, o nada. ¿Cuál sería tu respuesta? Bien ahora comencemos...” (Morelato, 2001).

Consigna modificada:

Autoconcepto Real:

“A continuación se presenta una lista de palabras o características. Tiene que marcar qué tanto considera que tiene de cada una, es decir, cómo es y cómo se comporta.”

Autoconcepto Ideal:

“A continuación se presenta nuevamente una lista de palabras o características, pero ahora debe que marcar qué tanto considera que le gustaría tener de cada una, es decir, cómo le gustaría ser o comportarse.”

En ambas escalas, se agregó al final, una última pregunta similar, donde debe indicar cuál de las respuestas dadas previamente considera que se modificaría. El objetivo de la inclusión de esta pregunta fue indagar acerca de las expectativas de los sujetos en la cirugía, para luego poder inferir si al someterse a una intervención quirúrgica esperan sólo una modificación en el aspecto físico, o si esperan también que se produzcan modificaciones en otros ámbitos de la vida.

En la Escala para jóvenes que cursan estudios terciarios de Casullo (1990) la pregunta final es:

“Finalizada la encuesta responda a la siguiente pregunta, en función de la razón por la que asiste.

Sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética: *¿De las frases que acaba de marcar, en cuáles considera se modificaría la respuesta luego de someterse a la intervención quirúrgica que desea? (Marque en la grilla el/ los nº de las frases).*

Sujetos que se sometieron a una cirugía estética: *¿De las frases que acaba de marcar, en cuáles considera se modificaron las respuestas luego de someterse a la intervención quirúrgica a la que se sometió? (Marque en la grilla el/los nº de las frases).”*

La pregunta en la Escala de Autoconcepto de Valdez Medina es la siguiente:

Sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética: *¿De las características que acaba de marcar, cuáles considera que se modificarían luego de someterse a la intervención quirúrgica que desea? (Indique el nº).*

Sujetos que se sometieron a una cirugía estética: *¿De las características que acaba de marcar, cuáles considera que se modificaron luego de someterse a la intervención quirúrgica a la que se sometió? (Indique el nº).*

IV.4. Procedimiento

En un primer momento se contactó a dos clínicas de cirugía estética de la ciudad de Mendoza, en las que se entrevistó a los cirujanos de cada una y se les informaron los objetivos y la forma de trabajo de la investigación. Ellos por su parte brindaron información acerca de cada uno de los procedimientos quirúrgicos, de las cirugías más pedidas y de las características generales de los pacientes que asisten a cada clínica.

Luego de las entrevistas se entregaron a los médicos cirujanos de cada clínica los cuestionarios adaptados a los fines de la investigación, para que sean administrados a los pacientes que consultan para realizarse una cirugía estética o que vayan a realizarse un control post operatorio de la misma clase de cirugías.

Se optó por esta forma de administración de los cuestionarios para preservar la confidencialidad de los datos que brindarían y debido a las características de la muestra, ya que luego de la entrevista con los cirujanos, no todos los pacientes aceptaban que les administre el cuestionario un desconocido. Otra causa por la que se administraron de esta manera fue que se desconocía el día exacto en que tanto consultantes como pacientes postoperatorios asistirían.

Como consecuencia de la dificultad para conseguir la muestra necesaria para llevar a cabo la investigación también se administraron los cuestionarios a personas conocidas de los responsables de la investigación que desean someterse a una cirugía estética o que ya se habían sometido a alguna de estas cirugías.

Las escalas que se aplicaron fueron la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de María Martina Casullo (1990) y la Escala de autoconcepto de Valdez Medina (1992), siendo las dos adaptadas a los fines de la investigación. Las modificaciones realizadas, especificadas en el apartado de Instrumentos, consistieron en variaciones de las consignas originales de cada una, modificaciones en las dimensiones e indicadores que conforman cada escala y por último la inclusión de una pregunta al finalizar las escalas de Casullo y la Escala de Autoconcepto Real de Valdez Medina. En la escala de Autoconcepto Ideal de Valdez Medina no se incluyó esta última pregunta ya que la misma apunta a indagar acerca de las expectativas del paciente en la cirugía estética y la escala persigue un objetivo similar.

IV.5. Tratamiento estadístico

Por las características de la muestra y de las variables con las que se trabajó en la investigación, se efectuó un análisis no paramétrico de los datos. Para realizar esta clase de análisis debe partirse de las siguientes consideraciones (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio; 2006):

1. la mayoría de estos análisis no requieren de presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales.
2. las variables no necesariamente tienen que estar medidas en un nivel por intervalos o de razón; pueden analizar datos nominales u ordinales.

El procedimiento no paramétrico utilizado para llevar a cabo el análisis estadístico fue la prueba U de Mann – Whitney. Esta es una prueba para dos muestras independientes, es decir, que permite comprobar si dos muestras aleatorias e independientes proceden de una misma población. El único requisito para aplicarla es que la variable esté medida al menos en una escala ordinal (“Pruebas para dos muestras independientes”, s.f.).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa Statistical Package for the Social Science o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 17.

CAPITULO V
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS

V.1. Presentación de resultados

Esta presentación y discusión de resultados se hará según los objetivos planteados, para determinar si existen diferencias significativas al evaluar el autoconcepto en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a alguna intervención quirúrgica de este tipo.

Se presenta primero un análisis descriptivo univariado de los resultados obtenidos por la muestra que formó parte de la investigación llevada a cabo en relación a las variables: edad, máximo grado de estudios alcanzados, ocupación, si eran sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética o sujetos que ya se sometieron a una cirugía, intervención quirúrgica a la que desean someterse o ya se sometieron y tiempo transcurrido desde que se sometieron a una cirugía y se les administran las escalas.

Posteriormente se presenta un análisis bivariado no paramétrico de los distintos instrumentos utilizados: Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Martina Casullo (1990) y Escala de Autoconcepto Real e Ideal de Valdez Medina (1992).

Finalmente se realiza la discusión de resultados correspondiente.

Tabla y Gráfico n° 1: Edad**Edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 28 años	19	54,3
29 a 38 años	9	25,7
39 a 48 años	5	14,3
49 a 58 años	2	5,7
Total	35	100,0

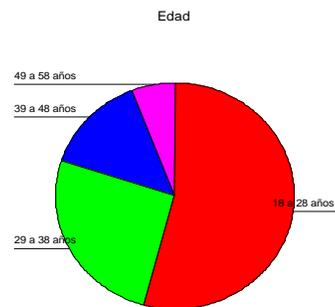


Tabla y Gráfico n° 2: Máximo grado de estudios alcanzados**Máximo grado de estudios alcanzados**

Máximo grado de estudios alcanzados	Frecuencia	Porcentaje
Secundario incompleto	1	2,9
Secundario completo	3	8,6
Terciario incompleto	2	5,7
Terciario completo	4	11,4
Universitario incompleto	11	31,4
Universitario completo	14	40,0
Total	35	100,0

Máximo grado de estudios alcanzados

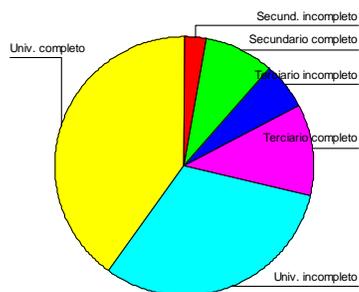


Tabla y Gráfico n° 3: Ocupación**Ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	7	20,0
Profesional	12	34,3
Empleado/Comerciante	11	31,4
Ama de Casa	2	5,7
Estudia y trabaja	3	8,6
Total	35	100,0

Ocupacion

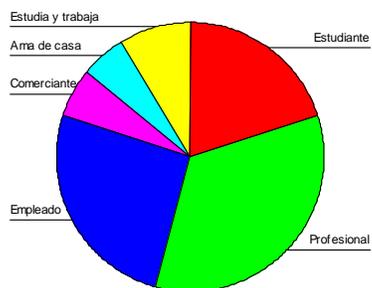


Tabla y Gráfico n° 4: Sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética o sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética

Deseo o Pos-quirúrgicos

	Frecuencia	Porcentaje
Deseo	17	48,6
Pos-quirúrgicos	18	51,4
Total	35	100,0

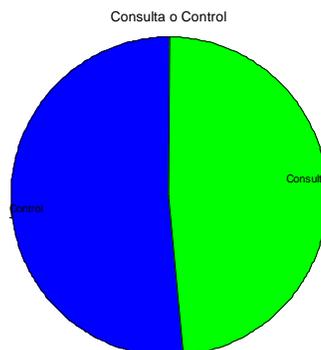


Tabla y Gráfico n° 5: Intervención deseada o a la que se sometió**Intervención deseada o a la que se sometió**

Intervención	Frecuencia	Porcentaje
Mamoplastía	26	74,3
Rinoplastia	4	11,4
Lipoaspiración	2	5,7
Mamas y lipoaspiración	2	5,7
Rinoplastia y lipoaspiración	1	2,9
Total	35	100,0

Intervención deseada o a la que se sometió

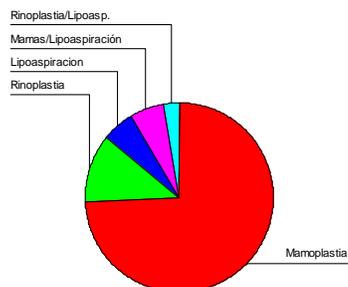


Tabla y Gráfico n° 6: Tiempo desde que se sometió a la intervención quirúrgica y que se le administran las escalas

Tiempo desde la intervención

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
1 día a 30 días	4	11,4
31 días a 6 meses	10	28,6
6 meses o más	4	11,4
Total	18	51,4

Tiempo desde la intervención



En el análisis descriptivo univariado de las variables objeto de estudio se puede observar en relación a la variable edad, que la muestra estuvo compuesta por 35 sujetos de sexo femenino de los cuales el 54,3% se encuentra en un rango de edad de 18 a 28 años, el 25,7% entre 29 a 38 años, el 14,3% entre 39 y 48 años y el 5,7% restante en un rango de edad de 49 a 58 años.

Con respecto a la variable referida al máximo grado de estudios alcanzados, se observa que el 40% posee estudios universitarios completos, el 31,4% estudios universitarios incompletos, el 11,4% estudios terciarios completos, el 8,6% secundarios completos, el 5,7% terciarios incompletos y el 2,9% restantes secundario incompleto.

En cuanto a la variable ocupación, el 34,3% desempeña una tarea profesional, el 31,3 % es empleado/comerciante, el 20% es estudiante, el 8,6% estudia y trabaja al mismo tiempo, y un 5,7% es ama de casa.

Se puede describir además que la muestra está compuesta por un 51,4% de mujeres que ya se habían sometido a una cirugía estética y un 48,6% que consultaban o deseaban someterse a alguna cirugía estética.

En cuanto al tipo de intervención, se observa que el 74,3% desea o se sometió a una mamoplastia; en segundo lugar se encuentra la rinoplastía con un 11,4%; luego un 5,7% que corresponde a lipoaspiración, un 5,7% a mamoplastía y lipoaspiración, y un 2,9% a rinoplastía y lipoaspiración.

En el grupo de los sujetos que ya se sometió a una de estas cirugías estéticas un 11,4% la llevó a cabo entre 1 y 30 días antes de participar de la presente investigación, el 28,6% entre 31 días y 6 meses antes, y el otro 11,4% 6 meses o más antes de formar parte de la muestra del presente estudio.

Tabla n° 7: Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de M. M. Casullo (1990)

Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de M. Martina Casullo (1990)

Grupo		Puntaje Total	Imagen corporal	Popularidad	Cognitivo-Conductual
Consulta/Deseo de someterse a una cirugía estética	x	24,18	7,41	8,06	8,71
	s	5,040	1,583	2,277	1,687
Sujetos que ya se sometieron a una cirugía	x	27,00	9,06	8,78	9,22
	s	3,531	1,211	1,517	1,768
	<i>p</i>	0,070	0,002	<i>ns</i>	<i>ns</i>

En cuanto al análisis no paramétrico, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y esta informó un resultado *p* de 0,070, lo que indica que hay una tendencia a la significación en relación a si existen diferencias en el autoconcepto entre el grupo de sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética y el grupo de sujetos que ya se sometieron a una cirugía de la misma clase.

En la dimensión Imagen corporal se observan diferencias significativas, *p* 0,002, al comparar si existen diferencias en el autoconcepto entre los sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética y los sujetos que ya se sometieron a una intervención

quirúrgica del mismo tipo. En tanto que, en las dimensiones Popularidad y Cognitivo-Conductual de la misma escala no se observaron diferencias significativas.

Tabla y Gráfico n° 8: Respuesta a la pregunta si se modificaría alguna de las respuestas dadas a la escala de M. M. Casullo (1990)

¿Se modificaría alguna respuesta?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	88,6

¿Se modificaria alguna frase?

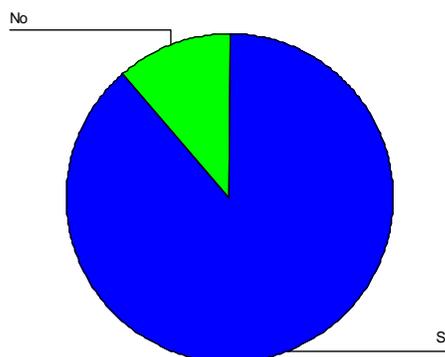


Tabla y Gráfico n° 9: Frase que considera se modificaría la respuesta**Frases en que se modificaría la respuesta**

Frase	Frecuencia	Porcentaje
2 ("Estoy conforme con el cuerpo que tengo")	10	28,6
3 ("Quisiera ser diferente")	8	22,9
4 ("Soy físicamente poco atractivo/a")	5	14,3
24 ("Hay partes de mi cuerpo que me disgustan")	21	60

Tabla n° 10: Escala de Autoconcepto Real de Valdez Medina (1992)**Escala de Autoconcepto Real de Valdez Medina (1992)**

Grupo		Puntaje Total Autoconcepto Real	Socio afectivo- expresiva	Normativa- Rebeldía
Consulta/ Deseo de someterse a una cirugía estética	x	100,59	43,49	57,00
	s	7,027	3,447	4,950
Sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética.	x	100,00	42,39	57,61
	s	5,336	3,238	4,132
	<i>p</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

En la Escala de Autoconcepto Real de Valdez Medina no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética y el grupo de sujetos que ya se sometió a una cirugía. De igual manera, no se encontraron diferencias significativas en las dos dimensiones de la escala.

Tabla y Gráfico n° 11: Respuesta a la pregunta si se modificaría alguno de los reactivos de la escala luego de someterse a una cirugía estética

¿Se modificaría alguno de los reactivos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	31,4

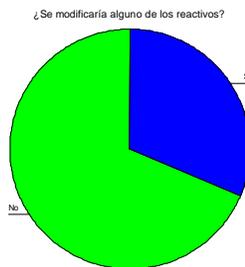


Tabla y Gráfico n° 12: Reactivo que consideran se modificaría luego de someterse a una cirugía estética

Se modificaría el reactivo 22

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	8,6

Tabla n° 13: Escala de Autoconcepto Ideal de Valdez Medina (1992)

Escala de Autoconcepto Ideal de Valdez Medina (1992)

Grupo		Puntaje Total Autoconcepto Ideal	Socio afectivo- expresiva	Normativa- Rebeldía
Consulta/Deseo de someterse a una cirugía estética	<i>x</i>	98,94	44,35	54,59
	<i>s</i>	5,250	3,840	2,647
Sujetos que ya se sometieron a una cirugía	<i>x</i>	93,44	43,00	50,44
	<i>s</i>	23,600	10,971	13,084
	<i>p</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

En esta escala, al igual que en la Escala de Autoconcepto Real de Valdez Medina, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos de sujetos que formaron parte de la investigación, así como tampoco entre las dimensiones que conforman la misma.

V.2. Discusión de resultados

A partir de los resultados obtenidos con la aplicación de la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Martina Casullo (1990) y las Escala de Autoconcepto de Valdez Medina (1992), se observa que el rango de edad en el que la mayoría de los sujetos desea o decide someterse a una cirugía estética es el que oscila entre los 18 y los 28 años, representado por el 54,3% de los individuos que conformaron la muestra, es decir, que se encuentran transcurriendo la etapa de desarrollo de la adultez.

Si analizamos el máximo grado de estudios alcanzados y la ocupación de los sujetos podemos deducir que existe relación entre estas variables y el deseo de someterse a una cirugía estética o el ya haber optado por una intervención de este tipo. De los sujetos que desean o se someten a una cirugía estética el 40% posee estudios universitarios completos y el 31,4% estudios universitarios incompletos. Al tener en cuenta la variable ocupación, el 34,3% desempeña una tarea profesional y el 31,3 % es empleado/ comerciante. Es decir, que el 65,3% de los sujetos recibe una retribución económica por desempeñar una labor y el 71,4% posee estudios universitarios. Esto nos lleva a considerar que la posibilidad de acceder a esta clase de operaciones, estaría definida, en parte, por el ingreso económico, ya que el mismo posibilitaría la satisfacción de las necesidades básica en un principio, y de las demás necesidades posteriormente, a pesar de que cada persona y cultura priorice necesidades diferentes. Estos datos coinciden con uno de los componentes del autoconcepto que menciona Casullo (1990), la posición del individuo en la estructura social (nivel económico social).

La autora en su obra menciona que una serie de investigaciones realizadas evidencian que la decisión de una persona sobre concretar ciertas acciones (conductas, comportamientos) depende del grado en que su autoconcepto se vea amenazado o potenciado, y ello se relaciona en gran medida con el grado de satisfacción de las necesidades. Agregando además que la pertenencia de los sujetos a estratos sociales y culturales diferentes determinará que en la percepción de si mismo el individuo ponga mas énfasis en algunas dimensiones y menos en otras (Casullo, M., 1990).

La cirugía estética preferida por los participantes de la muestra es la mamoplastía, elegida por un 74, 3%, quedando en segundo y tercer lugar la rinoplastía y la lipoaspiración. La mamoplastía es una cirugía estética que se realiza en los senos y que puede tener como fin el aumento o disminución del tamaño de los mismos, siendo la mamoplastía de aumento el procedimiento que más se realiza no sólo en Argentina sino también en todo el mundo (“Cirugía estética”, s.f.; www.aestheticsurgery.com).

Al analizar los resultados recogidos por la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Casullo (1990) y en relación a los objetivos planteados se observó una tendencia a la significación, p 0,070, en el puntaje total de la escala, y se registraron diferencias significativas, p 0,002, en la dimensión Imagen corporal al comparar el grupo de sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y el grupo de sujetos que ya se sometieron a la misma clase de cirugías; no observándose diferencias significativas en las dimensiones Popularidad y Cognitivo – Conductual.

Este resultado encontrado nos permite inferir que el someterse a una cirugía genera modificaciones en la dimensión Imagen corporal del autoconcepto del individuo, y esta inferencia se ve respaldada por los resultados obtenidos con la pregunta que se

incluyó al final de la escala que apuntaba a indagar acerca de las expectativas de la persona con la intervención quirúrgica. En dicha pregunta el 88,6% considera que sí se modificaría la respuesta a alguna de las frases de la escala luego de someterse a una cirugía estética y las frases que la mayoría considera que se modificarían son: “*Hay partes de mi cuerpo que me disgustan*” con un 60% de respuestas, “*Estoy conforme con el cuerpo que tengo*” con 28,6%, “*Quisiera ser diferente*” con 22,9% y “*Soy físicamente poco atractivo*” con un 14,3% , todas estas frases pertenecen a la dimensión Imagen corporal. Estos resultados nos llevan a suponer también que las expectativas de los individuos a la hora de desear una cirugía estética o someterse a una intervención de este tipo tienen que ver con la búsqueda de una mejora en el aspecto físico, sin esperar cambios en otros aspectos de la vida, como por ejemplo mejorar el desempeño en situaciones sociales, mejoras laborales, etc. Estas suposiciones coinciden con lo que mencionan Perez (2006) y Brocks (2007) acerca de que la sociedad consumista de nuestra época nos mueve a consumir estética, a la construcción de un cuerpo joven, sexualmente atractivo y para esto brinda herramientas como dietas, cirugías, ropa ceñida, etc., haciendo siempre hincapié en el aspecto físico. Además como menciona Caballo (2002) “la gente se forma ideas de las personas a las que observa basándose únicamente, en la apariencia física”, es por esto que se supone que las expectativas son ante todo con la imagen corporal.

En cuanto a las escalas de Valdez Medina, Escala de Autoconcepto Real y Escala de Autoconcepto Ideal, y a los objetivos planteados, no se observaron diferencias significativas en el puntaje total del autoconcepto real e ideal ni en las dimensiones que componen las mismas al comparar ambos grupos. Se infiere que esto podría deberse a que estas escalas apuntan a otros aspectos y dimensiones del autoconcepto. Las dimensiones Socio Afectivo- Expresiva y Normativa- Rebeldía, se refieren a características que no aluden directamente al aspecto físico de la persona, que como se menciona anteriormente, es el objetivo principal por el que los sujetos desean o recurren a una cirugía estética. Podemos deducir también que ésta es la razón por la que, en esta

escala, sólo el 31,4% de los participantes de la muestra considera que se modificaría alguna respuesta a los reactivos luego de someterse a una cirugía estética. Estos datos coinciden con lo mencionado anteriormente acerca del consumismo de la imagen corporal y de la influencia de ésta a la hora de formarse opiniones de los demás. Además, el componente del aspecto físico, es el que se encuentra contenido y mencionado en la mayoría de las definiciones de autoconcepto propuestas por los diferentes autores que han trabajado con esta variable.

Todos estos resultados se ven respaldados y serían esperables al tener en cuenta lo que postulan muchas de las investigaciones realizadas entorno al autoconcepto, entre ellas la de Fierro(1996), quien postula que el autoconcepto es estable y resistente al cambio, pero al mismo tiempo maleable y sensible a la situación social. El autor cita a Markus y Kunda (1986), quienes para explicar la doble cualidad de estable y maleable han concebido la noción de autoconcepto operativo o de trabajo, como una estructura temporal que se pone en funcionamiento en un momento dado, en relación con las circunstancias actuales. Asimismo, como se mencionara anteriormente, la estabilidad esta dada también, por la etapa del desarrollo en que se encuentran los participantes de la muestra, la adultez (Helson y Moane, 1987; Moen y Wethington, 1999; Stewart y Ostrove, 1998; Stewart y Vandewater, 1999, citados en Davidoff, 1990) . Esto explicaría la razón por la cual sólo se encontraron diferencias significativas en una de las dimensiones evaluadas del autoconcepto, la imagen corporal, en la que el cambio es más evidente e inmediato.

CONCLUSIONES

El presente trabajo abordó la temática del autoconcepto en relación a las cirugías estéticas con el fin de determinar si se producen variaciones en el autoconcepto luego de someterse a una cirugía estética. Las dimensiones del autoconcepto que fueron evaluadas son: Imagen corporal, Popularidad, Cognitivo-conductual, Socio afectivo-Expresiva y Normativa-Rebeldía, y se indagó acerca de las mismas en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y en sujetos que ya se habían sometido a una intervención de este tipo.

Tanto el objetivo general, *“Evaluar la variable autoconcepto en sujetos con el deseo de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una intervención quirúrgica del mismo tipo.”*, como los objetivos específicos de la investigación, *“Medir las dimensiones del autoconcepto de Martina Casullo en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética”*; *“Medir las dimensiones del autoconcepto real e ideal de Valdez Medina en sujetos que desean someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética”*, y por último, *“Identificar si se producen variaciones en las dimensiones del autoconcepto evaluadas: Socio-afectivo expresiva, Normativa-Rebeldía, Imagen corporal, Popularidad y Cognitivo-conductual, en sujetos con deseos de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una cirugía estética.”* fueron alcanzados.

Teniendo en cuenta que el autoconcepto lo vamos construyendo a lo largo de la vida a partir de nuestras observaciones, experiencias e interacciones, y que el auge de las cirugías estéticas en nuestros días no sólo acarrea satisfacciones, sino también, en algunos casos, puede traer consecuencias post operatorias físicas y psicológicas negativas, es que este trabajo pretende realizar un aporte para que la relación entre las expectativas de los pacientes y los resultados de estas intervenciones sean, la mayoría de las veces, positivos y saludables.

Para llevar adelante la presente investigación se adoptó la postura teórica de Valdez Medina (1992) quien expone que el autoconcepto es una estructura mental que contiene información acerca de tres áreas, los referentes observables, los referentes reales e ideales y los referentes internos y externos. Agrega además, citando a Rogers (1987, 1988, 1989), que la distancia entre el si mismo real e ideal va a determinar la satisfacción o no del sujeto. Esto se relaciona con el concepto de *autoconcepto ajustado* que maneja Rogers (1977) que depende de la coincidencia de las expectativas e ideales con la realidad experimentada.

La hipótesis formulada: *“Existen diferencias en las dimensiones del autoconcepto evaluadas, en sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética y sujetos que ya se sometieron a una intervención quirúrgica del mismo tipo.”* fue aceptada. Se encontraron diferencias significativas en una de las dimensiones evaluadas del autoconcepto, la dimensión Imagen corporal de la Escala Verbal para jóvenes que cursan estudios terciarios de Martina Casullo (1990). Esta dimensión es en la que el cambio luego de la intervención quirúrgica es más evidente e inmediato. Esto se ve respaldado, al tener en cuenta que las mujeres de la muestra se encuentran transcurriendo la adultez, con lo que menciona Gorostegui (s.f.) acerca de que un aspecto fundamental en la vida adulta es la autorrealización, y una persona que no ha cumplido las expectativas que se forjó, comienza a ser mas consciente del paso del tiempo, y esto junto con los cambios físicos influye en la autoestima y el concepto de si mismo del adulto.

Se observó también una tendencia a la significación de la escala total, en tanto no se hallaron diferencias significativas en las otras dimensiones de la escala de Martina Casullo ni en las escalas de autoconcepto real e ideal de Valdez Medina (1992).

Estos resultados coinciden con los aportes de Fierro (1996), quien postula que el autoconcepto es estable y resistente al cambio, pero al mismo tiempo maleable y sensible a la situación social, esto explicaría la razón por la que sólo se encontraron diferencias significativas en esta dimensión. Esta estabilidad también estaría determinada por la etapa del desarrollo evolutivo en el que se encuentran los participantes de la muestra, todos los sujetos transcurren la adultez y en esta es esperable que hayan alcanzado cierto grado de madurez y nuevas estrategias de afrontamiento frente al estrés y demás acontecimientos de la vida (Gorostegui, s.f.). Además Gorostegui (s.f.) define como tareas de la etapa de la adultez media: el logro de una imagen integrada entre la forma en que se ve a si mismo, la forma en que idealmente le gustaría ser y la forma en que piensa que los otros lo ven; conciencia de los cambios que ocurren en si mismo y en su entorno; logro de un sentimiento de autoeficacia y competencia, menos vulnerabilidad al efecto que producen en los otros y más confianza en su capacidad para dirigir sus vidas, entre otros. En esta etapa se vivencian cambios profundos, pero en contextos como el trabajo, la familia, etc., algunas de estas variables, como máximos grado de estudios alcanzados y ocupación, fueron analizadas y relacionadas en la discusión de resultados y se concluyó que la posibilidad de acceder a esta clase de operaciones, estaría definida, en parte, por el ingreso económico, ya que el mismo posibilitaría la satisfacción de las necesidades básicas en un principio, y de las demás necesidades posteriormente, a pesar de que cada persona y cultura priorice necesidades diferentes.

En relación a esto podríamos inferir a partir de los resultados obtenidos que indican que no se producirían modificaciones en el autoconcepto de los sujetos, sino sólo en la dimensión imagen corporal, que las mujeres que formaron parte de la muestra poseerían un *autoconcepto ajustado*, realista, coherente y consciente de su propio mundo, lo que implicaría que los motivos que los mueven a elegir estas clases de intervenciones son lógicos y coherentes y las posibilidades de que las expectativas no se cumplan son pocas, minimizando la emergencia de consecuencias negativas a nivel

psicológico. Como mencionan Elexpuru y Garma (1999) un autoconcepto sano no significa no querer cambiar nada.

La moda desde su aparición, en el siglo XVI, apuntaba a la diferenciación entre las clases sociales, muchos siglos después vemos que sigue funcionando de la misma manera, ya que el acatamiento actual a las modas, no sólo de vestimenta y peinado, sino también de cirugías estéticas, podríamos pensar que lleva implícito el deseo de minimizar las diferencias con el resto de la sociedad, o con ciertos sectores de la sociedad, aquellos que tienen la posibilidad de acceder a esta clase de intervenciones, y de evitar la sensación de estar excluido.

En relación a esta situación, debemos resaltar también, que el acatamiento de las modas tiene en la mayoría de los casos que ver con aspectos físicos y de embellecimiento, es decir, con características externas que es lo primero que se ve y que pueden percibir los demás, no con aspectos de las personalidad o características más internas de las personas, aquellas que de alguna manera se pueden “ocultar” o “disimular” más fácilmente. Esto permite comprender que sea la dimensión de Imagen corporal en la que se observan diferencias significativas entre los grupos de sujetos, y que se centren en esta dimensión las frases que esperan o suponen se modificaría la respuesta luego de una cirugía estética, es decir, que en esta dimensión es donde se concentran las expectativas de los sujetos. Citando a Caballo (2002), “La gente se forma ideas de las personas a las que observa basándose únicamente, en la apariencia física.”

El presente trabajo intenta aportar, a partir de la exploración del autoconcepto, información acerca de las razones principales que mueven a una persona a someterse a una cirugía estética, ya que por el auge de estas intervenciones en nuestros días, las

consecuencias postoperatorias no siempre son las más favorables. Esto sucede cuando la razón fundamental para someterse a una cirugía estética no tiene que ver con un interés en el cambio físico, sino con motivos que no son lógicos, como obtener un trabajo, recuperar una pareja, lograr más amistades, etc., es decir, basando la decisión en lo que Ellis (1973) denomina creencias irracionales. Si una persona interpreta una situación a través de un sistema irracional de creencias, puede producir consecuencias tan inapropiadas como depresión, sentido de inutilidad, poca valía, etc. Las creencias irracionales son absolutistas y dogmáticas, y suelen aparecer bajo la forma de “debería” y “tengo que”, tanto para si mismo como para los demás y el mundo en general. Asimismo las creencias irracionales se caracterizan por transformar los deseos en necesidades (Ellis, 1973, citado en “Técnicas de terapia cognitiva, s.f.).

Luego de evaluar las diferentes dimensiones del autoconcepto con las escalas de Casullo (1990) y Valdez Medina (1992), podríamos afirmar que, si bien la decisión de someterse a una cirugía estética estaría relacionada con el autoconcepto de los sujetos, es sólo la dimensión Imagen corporal la que se vería más concernida, por ende las probabilidades de desembocar en insatisfacción y consecuencias negativas en otros niveles, más allá del físico, serían mínimos. Todo esto es esperable teniendo en cuenta la estabilidad que se supone adquiere el autoconcepto en la etapa de desarrollo en la que se encuentran las mujeres que conformaron la muestra.

Para finalizar, se propone como una futura línea de investigación, encontrar la forma de aprovechar los medios masivos de comunicación de otra manera, o por lo menos intentar minimizar el impacto de lo que venden dichos medios. Se debería promover en la sociedad una toma de conciencia acerca de las modas imperantes y de los parámetros de belleza que se manejan, ya que si bien las consecuencias no son negativas en relación a las cirugías estéticas, si lo pueden ser en otros aspectos de la

vida y de la personalidad de los miembros de la sociedad, llevando a muchos a poner en riesgo su salud e integridad o a sentirse excluidos de la misma.

APÉNDICE

ESCALA VERBAL PARA JÓVENES QUE CURSAN ESTUDIOS TERCARIOS DE M.M.
CASULLO (1990)

ENCUESTA

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Máximo grado de estudios alcanzados:

Consulta: SI - NO

Control post- operatorio: SI - NO – Cuantos meses después? _____

Operación a la que se sometió o por la que consulta: _____

Consigna: "A continuación se presentan una serie de frases. Si la frase describe más o menos como se siente generalmente, marque SI. En caso contrario, marque NO. Tenga presente que tiene que marcar sus respuestas de acuerdo a cómo se siente generalmente, no en este preciso momento. En todos los casos podrá elegir entre las respuestas SI o NO. Trate de ser lo más sincero/a posible."

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Soy una persona simpática | SI | NO |
| 2. Estoy conforme con el cuerpo que tengo | SI | NO |
| 3. Quisiera ser diferente | SI | NO |
| 4. Soy físicamente poco atractivo /a | SI | NO |
| 5. Soy tímido/a | SI | NO |
| 6. Me tomo las cosas muy a pecho | SI | NO |
| 7. Me cuesta tener amigos | SI | NO |
| 8. Soy flaco/a | SI | NO |
| 9. Me divierto, lo paso bien si voy a una fiesta o reunión | SI | NO |
| 10. Soy una persona atractiva | SI | NO |
| 11. Tengo muchos amigos | SI | NO |
| 12. Me llevo bien con las mujeres | SI | NO |
| 13. Siento que me dejan de lado | SI | NO |

14. Tengo un cuerpo fuerte y sano	SI	NO
15. Soy gordo /a	SI	NO
16. Me cuesta mucho tomar una decisión	SI	NO
17. Me llevo bien con los varones	SI	NO
18. Tengo lindo cabello	SI	NO
19. Quisiera ser más alto/a	SI	NO
20. Tengo buenos amigos	SI	NO
21. Me invitan mucho a fiestas y reuniones	SI	NO
22. Tengo un rostro agradable	SI	NO
23. Caigo bien a la gente	SI	NO
24. Hay partes de mi cuerpo que me disgustan	SI	NO
25. La gente opina mal de mi	SI	NO
26. Me siento triste muy seguido	SI	NO
27. Me hago problema por cosas sin importancia	SI	NO
28. Creo que me llevo bien con la gente	SI	NO
29. Generalmente siento que se burlan de mi	SI	NO
30. Soy poco feliz	SI	NO
31. Me siento feo o poco atractivo/a	SI	NO
32. Es difícil que los demás me entiendan y me soporten	SI	NO

Finalizada la encuesta responda a la siguiente pregunta, en función de la razón por la asiste.

Sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética: *¿De las frases que acaba de marcar, en cuáles considera se modificaría la respuesta luego de someterse a la intervención quirúrgica que desea? (Marque en la grilla el/ los nº de las frases).*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Sujetos que se sometieron a una cirugía estética: *¿De las frases que acaba de marcar, en cuáles considera se modificaron las respuestas luego de someterse a la intervención quirúrgica a la que se sometió? (Marque en la grilla el/los nº de las frases)."*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ESCALA DE AUTOCONCEPTO VALDEZ MEDINA (1992)**ENCUESTA**

Consigna: "A continuación se presenta una lista de palabras o características. Tiene que marcar qué tanto considera que tiene de cada una, es decir como es y cómo se comporta."

		1	2	3	4	5
		NADA	SIEMPRE	A VECES	NI UNO NI OTRO	MUY POCO
1	AMABLE					
2	CHARLATÁN					
3	INQUIETO					
4	ENOJADIZO					
5	ACTIVO					
6	LIMPIO					
7	SIMPÁTICO					
8	INESTABLE					
9	AMIGABLE					
10	ROMÁNTICO					
11	DETALLISTA					
12	BUENO					
13	ORDENADO					
14	AGRESIVO					
15	REBELDE					

16	ATENTO					
17	SERVICIAL					
18	CARIÑOSO					
19	SENTIMENTAL					
20	EXIGENTE					
21	TRABAJADOR					
22	CRITICÓN					
23	BROMISTA					
24	RESPONSABLE					

Finalizada la encuesta responda a la siguiente pregunta, en función de la razón por la que asiste.

Sujetos con deseo de someterse a una cirugía estética: *¿De las características que acaba de marcar, cuáles considera que se modificarían luego de someterse a la intervención quirúrgica que desea? (Indique el nº).*

Sujetos que se sometieron a una cirugía estética: *¿De las características que acaba de marcar, cuáles considera que se modificaron luego de someterse a la intervención quirúrgica a la que se sometió? (Indique el nº).*

ESCALA DE AUTOCONCEPTO IDEAL**ENCUESTA**

Consigna: "A continuación se presenta nuevamente una lista de palabras o características, pero ahora debe que marcar qué tanto considera que le gustaría tener de cada una, es decir cómo le gustaría ser o comportarse."

		1	2	3	4	5
		NADA	SIEMPRE	A VECES	NI UNO NI OTRO	MUY POCO
1	AMABLE					
2	CHARLATÁN					
3	INQUIETO					
4	ENOJADIZO					
5	ACTIVO					
6	LIMPIO					
7	SIMPÁTICO					
8	INESTABLE					
9	AMIGABLE					
10	ROMÁNTICO					
11	DETALLISTA					
12	BUENO					
13	ORDENADO					
14	AGRESIVO					
15	REBELDE					

16	ATENTO					
17	SERVICIAL					
18	CARIÑOSO					
19	SENTIMENTAL					
20	EXIGENTE					
21	TRABAJADOR					
22	CRITICÓN					
23	BROMISTA					
24	RESPONSABLE					

BIBLIOGRAFIA

- Baron, R. (1996). Psicología. Mexico: Ed. Prentice – Hall Hispanoamericana S.A.
- Brocks, K. (2007). Evolución de los cánones de belleza femenina. Revista Sala de Espera. Recuperado el día 02 de julio de 2009 en <http://www.saladeespera.com.ve/wordpress/especial-de-belleza/evolucinde-los-cnones-de-belleza-femenina/>
- Caballo, V. (2002). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Caprio, G. (2000). Transcripción Seminario Las motivaciones Fundamentales de la existencia Dr. Alfred Längle. Buenos Aires. (Doc. De cátedra U.D.A.).
- Casullo, M. M. (1990). El Autoconcepto: Técnicas de evaluación. Bs. As: Ed. Psicoteca.
- “Cirugia estetica”. (s.f.). Recuperado el dia 25 de Mayo de 2009 en <http://www.publispain.com/cirugia-estetica/historia.html>.
- Contreras Lopez, A. (2005). Modelo multiprofesional para fortalecer el autoconcepto en adultos mayores. Tesis de Maestria, Universidad de Colima, Mexico.
- Davidoff, L. (1990). Introducción a la psicología. México: Ed. Mc. Graw Hill.
- Denkler, K. (s.f.). Cirugías estéticas. Recuperado el dia 28 de Julio de 2009 en www.aestheticsurgery.com

- Duce, A. (2005). Patología quirúrgica. España. Ed. Elsevier. Recuperado el día 03 de mayo de 2009 en http://books.google.com.ar/books?id=opmoUZyAiNsC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=origen+de+la+palabra+cirugia&source=bl&ots=qqubb0zcYF&sig=KAUvgPE5bVeubuaEhDirY8VhA2w&hl=es&ei=2tgaSqOBC9GJtgfr8qDeDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5#PPA2,M1.
- Elexpuru, I. y Garma, A. (1999). El autoconcepto en el aula. Recursos para el profesorado. Barcelona: Ed. Edebé.
- Enciclopedia Universal. (2005). Argentina: Ed. Magister.
- Fierro, A. (1996). Manual de psicología de la personalidad. Barcelona: Ed. Paidós.
- Gorostegui, M. E., (s.f). La adultez. Universidad de Chile. Recuperado el día 02 de Julio de 2009 en http://66.102.1.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:lrASL9s_-NIJ:www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/aduldez.pdf+autoconcepto,+aduldez.
- Guerrero, M. y Lobera, I. (s.f.). La imagen de la mujer en los medios de comunicación: textos periodísticos y publicitarios. Facultad de comunicación. Universidad de Sevilla. Recuperado el día 06 de Julio de 2009 en <http://www.ucm.es/info/especulo/numero33/mujermc.html>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. Mexico: Ed. Mc. Graw Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Mexico: Ed. Mc. Graw Hill.
- López Pérez, A. (2006). El cuerpo como presa de todos los males. Recuperado el día 06 de julio de 2009 en <http://hedatuz.euskomedia.org/4567/1/08217232.pdf>
- “Los cánones de belleza a lo largo de la historia” (2007). Recuperado el día 28 de Julio de 2009 en <http://canonesbelleza.wordpress.com/>

- Morelato, G. (2001). Habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales y autoconcepto en niños con trastornos de conducta. Tesis de Licenciatura, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Moreno Villa, M. (2003). La reflexión filosófica sobre la belleza. (versión electrónica) En Filosofía. Volumen II. Antropología, psicología y sociología (p. 83-110). España. Ed. Mad SL. Recuperado el día 06 de julio de 2009 en http://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=MgDwHGPGe2MC&oi=fnd&pg=PA83&dq=canones+de+belleza+y+psicologia&ots=-li8q6eOpV&sig=DhKRutoxq6d0fEd1w5YqoDKz_Ls#v=onepage&q=&f=false
- “Pruebas para dos muestras independientes”. Universidad de Barcelona. Recuperado el día 16 de Abril de 2010 en http://www.ub.es/aplica_infor/spss/cap6-2.htm.
- Centro Privado de Psicoterapias Mendoza. (s.f.) Técnicas cognitivas: Entrenamiento en psicoterapias. (Folleto).Mendoza.
- Valdez Medina, J.L (1992). El autoconcepto en niños mexicanos. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de México, México.
- Zuluaga, M. R. (2000). Estrategias de afrontamiento y autoconcepto en adolescentes. Tesis de Licenciatura, Universidad del Aconcagua, Mendoza.