Tesis
PS 2010
P37.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA EDAD, EL ROL SEXUAL, LA ESTIMA CORPORAL Y LAS CREENCIAS ACERCA DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO, SOBRE LA INTENCIÓN DE REALIZARSE MAMOPLASTIA DE AUMENTO

Trabajo de Investigación presentado por:

Adriana PASTÓ
Y
Rogelio PAULOS

a la
Escuela de Psicología
Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor Guía:
Andrés RAMÍREZ

Caracas, Junio 2010

A nuestros padres...

Nelly y Eduardo
de Adriana

Arlindo y Nidia
de Rogelio

... y a la Escuela de Psicología de la UCAB

AGRADECIMIENTOS

A nuestro tutor y amigo *Andrés Ramírez*, por brindarnos la oportunidad de ser pioneros en esta interesante área de investigación, por su apoyo y compañía incondicional, por su entusiasmo y responsabilidad, por alentarnos a seguir y hacernos confiar en que nuestro esfuerzo valdría la pena, por asumir el reto de ser tutor por primera vez con tan sólo un año de haberse graduado y, por supuesto, por haber confiado en nosotros ¡Gracias colega!

A la *Comisión de Tesis*, por promover y facilitar la ejecución de este proyecto, y especialmente a *Yolanda Cañoto*, por garantizar que se llevara a cabo satisfactoriamente mediante su continua supervisión.

A la *UCAB* y a la *Escuela de Psicología* por brindarnos la oportunidad de desarrollarnos en esta profesión.

A *Sandra Uribe*, por su permanente disposición a ayudarnos y su interés en nuestra investigación.

A *Ángel Oropeza* por aportar sus conocimientos relacionados a la Psicología Social, que nos permitieron comprender algunos resultados obtenidos en la presente investigación.

A todas las mujeres que conformaron la *muestra* del presente estudio, y aquellas *personas que colaboraron* en la recolección de la misma.

A los profesores que colaboraron como *jueces expertos* en el proceso de validación de la escala de creencias acerca de la mamoplastia de aumento, específicamente, Claudia Correia, Milagros Fagúndez, Ángel Oropeza, Sandra Uribe y Manuel Llorens.

De Rogelio Paulos:

A *mi papá,* por ser un padre tan entregado y abnegado a sus hijos, sin él muy difícilmente hubiese tenido una educación de ésta calidad.
A *mi mamá*, por estar siempre allí acompañándome casi como mi sombra, en el día a día de mi vida.
A *mi hermana*, porque ha sido una gran aliada, tanto en los momentos de alegría, como en los momentos más difíciles, siempre prestándome su ayuda y aconsejándome.
A *mi compañera de tesis y gran amiga Adri,* como compañera de tesis simplemente excepcional, creo que no hubiera podido conseguir una mejor compañía para realizar este arduo trabajo; contigo he compartido muchísimos de los mejores momentos a lo largo de esta carrera, así como los más duros, en los que siempre pude contar contigo.
A *mi novia Ana Julia,* que además de ser uno de mis grandes motivos de satisfacción y alegría en estos últimos años, ha sido un gran apoyo para superar diversos obstáculos y retos, dándome aliento y ganas de seguir adelante, a pesar de lo oscuro que se pudiera ver el horizonte.

A todos aquellos *profesores de la Escuela de Psicología*, que hacen este trabajo con la auténtica motivación de formarnos como excelentes profesionales, transmitiéndonos el mayor conocimiento y experiencia posible, porque confían en la importante labor que están llevando a cabo para la sociedad.
A *mis compañeros*, con los que he compartido muchísimos momentos inolvidables y que, en distintos momentos, han ofrecido su ayuda y colaboración sin esperar nada a cambio. Especialmente, quiero agradecer a *Héctor* por ser ese leal y fiel amigo de los que son difíciles de encontrar, y el cual además en los momentos de mayor estrés es el que te invita a distraerte de lo académico y divertirte.

De Adriana Pastó:

A mis *padres*, por todos los esfuerzos que realizaron para que me graduara habiendo estudiado la carrera que deseaba y en la universidad que quise. Les agradezco inmensamente a los dos su deseo porque mi hermano y yo seamos seres felices y responsables ¡Los quiero!
A ti *papá*, por ser un ejemplo de lucha y persistencia, por escucharme atentamente y aconsejarme todos los días al llegar de la universidad, por tus detalles y tu preocupación paternal, por comprender que no siempre las cosas salían bien y animarme a seguir dando lo mejor de mí, por sentirte orgulloso de nosotros..
A ti *mamá*, por todo tu amor y dedicación, por siempre consentirme y prepararme mis comidas favoritas, por ser mi amiga y madre a la vez, por tu paciencia, por tus ganas de verme crecer, por ayudarme incondicionalmente y, por continuamente tratar de entender las razones por las cuales soy como soy..
A mi *hermano*, por ser un gran amigo, por aconsejarme y protegerme siempre que lo he necesitado, por tratar de trasmitirme su visión emprendedora de la vida, por su sentido del humor y sus locuras..
A mi compinche y compañero de tesis *Rogelio*, por su alegría y su compañía, por su paciencia, por siempre llevar las cosas con calma y por hacerme reflexionar acerca de mí misma. Me gustaría recordarte amigo que, aún en los momentos difíciles, siempre hay alguien dispuesto a ayudarte, pero lo realmente importante es que nunca dejes de confiar en tus recursos, porque sé que tiene muchísimos, nunca lo dudes ni lo olvides. Te deseo muchísimo éxito y suerte en todos los pasos que te quedan por dar y, espero acompañarte en algunos de ellos..
A mi gran amor, *Juancho*, por brindarme su cariño incondicionalmente, por hacerme ver la vida de manera más simple, por su paciencia, su comprensión y su alegría, por acompañarme y apoyarme en cada uno de mis logros y mis fracasos, por ser mis momentos de paz y tranquilidad, por desear que siempre aprenda algo más y así llevarme a descubrir grandes pasiones..
A mis *amigos y compañeros de clase*, porque somos un gran equipo, por acompañarme mientras trataba de comprender la complejidad del ser humano, por entender que las diferencias individuales existen y que la mejor opción es disfrutarlas cada momento, por siempre ser una fuente de apoyo y felicidad, espero volver a verlos en el camino colegas..
A todos aquellos *profesores* que me permitieron disfrutar la carrera y saborear los conocimientos que deseaban impartirme, porque tenían como principal objetivo formar profesionales capaces de cuestionarse la razón de ser, con la finalidad de que podamos aportar cambios y mejoras a nuestro país a través de esta poderosa disciplina..

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA ii

AGRADECIMIENTOS iii

ÍNDICE DE CONTENIDO v

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS viii

RESUMEN ix

I. INTRODUCCIÓN 10

II. MARCO TEÓRICO 14

III. MÉTODO 44

PROBLEMA 44

HIPÓTESIS 44

General *44*

Específicas *44*

VARIABLES 46

Variables Endógenas *46*

1. Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento 46

2. Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento 46

3. Estima Corporal 47

Variables Exógenas *47*

1. Rol Sexual 47

2. Edad 48

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 48

ESTRATEGIAS DE CONTROL 49

POBLACIÓN Y MUESTRA 49

INSTRUMENTOS 51

Descripción general del cuestionario del estudio *51*

Escala de Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento *51*

Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento *53*

Escala de Estima Corporal *55*

Inventario del Rol Sexual de Bem *57*
PROCEDIMIENTO 59
ANÁLISIS DE DATOS 61
CONSIDERACIONES ÉTICAS 63
IV. ANALISIS DE RESULTADOS 64
ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LOS INSTRUMENTOS 64
Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento *64*
Escala de Estima Corporal *66*
Escala de Rol Sexual *69*
ANÁLISIS DESCRIPTIVO 71
ANÁLISIS DE REGRESIÓN 75
ANÁLISIS ADICIONALES 82
V. DISCUSIÓN 84
VI. CONCLUSIONES 96
VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES 98
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 100
IX. ANEXOS
Anexo A. Escala de Intención de Realizarse Mamoplastia de Aumento (versión definitiva).
Anexo B. Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión definitiva).
Anexo C. Escala de Estima Corporal de Franzoi y Shields (1984), traducida y validada por Mundarain y Rotker (2001), y reevaluada por Ramírez y Rodríguez (2008) (versión definitiva).
Anexo D. Escala de Rol Sexual de Bem de 1976, traducida por Calatayud, Hernández, Ortiz, Rodríguez y Villarroel (2004), revisada por Charaf y Montiel (2007), y reevaluada por Ramírez y Rodríguez (2008) (versión definitiva).
Anexo E. Datos de identificación, edad y otras variables relevantes incluidas en la investigación (versión definitiva).
Anexo F. Encuesta Abierta de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.
Anexo G. Escala Cerrada de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión piloto).

Anexo H. Análisis de Contenido de la información obtenida mediante la Encuesta de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.
Anexo I. Modelo de Carta entregado a los Jueces Expertos.
Anexo J. Confiabilidad y Estructura Factorial para la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión piloto).
Anexo K. Confiabilidad y Estructura Factorial para la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión definitiva).
Anexo L. Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala de Estima Corporal (versión definitiva).
Anexo M. Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala de Rol Sexual (versión definitiva).
Anexo N. Matriz de Componentes Rotados para la Escala de Rol Sexual.
Anexo Ñ. Análisis de Regresión, Comprobación de los Supuestos de los Errores y Normalidad de las Variables del Modelo.
Anexo O. Matriz de Correlaciones entre las Variables de Estudio.
Anexo P. Matriz de correlaciones entre la Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento y los ítems de la Escala de Estima Corporal.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Diagrama de ruta propuesto 45

Tabla 1. Matriz de Componentes Rotados de la Escala de Creencias àcerca de la Mamoplastia de Aumento 66

Tabla 2. Matriz de Componentes Rotados de la Escala de Estima Corporal.....68

Tabla 3. Estadísticos Descriptivos de las Variables implicadas en el Modelo.....72

Tabla 4. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento 78

Tabla 5. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a Beneficios Físicos, Psicológicos y Sociales 78

Tabla 6. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Creencias de que la Mamoplastia de Aumento No Implica Riesgos para la Salud y No Hace Lucir Artificiales a las Mujeres.....79

Tabla 7. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con la Apariencia Física y el Peso.....80

Tabla 8. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con el Rostro y la Sexualidad 81

Tabla 9. Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con la Condición Física 81

Figura 2. Diagrama de ruta obtenido 83

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables edad, rol sexual, estima corporal y creencias acerca de la mamoplastia de aumento, y cómo estas influyen sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento.

Para llevar a cabo este estudio, se seleccionaron 500 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años, a quienes se les administró un cuestionario en el que se pidió la siguiente información: (a) Edad; (b) Cantidad de cirugías estéticas realizadas; y (c) Tipo de cirugía estética realizada y grado de satisfacción general asociado a las mismas. Seguidamente se les presentó la escala de Intención de realizarse Mamoplastia de Aumento, luego la escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, escala de Estima Corporal, y por último escala de Rol Sexual de Bem.

Por medio de un análisis de ruta se obtuvo que, creer que la mamoplastia aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales (β=0.397, t=9.66, p=0.000), creer que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y tampoco hace lucir artificiales a las mujeres (β=0.264, t=6.47, p=0.000), tener un rol sexual masculino (β=0.102, t=2.02, p=0.044) y ser joven (β=-0.254, t=-6.14, p=0.000), predice una mayor intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos diez años.

Además se encontró que las personas que tenían mayor feminidad y/o mayor masculinidad reportaron mayores niveles de satisfacción con su cuerpo. Se encontró también que mientras más jóvenes eran las mujeres más satisfechas se encontraban con su imagen corporal en general. Aunado a esto, la edad y el grado de masculinidad y/o feminidad no influyeron de manera significativa sobre las creencias que las mujeres reportaban acerca de la mamoplastia de aumento. Así mismo, se halló que la estima corporal como generalidad no predice la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, pero sí los ítems específicos (senos e impulso sexual) relacionados con la cirugía. Específicamente, las mujeres que están insatisfechas con sus senos y con el impulso sexual tienen mayor intención de realizarse la cirugía.

De esta manera, la presente investigación permite establecer algunas de las variables psicosociales que predicen la intención que tienen las mujeres de someterse a una mamoplastia de aumento y, mediante esta información, tanto psicólogos como cirujanos plásticos, pueden comprender las razones por las cuales las mujeres desean someterse a este procedimiento quirúrgico y de esta manera evaluar si realmente se beneficiarían del mismo o si, por el contrario, desean hacerlo para resolver conflictos psicológicos que no se asocien a la finalidad de esta cirugía, lo que podría no cumplir sus expectativas, acarreando frustración y probablemente insatisfacción con la misma.

I. INTRODUCCIÓN

Los atributos estéticos femeninos son valorados de manera diferente de acuerdo al momento histórico. Específicamente, es conveniente señalar que el ideal cultural de los senos perfectos, es uno de los que más ha cambiado a lo largo de las épocas, por ejemplo, a finales del siglo XIX las mujeres se caracterizaban por usar corsés para resaltar su busto y, ésta belleza femenina incitaba a la maldad y a la tentación; sin embargo, a mediados del siglo XX las mujeres anhelaban ser flacas y poco voluptuosas, mientras que a finales de este siglo, esperaban encontrarse con medidas 90-60-90 y, es ahí donde se introduce la cirugía como la principal herramienta para alcanzar este ideal de belleza, aunque esto implique poner la vida en peligro (Lypovetsky, 1999; cp. Luna, 2001; Ventura, 2000).

Esto último es producto, en parte, de la popularización de la belleza a través de la infinidad de revistas femeninas que aparecieron en el siglo XX, el acceso a los múltiples medios de comunicación y al ciberespacio, ya que se han creado modelos de belleza prácticamente inalcanzables, que conllevan a una agotadora búsqueda de la perfección corporal a través de una transformación inclemente del cuerpo (Ventura, 2000; Luna, 2001).

Lo anterior es especialmente notorio en nuestro país, lo cual se puede observar por los datos arrojados por la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, de acuerdo con los cuales en Venezuela en el año 2007, se registraron 30.000 intervenciones quirúrgicas que tenían como propósito mejorar la apariencia de las personas, siendo las más solicitadas la liposucción y el aumento de mamas (Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, 2007; cp. Uribe, 2008). Además, según la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS, 2008), este último es el procedimiento quirúrgico más popular en Estados Unidos, con 294.284 intervenciones realizadas en 2008, y con un aumento del 803% desde 1992 hasta 2008 en el número de mujeres que se someten a esta cirugía estética. Dado el auge en torno a la mamoplastia de aumento, se considera importante estudiar las posibles variables psicosociales que intervienen en la disposición que tienen las personas para recurrir a este tipo de cirugías y el posible significado que esto pueda tener como característica social.

Actualmente, en Venezuela se encuentra instaurado el prototipo de la mujer delgada con senos grandes como modelo de belleza, esto es tan significativo que los bancos por ejemplo, ofrecen créditos y las empresas rifan este tipo de cirugías (Uribe, 2008).

Tomando en cuenta lo anterior, es importante estudiar dentro del marco de la Psicología Social los factores que conducen a que la belleza sea considerada un elemento obligatorio para las mujeres, y en el irrevocable imperativo social, sin el cual, éstas sienten su identidad devaluada y amenazada, lo que las lleva a sentir fracaso personal y por consiguiente a someterse a múltiples cirugías (Wolf, 1991).

Son varios los factores psicosociales que pueden influir en la disposición de las personas para recurrir al procedimiento de mamoplastia de aumento, y tomando como base la Teoría de la Acción Razonada (TAR) es importante considerar las creencias formadas respecto a un objeto (mamoplastia de aumento), ya que éstas influyen sobre la disposición que tengan las personas de acercarse o distanciarse del mismo (Ajzen, 1985).

En relación a este tema, es importante considerar la influencia de la edad, puesto que se ha encontrado que ésta determina en gran medida la disposición que presentan las personas respecto a la cirugía estética, específicamente, se ha observado que las mujeres menores de 40 años son las que con mayor frecuencia se realizan mamoplastia de aumento (ASPS, 2008).

Por otra parte, se ha documentado que una de las variables que también determina la intención que presentan las personas para realizarse una cirugía plástica, es la estima corporal, la cual es definida como la evaluación que hace la persona de su imagen corporal (McGrath y Mukerji, 2000). En cuanto a esta variable (estima corporal), en general se ha reportado que las mujeres que están más insatisfechas con las partes específicas de su cuerpo relacionadas con la cirugía tendrán mayor intención de realizarse la mamoplastia de aumento. Además, la relación entre la variable edad y la intención, puede estar mediada por la estima corporal, específicamente, mientras mayores son las mujeres, menor estima corporal, lo que

las conllevará a realizarse procedimientos quirúrgicos que les permitan alcanzar la perfección (Lintunen, Leskinen, Oinonen, Salinto y Rahkila, 1995).

Por otra parte, se ha encontrado que las personas que tienen mayor grado de masculinidad, tienen mayor intención de realizarse una cirugía, ya que estas personas se caracterizan por asumir riesgos, ser independientes, ambiciosas y competitivas (Ramírez y Rodríguez, 2008), por lo que se considera al rol sexual como una variable relevante en la presente investigación. El rol sexual es entendido como el conjunto de comportamientos, sentimientos y actitudes, que se consideran propios del hombre o de la mujer, y por lo tanto tiene una base más cultural (Money, 1975).

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre las variables edad, rol sexual, estima corporal y las creencias acerca de la mamoplastia de aumento, y cómo éstas influyen sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, en una muestra de mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 54 años, de la ciudad de Caracas.

Para alcanzar dicho objetivo se plantea un modelo de ruta, en el cual se especifica la relación entre las variables y su influencia sobre la intención de realizarse mamoplastia de aumento.

La presente investigación busca aportar información que contribuya a la comprensión de los factores que llevan a los individuos a realizarse cirugía estética, específicamente, mamoplastia de aumento, de manera que se logre comprender por qué ha aumentado la realización de este procedimiento, además de poder predecir, a partir de las variables incluidas en el estudio, qué mujeres tendrán una mayor probabilidad de incurrir en este tipo de cirugía.

Aunado a esto, es importante considerar que médicos y psicólogos deberían conocer la influencia que tienen las variables psicosociales durante la toma de decisiones acerca de someterse o no a este procedimiento quirúrgico, puesto que existen ocasiones en las que las personas tienen expectativas poco realistas acerca del efecto que tendrán en sus vidas estos resultados, y al no poder cumplirlas podría disminuir su bienestar psicológico (Coiffman, 2006).

Sin embargo, existen algunas limitaciones en este estudio, entre las cuales están, el hecho de que la muestra no fue escogida de manera totalmente aleatoria, por lo que se debe tener precaución al momento de generalizar los resultados a otras poblaciones.

II. MARCO TEÓRICO

A lo largo de los años se ha encontrado que el atractivo físico es un factor que influye tanto en la conceptualización que tiene un sujeto sobre sí mismo, como en la manera en que éste se relaciona con los demás, y según Baron y Byrne (1998) es definido como la "combinación de características faciales y corporales percibidas por los demás como atractivas" (p. 294).

De este modo, se ha demostrado que la gente tiende a creer que los hombres y mujeres físicamente atractivos son más estables, interesantes, sociables, independientes, emocionantes, dominantes, sexys, equilibrados, socialmente hábiles y con más éxito que aquellos que no son atractivos (Dion y Dion, 1987; Moore, Graziano y Miller, 1987; cp. Baron y Byrne, 1998). Por tanto, es importante considerar que la mayoría de las personas se comparan con el ideal de la belleza cultural (Baron y Byrne, 1998) y, actualmente para las mujeres, los senos grandes constituyen parte de dicho ideal y se asocian con sentirse bien, deseable y normal. Esta excesiva preocupación con los senos se ha materializado a través de la moda, la publicidad y los medios de comunicación (Clarke, 2001) y, puede conducir a la elección de la cirugía plástica como opción para acercarse al modelo ideal personal (Abreu, Tumer, González, Betancourt y Leal, 2000).

Partiendo de esto último, es conveniente señalar que, la cirugía es aquella rama de la medicina encargada de las enfermedades y condiciones que requieran o ameriten procedimientos manuales u operacionales. Esta rama de la medicina se divide a su vez en distintos tipos de cirugía, de éstas la que compete tratar según el tema de investigación es el de la cirugía plástica (Medical Dictionary, 2007). Específicamente, la cirugía plástica se encarga de la reparación, restauración o mejora de la pérdida, herida, defecto o mal funcionamiento de las distintas partes del cuerpo mediante la transferencia de tejido u otros procedimientos médicos. Esta a su vez se divide en cirugía reconstructiva (corregir deformidades) y cirugía estética. Esta última, es central en la presente investigación y consiste en el tratamiento de pacientes sanos que solicitan la mejora o restauración de zonas de su cuerpo por considerarlas desagradables o mejorables (Medical Dictionary, 2007).

Dentro de éste último tipo de cirugía, la que compete definir para la presente investigación es la mamoplastia de aumento, la cual se conceptualiza como un procedimiento quirúrgico aplicado para aumentar el tamaño y mejorar la figura de las mamas en la mujer, mediante la colocación de un implante detrás de los mismos (Gladfelter, 2007).

Por lo tanto, la introducción de implantes mamarios en los senos es la técnica quirúrgica por excelencia que se emplea para realzar el tamaño, el contorno y la elevación de los senos de la mujer. Sin embargo, Ramachandran (2008) afirma que existen muchos factores que se deben tomar en cuenta antes de someterse a un procedimiento de agrandamiento mamario, tales como la forma y la textura de los implantes, el tamaño y el tipo de los implantes mamarios, y los métodos para colocarlos.

En cuanto a la *forma*, cabe destacar que existen dos formas de implantes mamarios, la redonda y en forma de gota de agua. Muchas mujeres eligen los implantes redondos porque añaden más elevación y proporción. No obstante, cada vez más mujeres están eligiendo los implantes en forma de gota de agua, conocidos también como implantes mamarios curvados, porque desean un agrandamiento mamario que se vea tan natural como sea posible (Ramachandran, 2008).

En cuanto a la *textura*, cabe destacar que la superficie de un implante mamario puede ser lisa o texturizada. En la mayoría de las cirugías de agrandamiento se utilizan implantes mamarios con superficie lisa, dado que son más suaves, presentan un riesgo menor de ondulación y cuestan menos que los texturizados. Sin embargo, la superficie rugosa de los implantes mamarios texturizados ayuda a mantener la alineación vertical, rasgo deseado en los agrandamientos mamarios con implantes en forma de gota de agua, y reduce las probabilidades de encapsulamiento del implante (Ramachandran, 2008).

Este autor señala que los implantes mamarios se presentan en una variedad de *tamaños*, desde pequeños (125 cc) hasta muy grandes (1200 cc). Además el autor reporta que las mujeres que desean senos más turgentes y jóvenes se sentirán más satisfechas si eligen un tamaño más conservador. Aquéllas cuyo objetivo principal es

el agrandamiento mamario obtendrán mejores resultados con implantes más grandes (Ramachandran, 2008).

Además de esto, Ramachandran (2008), plantea que existen diferentes *tipos de relleno* para los implantes mamarios, la silicona, la solución salina y el gel de silicona cohesiva, los cuales se explican a continuación.

Los **implantes mamarios de silicona** están hechos de una cápsula de silicona rellena con gel de silicona. En el pasado, estos implantes eran comunes; sin embargo, se los sacó del mercado en 1992 debido a varias preocupaciones sobre la salud (en particular sobre filtraciones y rotura de los implantes). Como consecuencia, los implantes mamarios de solución salina pasaron a ser la norma. Después de que se desacreditaron los reclamos médicos contra la seguridad de los implantes de silicona —y de que se resolvieron otros problemas con materiales más durables para las cápsulas—, la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration, FDA) levantó la prohibición de los implantes mamarios de silicona en noviembre de 2006. Hoy en día, las mujeres pueden elegir entre los tipos de implante de solución salina y de silicona para su aumento mamario.

Es importante resaltar que aunque algunas personas creen que los implantes mamarios de silicona son más suaves y naturales, los últimos **implantes de solución salina** son suaves y muy duraderos. Estos últimos implantes están rellenos de un líquido compuesto por agua y sal, su tamaño oscila entre 120 cc y 850 cc, y están disponibles en forma redonda o de gota de agua, de modo que el procedimiento puede hacerse a la medida del contorno corporal específico de cada paciente. La mayoría de los implantes de solución salina se llenan durante la cirugía.

Por su parte, los **implantes de gel de silicona cohesiva** se usan en Europa, Australia y Canadá, pero en los Estados Unidos el uso general de estos implantes aún no ha sido aprobado por la FDA, pero se están realizando estudios clínicos orientados a determinar su seguridad y eficacia. Los implantes de gel de silicona cohesiva tienen una cápsula de silicona durable y resistente compuesta por varias capas a fin de evitar la "pérdida de gel" que puede ocurrir con los implantes de

silicona estándar. Además, el gel del relleno tiene una consistencia espesa y cohesiva que no se disipa si el implante se rompe.

Por otra parte, Ramachandran (2008) considera que también es importante tomar en cuenta la *ubicación de las incisiones* a través de las cuales se colocarán los implantes mamarios, puesto que aunque el objetivo del cirujano es hacer incisiones tan discretas como sea posible, el tamaño, la forma y el tipo de los implantes mamarios utilizados y la estructura corporal única de cada paciente influyen sobre la determinación del lugar de la incisión. Específicamente, existen cuatro técnicas de incisión que se utilizan para colocar los implantes mamarios: (a) la incisión en el pliegue inframamario; (b) la incisión en la aréola; (c) la incisión transaxilar; y (d) la incisión en el ombligo.

Por último, se debe considerar el *lugar de colocación del implante*, puesto que los implantes mamarios colocados debajo del músculo pectoral proporcionan un aspecto más natural pero requieren una cirugía más extensa y una recuperación más dolorosa. Por su parte, la colocación subglandular de los implantes para el agrandamiento mamario se realiza con facilidad y permite una recuperación más rápida, pero los resultados pueden no ser tan naturales (Ramachandran, 2008).

A pesar de que es relevante conocer los factores implicados en la mamoplastia de aumento, mencionados anteriormente (forma, textura, tamaño y tipo de implante, métodos y lugar para colocarlos), en la presente investigación no se tomarán en cuenta las diferencias existentes en los mismos ya que estos dependen de factores médicos, económicos, aspectos relacionados con la recuperación, entre otros, que en este estudio no son variables de investigación. Se entenderá entonces la mamoplastia de aumento, como el aumento en el tamaño de los senos sin especificar los detalles médicos implicados ya que, en el presente estudio, se aborda este objeto resaltando los factores psicosociales que afectan la decisión de someterse o no a dicho procedimiento.

Una vez conocidas las características de los implantes mamarios y las diversas técnicas quirúrgicas empleadas en una mamoplastia de aumento, es

importante reportar la frecuencia con la que se realiza este procedimiento quirúrgico en diferentes partes del mundo.

Según la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS), en 2008 se realizaron en Estados Unidos 1.7 millones de procedimientos quirúrgicos estéticos, dentro de los cuales, el aumento de mama es el más popular, con 294.284 procedimientos realizados en ese año. Con el objetivo de resaltar el auge que ha tenido la cirugía estética como procedimiento para alcanzar el ideal de belleza cultural, cabe destacar que en Norte América (E.E.U.U. y Canadá) desde el año 1992 hasta el 2008 ha habido un aumento de 803%, y entre estos mismos años hubo un aumento de 1001% en la cantidad de personas menores de 18 años que se realizaron procedimientos quirúrgicos cosméticos de cualquier tipo. Específicamente, la distribución por edades de las mujeres que se realizaron aumento mamario en 2008 fue de: 3% entre los 18 y 19 años, 30% entre los 20 y 29 años, 35% entre los 30 y 39 años, 27% entre los 40 y 54 años, y 5% más de 55 años.

Por otra parte, según la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, en Venezuela, en el año 2007 se reportaron 30.000 intervenciones quirúrgicas que tenían como propósito mejorar la apariencia física de las personas, siendo las más solicitadas la liposucción y el aumento de mamas (Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, 2007; cp. Uribe, 2008). Dado el incremento en la demanda de estos procedimientos, se considera importante estudiar los factores que influyen sobre la intención que tienen las personas de realizarse o no una mamoplastia de aumento.

La intención comportamental se refiere a la disposición o el juicio probabilístico subjetivo que hace la persona respecto a si realizará o no un comportamiento dado (Ajzen, 1985). Ahora bien, tomando en cuenta que en la presente investigación se desean determinar los factores que predicen la intención que tiene una mujer de realizarse una mamoplastia de aumento, es importante señalar que ésta última se enmarca dentro del área de la Psicología Social, que se refiere al campo científico que trata de entender las causas del comportamiento y del pensamiento social, mediante la identificación de los factores que dan forma a los sentimientos, conductas y pensamientos de las personas en situaciones sociales (Baron y Byrne, 1998).

Es conveniente resaltar que este campo de la psicología busca lograr este objetivo a través del uso de métodos científicos y toma como base el hecho de que el comportamiento y pensamiento social está influido por un amplio grupo de factores sociales, cognitivos, medioambientales, culturales y biológicos (Baron y Byrne, 1998).

Una teoría que trata algunos de estos elementos, desde la Psicología Social, es la Teoría de la Acción Razonada (TAR), propuesta por Fishbein y Ajzen (1975; cp. Morales, 1999) en la cual se plantea que la conducta puede ser predicha por la intención conductual de realizarla.

Es conveniente señalar que al estudiar la intención comportamental se puede hacer una aproximación más precisa de los factores en torno a la mamoplastia de aumento, ya que no se limita al estudio de aquellas personas que ya han realizado la conducta, y no se excluyen a las personas que por ejemplo tienen una alta disposición a realizarse esta cirugía, pero que no cuentan con los recursos necesarios para ello.

La intención está determinada por dos factores: (a) la norma social subjetiva; y (b) la actitud (Fishbein y Azjen, 1975, cp. Morales, 1999), los cuales serán explicados en los próximos párrafos, incluyendo además evidencia empírica que demuestra la relación entre estas variables y la intención de someterse a un procedimiento de cirugía estética.

Respecto a que la intención de la conducta puede predecir la ejecución de la misma, Armitage y Conner (1999) realizaron un estudio en el que se demuestra que la intención comportamental permite predecir la conducta, para esto seleccionaron una muestra de 413 personas (79 hombres y 334 mujeres, con un rango de edad entre 20 y 64 años), y determinaron si la intención de consumir productos bajos en grasa era suficiente para que se produjera la conducta. Para esto realizaron un análisis de regresión múltiple con los datos, y encontraron que la intención de realizar la conducta de consumo de productos dietéticos era un predictor significativo de la conducta de consumirlo, para ese momento en particular ($R= 0.27$, $\beta =-0.25$, $p<0.01$) y para predecir la conducta después de pasado un cierto periodo de tiempo ($R=0.32$, $\beta =-0.24$, $p<0.01$). Dado lo encontrado en dicho estudio, además de la formulación

teórica mencionada, podría suponerse que la intención de realizarse mamoplastia de aumento será un predictor efectivo de la posible realización de dicho comportamiento.

Esto último fue confirmado por Moreau y Pocaterra (2004) en una investigación que realizaron con el objetivo de determinar la influencia de las variables psicosociales, como la intención, las actitudes y las creencias, además de la estima corporal, el conocimiento sobre nutrición, la percepción del precio del producto, edad y sexo, sobre la conducta de consumo de producto dietéticos, mediante un diagrama de ruta y basándose en la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen. La muestra estuvo conformada por 458 personas que asistían a un gimnasio, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 60 años.

Luego de analizar los datos, encontraron que las variables que mejor predicen el consumo de productos dietéticos son la intención hacia el consumo de dichos productos (β=0.527, p=0.000), la estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad (β =0.141, p=0.017), la estima corporal relacionada con la apariencia física (β =-0.144, p=0.018) y la percepción del precio del producto (β =0.128, p=0.004). En donde a mayor intención, mayor estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, menor estima corporal relacionada con la apariencia física y, una percepción del precio del producto como más costoso, mayor será la frecuencia de consumo de productos dietéticos.

A pesar de que en estos estudios no se tiene como objeto la mamoplastia de aumento, se citan para enfatizar que la intención comportamental es un adecuado predictor de la conducta. Sin embargo, es conveniente señalar que el objeto de estudio: "consumo de productos dietéticos", hace referencia a un objeto relacionado con mejorar la salud y la apariencia física, al igual que el aumento de mamas se relaciona con una mejora de la apariencia física.

Ahora bien, para comprender en profundidad la variable intención comportamental, es necesario definir y explicar los factores que la predicen.

Como se mencionó anteriormente, el primer factor que predice la intención comportamental, son las *normas sociales subjetivas* que resumen la presión social que recibe la persona de su contexto social más próximo. Este factor descansa sobre dos pilares. Uno son las "creencias normativas" que mantiene la personas, éstas expresan la probabilidad de que la conducta a realizar resulte o no aceptable para personas significativas. Y el otro, es la "motivación para acomodarse", que indica la disposición de la persona a seguir o conformarse a esas opiniones. Por tanto, la normas sociales subjetivas son las creencias de una persona acerca de cómo los demás evaluarán su comportamiento.

En relación con esto, Gimlin (2007) realizó una investigación que pretendía introducir la importancia del contexto socio cultural para la decisión de someterse a una cirugía estética. Para ello, seleccionó a 20 mujeres norteamericanas (entre 24 y 50 años) y a 40 mujeres inglesas (entre 23 y 52 años), post operadas en los últimos cinco años. Su objetivo inicial fue estudiar las motivaciones de dichas mujeres para someterse a la cirugía y encontró que, la mayoría de las personas que desean la cirugía plástica tienen un nivel normal de satisfacción con su cuerpo, y que las personas que presentan un frecuente monitoreo o autoexaminación del aspecto, son las que tenían más probabilidades de presentar un interés en los procedimientos cosméticos que las que prestan menos atención a su apariencia. En general, halló que un grupo de mujeres defendía la cirugía como un medio necesario para superar problemas emocionales o aislamiento social, mientras que otras de las mujeres entrevistadas planteaban que por encima de la belleza estaba realzar la calidad de las relaciones sociales.

En esta misma línea de investigación, Didie y Sarwer (2003) realizaron un estudio en Pensilvania mediante el cual, compararon un grupo de 25 mujeres candidatas a mamoplastia de aumento con un grupo de 30 mujeres físicamente similares no interesadas en esta cirugía, con el objetivo de determinar los factores que motivan a las mujeres a someterse a una cirugía estética de aumento de mama. Para esto, todas las mujeres tuvieron que completar medidas relacionadas con: la insatisfacción con la imagen corporal, la influencia sociocultural sobre la apariencia física, el estado civil y la satisfacción sexual, además de cuestionarios de auto-informe que evaluaban otras posibles motivaciones para la cirugía.

De este modo, encontraron que las candidatas para la mamoplastia de aumento, presentaban una mayor insatisfacción con sus senos, en comparación con las del grupo control ($t=2.77$, $p<0.05$), de hecho el tamaño ideal de senos para estas últimas era significativamente menor que el del primer grupo ($t=4.42$, $p<0.05$). Sin embargo, estos dos grupos no difieren en el monto de insatisfacción con la imagen corporal general o en la conciencia o la internalización de las influencias socioculturales sobre la apariencia física. En general, llegaron a la conclusión de que uno de los motivos más importantes por el cual las mujeres se someten a una cirugía estética de aumento mamario son los sentimientos que tienen acerca de sus pechos, en lugar de las influencias directas o indirectas de fuentes externas, como la pareja o representaciones socioculturales de la belleza. Dada la incompatibilidad de estos resultados en la literatura, es importante estudiar la influencia de los factores sociales sobre la intencionalidad de realizarse cirugía estética de aumento de mamas.

Por otra parte, el segundo factor que determina la intención comportamental es la *actitud,* la cual se refiere a las evaluaciones generales, tanto positivas como negativas, que se hacen del comportamiento y se derivan de las creencias acerca del mismo (Fishbein y Ajzen, 1975; cp. Morales 1999). La actitud incluye la probabilidad percibida de que un resultado particular ocurra, multiplicado por la evaluación que se realiza de ese resultado (Ajzen, 1985). Es importante resaltar que en esta investigación no se va a incluir de manera explícita la variable actitud, sino que dicha variable estará considerada en el elemento de las creencias, que subyacen a la misma. Esto se debe a que los dos factores de la TAR tienen como elemento común entre ellos, las creencias que posee el individuo en torno a la conducta. Sin embargo es importante desarrollar algunos aspectos teóricos sobre la actitud, los cuales permiten comprender la relación entre la intención comportamental y sus variables asociadas (las cuales serán mencionadas posteriormente).

La actitud desempeña un papel central en los procesos de cambio social, dado su carácter de factor mediador entre la persona y el contexto social al que pertenece, ya que es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad (Morales, 1999).

Por tanto, la actitud se concibe como un mediador entre los aspectos del ambiente externo, que son los "estímulos", y las reacciones de la persona, es decir, sus "respuestas evaluativas" manifiestas. En otras palabras, se supone que las reacciones observables de una persona ante los objetos que le rodean están basadas en la tendencia psicológica interna y evaluativa llamada actitud. La actitud sería, desde esta perspectiva, una forma de adaptación de la persona a su medio ambiente, si bien es preciso subrayar que se trata de una adaptación activa. En efecto, se supone que la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal y, por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los que dichas experiencias han tenido lugar (Morales, 1999).

De este modo, la evaluación de un objeto actitudinal guarda una estrecha relación con las creencias de la persona acerca de tal objeto, con lo que piensa sobre él (dicho objeto en la presente investigación es la mamoplastia de aumento). Las personas se sienten atraídas hacia todo lo que les ayuda a conseguir sus objetivos así como hacia aquello que consideran dotado de cualidades positivas (alcanzar el ideal de bellaza cultural), mientras que tienden a rechazar lo contrario.

Por tanto, la evaluación que una persona hace de un objeto depende, en gran medida, de lo que piensa acerca de él. En la Teoría de la Expectativa por Valor se postula de manera más sistemática esta aproximación a los antecedentes de las actitudes. Según esta teoría, el conocimiento que la persona ha adquirido en su relación con el objeto actitudinal en el pasado le proporciona una buena estimación de cómo debe ser evaluado dicho objeto. En este sentido, puede ser interesante señalar que la información acerca de los objetos actitudinales se adquiere, en ocasiones, a través de la experiencia directa. Sin embargo, en otras ocasiones se llega al conocimiento del objeto por una vía indirecta, como la observación de modelos de conducta o la comunicación formal e informal (Morales, 1999).

En este sentido, Fishbein y Ajzen (1975; cp. Morales, 1999) en su Teoría de la Acción Razonada platean que, la actitud es el resultado de las creencias que la persona mantiene en relación con el objeto y, éstas se forman llevando a cabo los siguientes pasos: a) determinación de las creencias normativas; b) selección de

aquellas que son salientes para cada persona; c) cálculo de la probabilidad y de la deseabilidad subjetivas de cada creencia saliente; d) cálculo de los productos probabilidad x deseabilidad; e) suma algebraica ponderada de esos productos.

Las creencias pueden ser entendidas como los juicios y las percepciones que el individuo adquiere mediante la combinación de: (a) su experiencia directa con el objeto; y (b) la información conexa procedente de diferentes fuentes. De modo que, al evaluar las creencias en torno a un objeto, aquellas personas que han tenido experiencias evaluadas como satisfactorias, y han recibido información favorable de parte de otras fuentes respecto al objeto, tenderán a tener creencias positivas acerca del mismo (Schiffman y Kanuk, 2001).

Sin embargo, Morales (1999) señala que, para que las creencias puedan predecir con mayor exactitud la probabilidad de ocurrencia de la conducta, éstas deben ser específicas a la conducta que se desea predecir; por ende, conocer la evaluación que realizan las personas acerca de la cirugía estética de mamoplastia de aumento es más eficiente para predecir la probabilidad de someterse a este procedimiento quirúrgico, que si se conoce solamente la evaluación que realizan las personas de las cirugías estéticas o de las cirugías en general. Por esta razón, en el presente estudio se evaluarán las creencias específicas asociadas a la mamoplastia de aumento.

Un estudio que refleja la relación entre las creencias acerca de un objeto y la intención para aproximarse a éste, es el realizado por von Soest, Kvalem, Skolleborg y Roald (2006), cuyo objetivo era determinar si las creencias acerca de la cirugía estética en el ambiente del individuo era un predictor significativo de la intención para realizarse esta cirugía. Para esto, seleccionaron una muestra de 1102 mujeres de Noruega (entre los 22 y los 55 años), de las cuales 195 eran potenciales pacientes de cirugía estética, 64 no deseaban realizarse este tipo de cirugías, 203 sí deseaban realizársela, y 69 ya se la habían realizado. Se encontró que, las personas que tenían una baja aceptación de la cirugía estética no deseaban realizarse dicha cirugía mientras que, aquellas personas que sí aceptaban y apoyaban en mayor grado la cirugía estética, querían realizarse la misma. Específicamente, encontraron que la imagen corporal, autoestima, las burlas en su historia, la aceptación de la cirugía

estética en el entorno del individuo, y auto-monitoreo se relacionan con la motivación para realizarse cirugía estética. De igual manera se encontró que, en personas que se habían realizado la cirugía estética el nivel de aceptación de dicha cirugía era alto.

En esta misma línea de investigación, Depablos y Gonzalez (2008) realizaron un estudio transversal de tipo exploratorio-descriptivo, con el objetivo de conocer las actitudes hacia la cirugía estética que tenían estudiantes de pregrado de carreras largas de la Universidad Central de Venezuela (UCV), núcleo Ciudad Universitaria de Caracas. Para esto, seleccionaron 381 estudiantes con edades comprendidas entre 17 y 46 años, de los cuales 225 eran mujeres y 156 hombres; y además, crearon y aplicaron una escala tipo Likert, de 35 ítems con valores del 1 al 5, y una pregunta abierta acerca de la intención de realizarse una cirugía estética y las motivaciones asociadas a esto. La escala permitió describir las actitudes de los participantes, tomando en cuenta los componentes: afectivo, conductual y cognitivo, y las variables sexo y facultad.

En general encontraron que los estudiantes presentaban actitudes neutras hacia la cirugía estética, con tendencia hacia el desacuerdo con la misma, sin diferencias significativas por sexo y facultad. Esto se relaciona con el hecho de que la mayoría de los participantes (86.6%) reportó que no se sometería a ninguna cirugía estética; y sólo el 13.4% restante de los participantes sí se la realizaría, siendo la mamoplastia de aumento, la rinoplastia y la liposucción, las principales cirugías deseadas por ellos.

Además, encontraron que entre las razones por las que los participantes no se realizarían una cirugía estética, se encuentran: que se sienten conformes consigo mismos, que las personas se tienen que querer como son, que consideran este procedimiento como una representación de vanidad, que les da miedo, o que prefieren obtener los mismos resultados a través de otros métodos que no sea la cirugía.

Por otra parte, encontraron que entre las razones por las que los participantes sí se realizarían una cirugía se encuentran: inconformidad consigo mismos, por

necesidad, verse bien, razones de salud, razones de trabajo, por cuestiones de gusto o porque lo consideran un medio de fácil cambio.

Así mismo, Henderson-King, Henderson-King y Hoffmann (2001) realizaron un conjunto de cuatro estudios en Estados Unidos con un total de 1288 adultos y estudiantes de ambos sexos, para desarrollar la Escala de Aceptación de la Cirugía Cosmética. Las exploraciones iniciales de esta escala (15 ítems) indicaron que la aceptación de la cirugía estética estaba negativamente relacionada con la satisfacción en cuanto a la apariencia física y positivamente relacionada con las actitudes acerca del uso del maquillaje, así mismo estaba más relacionada con los miedos de volverse poco atractivo que con la esperanza de volverse más atractivo. Además, las actitudes acerca de la cirugía cosmética estaban positivamente relacionadas con la edad de las mujeres pero no de los hombres, en tanto que las personas mayores y las mujeres reportaban actitudes más positivas, específicamente, en la Subescala de aspectos interpersonales y aspectos sociales relacionados con la cirugía estética.

Por su parte, Byram, Fischhoff, Embrey, Bruine y Thorne (2001) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los modelos mentales de pacientes que se habían realizado mamoplastia de aumento, es decir, deseaban saber cómo organizaban sus conocimientos acerca de los factores que permiten predecir las consecuencias físicas y psicológicas y problemas asociados que han experimentado como resultado de haberse colocado unos implantes de senos. Para esto, aplicaron entrevistas semiestructuradas a 25 mujeres con un rango de edad entre 32 y 72 años, 8 de ellas eran canadienses y 17 eran estadounidenses, todas se habían realizado mamoplastia de aumento.

Estos autores encontraron, en cuanto a las actitudes hacia los implantes, que las entrevistadas reportaban como ventajas de los implantes, los cambios estéticos, la mejora de la auto imagen, la reconstrucción, el impacto psicológico, y una mejor selección de prendas de vestir o de forma. Además, al indagar acerca de la información específica que las mujeres necesitaron tener en cuenta antes de someterse a la cirugía, observaron que 68% de ellas mencionaron los riesgos de salud, y 20% mencionaron la longevidad de los implantes, y en general 32% se preocuparon por ambas cosas. Aunado a esto, sugirieron que antes de realizarse una

mamoplastia de aumento las mujeres deberían examinar los últimos resultados de la investigación científica, el impacto de un implante en la lactancia materna y el embarazo, detalles de la cirugía, los efectos psicológicos y tener una visión realista de los resultados.

Esto se vincula con el hecho de que muchas participantes expresaron disgusto con las decisiones que ellas mismas tomaron acerca de su mamoplastia de aumento y con las funciones de sus médicos en estas decisiones. Por ejemplo, 60% de ellas dijeron que sus médicos no les había informado acerca de los riesgos, en comparación con un 32% que afirmó que sí se les habían comentado; además, 8% de las mujeres señalaron que no les habían informado las posibles alternativas que existían dentro de la mamoplastia de aumento, en comparación con un 40% que dijo si se les informaron.

Cuando se les preguntó sobre algunos problemas quirúrgicos que podrían surgir como resultado de la mamoplastia, más del 50% de las mujeres mencionó las fugas y endurecimiento (o algún otro término que connota una contractura). Otros problemas que consideraron, en orden decreciente de frecuencia, era la posible ruptura del implante, el dolor o el malestar, la artritis o el lupus (y otros trastornos del sistema inmune), cicatrices, migración del implante, rechazo, degradación, pérdida de la sensación de pecho y palpitaciones. En algunos casos, las encuestadas creían que habían experimentado algunos de estos problemas, en otros, estos fueron vistos como posibilidades. En las descripciones de las encuestadas se pudo observar que no compartían la terminología de la comunidad de expertos.

Además, las descripciones de la colocación de sus propios implantes fueron en general correctas, pero imprecisas (por ejemplo, "en frente del músculo del pecho", "entre la grasa y los músculos", o "por debajo del músculo"). Pocas utilizaban los términos técnicos (por ejemplo, subglandular, submuscular) necesarios para interpretar los resultados médicos en términos de sus propias circunstancias. Algunas expresaron creencias erróneas, como "adjunto a las costillas" y "por encima del diafragma."

Así, concluyeron que estas mujeres tenían mucho que decir acerca de sus implantes; sin embargo, sus creencias respecto a las complicaciones locales fueron fragmentadas y a menudo inexactas o expresadas en términos incompatibles con los utilizados por los médicos especialistas. Temían innecesariamente algunos problemas (por ejemplo, la rotura atribuible al despliegue de airbag), pero no tenían conocimiento de otros (por ejemplo, sin ser detectados los problemas locales). De esta manera, a pesar de que tenían la base para una comprensión bastante completa, no habían realizado las conexiones necesarias para comprender correctamente los factores que les podrían permitir predecir las consecuencias físicas y psicológicas y problemas asociados a la mamoplastia de aumento.

A partir de estos resultados se puede observar que las creencias juegan un papel determinante en la decisión de someterse o no a una mamoplastia de aumento, puesto que las mujeres que ya se han realizado este procedimiento quirúrgico consideran que es necesario tomar en cuenta los riesgos y los efectos psicológicos que pueden producir y tener una visión realista de los resultados. Estas mujeres parecen considerar que estos elementos son importantes puesto que les permiten tomar una decisión más acertada, o por lo menos tomar en cuenta toda la información que sea necesaria para acercarse a la decisión más idónea.

Por su parte, Swami, Premuzic, Bridges y Furnham (2009) realizaron una investigación para determinar la asociación entre varias construcciones actitudinales relacionadas con la aceptación de la cirugía estética, variables demográficas, de personalidad y, de las diferencias individuales de los pacientes. Para esto, seleccionaron en Inglaterra una muestra de 332 estudiantes universitarios con una edad promedio de 24 años, quienes completaron una batería de escalas y, mediante un análisis de regresión, obtuvieron que los factores que permitían predecir la probabilidad de que las mujeres consideraran la posibilidad de someterse a una cirugía plástica, fueron: la apertura social (β= -0.63, t=11.01, p<0.001), la estabilidad emocional (β=0.52, t=8.34, p<0.001), sexo (β=0.47, t=8.71, p<0.001), la autoevaluación de la capacidad de atracción (β= -0.26, t=5.41, p<0.001), amabilidad (β= -0.32, t=5.74, p<0.001), responsabilidad (β=0.25, t=4.67, p<0.001), y la edad (β= -0.13, t=2.48, p<0.001). De esta manera ser mujer, joven, poco amable, tener

baja apertura social, alta estabilidad emocional, alta responsabilidad y una autoevaluación negativa de la propia capacidad de atracción, predice una mayor probabilidad de considerar la cirugía plástica.

Estos autores concluyeron que, los factores sexo y edad, se asocian generalmente con la aceptación de la cirugía cosmética a través de la influencia mediadora de los cinco grandes factores de personalidad, seguido de la autoestima y la conformidad y, finalmente, la autoevaluación de la atractividad. Específicamente, encontraron que mientras menores eran las mujeres, mayor era su aceptación general de la cirugía estética, y por lo tanto mayor la posibilidad de someterse a un procedimiento de este tipo. Además, encontraron que mientras mayor era la estima personal, menor era la aceptación de la cirugía estética y por lo tanto, la posibilidad de someterse a estos procedimientos era menor.

Dada la relación entre estas variables y la variada distribución por edades de las mujeres que se realizaron aumento mamario (ASPS, 2008), es importante considerar que en el caso de la presente investigación se estudiarán a mujeres con edades comprendidas entre 15 y 54 años, dado que en este rango de edad se ubica el mayor porcentaje de mujeres que se someten al aumento mamario (ASPS, 2008, y además se compone tanto por la adolescencia y la adultez temprana como la adultez tardía, caracterizándose por mujeres que poseen su máxima condición física hasta aquellas que se encuentran experimentando la menopausia, poseen cierto deterioro en sus habilidades y una mayor preocupación por la salud (Papalia, Olds y Feldman, 2004), lo cual podría influir en la intención que tienen estas mujeres de realizarse mamoplastia de aumento.

En cuanto a esto último es importante considerar que Erikson (1968; cp. Papalia, et al., 2004) plantea que en la etapa de la adolescencia se experimenta la crisis de identidad y si no se resuelve queda una confusión de identidad usualmente hasta la adultez temprana, por lo cual estas personas son más vulnerables a la opinión de otras personas, especialmente de sus pares, y es por eso que sus decisiones tienen como finalidad la adaptación al ambiente social, tomando para esto ídolos o figuras con las cuales identificarse, lo cual las podría llevar a intentar alcanzar el ideal de belleza socialmente impuesto.

Aunado a esto, Marcia (1966; cp. Papalia, et al., 2004) afirma que en la adultez normalmente las personas ya han resuelto su conflicto de identidad, por lo que logran una toma de decisiones conciente y un sistema de creencias consolidado, y de esta manera tienden a ser más precavidas y están abiertas a nuevas ideas mientras sostengan sus propias normas, por lo que no son tan influenciables como las adolescentes.

Sin embargo, Papalia, et al. (2004) señalan que la sociedad constantemente presiona a las mujeres para que luzcan jóvenes y actúen como tal, de esta manera en la medida que las mujeres van envejeciendo experimentan la "crisis de mitad de vida" en tanto que dejan de ser jóvenes, padecen de pérdidas físicas reales (disminución gradual en fuerza y coordinación), cabellos encanecidos, piel engrosada y patas de gallo, los cuales son atributos poco deseados socialmente y que, de hecho, pueden afectar la adaptación sexual de una pareja, debido a que la mujer pierde el valor como compañera sexual y romántica.

Por lo tanto, en un intento por lucir más jóvenes las mujeres de mayor edad pueden llegar a someterse a un procedimiento de cirugía estética, ya que probablemente se encuentran más insatisfechas con su cuerpo que las adolescentes quienes se caracterizan por tener una apariencia femenina uniforme, redondeada, lampiña, suave y sin arrugas (Papalia, et al., 2004).

Esto último establece una relación entre la edad y la estima corporal, la cual se refiere a la evaluación que hace la persona de su imagen corporal, esta última entendida como la "relación entre los procesos mentales y el cuerpo... o como el efecto psicológico de cómo luce una persona" (McGrath y Mukerji, 2000, p. 107).

Este fenómeno ha sido incluido como parte fundamental de algunos modelos teóricos. Entre ellos, se encuentra la Teoría de la Objetificación propuesto por Fredrikson y Roberts (1997; cp. Greenleaf-Rey, 2005), el cual es un modelo socio cultural feminista que explica las construcciones psicológicas producto de las experiencias únicas vividas por las personas, quienes son vistas, evaluadas y reducidas a su cuerpo. Según esta teoría, se trata de un proceso psicológico a través del cual las mujeres internalizan las observaciones que otras personas hacen sobre

sus cuerpos como un objeto, y no como parte integral de su identidad, por lo que comienzan a automonitorear su apariencia física de manera crónica.

En cuanto a esto, es importante resaltar que Lintunen, Leskinen, Oinonen, Salinto y Rahkila (1995) realizaron una investigación longitudinal (4 años) con una muestra que tenía un rango de edad entre 11 y 15 años, y encontró que incluso en esta etapa la autopercepción de las mujeres sobre su figura y apariencia declinó con el pasar de los años, mientras que en el caso de los hombres se evidenció un aumento de su autopercepción.

Sin embargo, Jorquera, Baños, Perpiña y Botella (2005) encontraron otros resultados en un estudio que realizaron con el objetivo de validar en población española la Escala de Estima Corporal *(Body Esteem Scale* —BES), elaborada por Franzoi y Shields (1984). La escala fue aplicada a una muestra total de 288 participantes (212 mujeres y 72 varones), con un rango de edad entre 14 y 29 años, procedentes de escuelas, institutos y facultades universitarias. Encontraron que existen diferencias en la estima corporal entre varones y mujeres, en función de la edad.

Específicamente, en el caso de las mujeres, los resultados indicaron que las chicas más jóvenes (de 14 a 16 años) eran las que se encontraban menos satisfechas con su cuerpo cuando se tenía en cuenta la puntuación total de la escala ($F_{(2,208)}$=6,684, p<,005), y también eran las que estaban menos satisfechas con su peso ($F_{(2,186)}$=3,032, p<,005), y con su condición física ($F_{(2,185)}$=4,383, p<,005). No hubo diferencias significativas en la subescala de «atractivo físico», y los autores argumentaron que estos resultados posiblemente se deben a que a esas edades, a las adolescentes no les preocupan tanto, o les parecen menos relevantes, aspectos concretos relacionados con el atractivo sexual (como el olor o el vello corporal, los pechos, etc.), aspectos que, sin embargo, pudieran ser más importantes o relevantes a edades superiores.

Es importante señalar que estos resultados sugieren que, en comparación con mujeres mayores, las mujeres de menor edad presentan una menor estima corporal general y una menor estima corporal específica relacionada con el peso y la

condición física. Sin embargo, a medida que aumenta la edad de las mujeres, la estima corporal específica relacionada con el atractivo físico y sexual parece disminuir y, de hecho, cuando las mujeres son más jóvenes este no parece ser un factor importante en la composición de su estima corporal general. De esta manera, se puede observar que dependiendo de la edad, las mujeres internalizan de diferentes maneras las observaciones que otras personas hacen sobre sus cuerpos como un objeto.

Por otra parte, Duval y Wicklund (1972; Harré y Lamb, 1992) proponen otra teoría para explicar el comportamiento de la variable estima corporal, denominada "Teoría de la Autodiscrepancia", la cual predice que cuando las personas dirigen la atención hacia sí misma el primer proceso que llevan a cabo es el de autoevaluación, al establecer una comparación entre su yo actual y su yo ideal. Por lo tanto, cuando existe una discrepancia entre el yo actual y el yo ideal, mayor es el grado de autoevaluación negativa, un afecto intrínsecamente incómodo que los individuos tratan de evitar o disipar cambiando su estado actual en la dirección del ideal, ya que cuando se logra eliminar esa discrepancia se logra un mejoramiento del humor, el cual generalmente esta disminuido antes de la cirugía (Thorpe, Ahmed y Steer, 2004; cp. Uribe, 2008)

En relación con esto, Mendoza (1980) llevó a cabo un estudio con 20 pacientes de Cirugía Plástica Estética, dicha muestra estuvo compuesta por 15 mujeres y 5 hombres, a los cuales les realizó una Entrevista Semi-estructurada y les administró el Test de Figura Humana de Machover. Los resultados señalaron que la mayoría de las pacientes presentaba inconformidad con la región a intervenir, predominando baja autoestima, sentimientos de minusvalía, inhibición, dificultad en las relaciones interpersonales, timidez, ansiedad e inseguridad, además de un predominio de sentimientos depresivos, asociados a una notable inconformidad.

Estos mismos resultados fueron encontrados por Gandica (1989) mediante una investigación realizada con 20 pacientes que solicitaban Cirugía Plástica Estética (Mamoplastia), pero además halló que a través de este procedimiento las mujeres buscaban un embellecimiento del cuerpo, a fin de alcanzar una apariencia física

agradable y hermosa, así como un mayor atractivo sexual, y un deseo de cambio interno para lograr una mayor autoafirmación y mejorar su autoestima.

Por otra parte, Contreras y Moya (2001), realizaron una investigación con el objetivo de determinar los rasgos de personalidad y la imagen corporal en mujeres que se someterán a Cirugía Plástica Estética. Para esto se llevo a cabo un estudio no experimental, con 10 pacientes femeninas venezolanas, a las cuales se les realizó una entrevista semi-estructurada y el examen de Trastorno Dismórfico Corporal, y posteriormente se les aplicó una Escala de Imagen Corporal, el Test de Dibujo de Figura Humana de Machover, el Test de Rorschach. De este modo, encontraron prevalencia del Índice de Esquizofrenia, Depresión e Inhabilidad Social, específicamente estas mujeres presentaban un deterioro en la prueba de realidad, dificultad en el manejo de los afectos, inseguridad e inhibición, un estilo defensivo intelectualizador, dificultad de control, dependencia, dificultad en las relaciones interpersonales e inflexibilidad en la modificación del funcionamiento. Por otra parte, con respecto a la imagen corporal, se halló que las pacientes presentaban baja autoestima, ansiedad, preocupación mayor de la habitual por el funcionamiento corporal, tendían a la autoexaminación resaltando los aspectos negativos de si mismas y mostraban insatisfacción con la apariencia específica de la zona a intervenir.

En esta misma línea, Tovar (2003) realizó un estudio de caso similar, con 10 mujeres venezolanas entre 22 y 35 años, la diferencia con el estudio anterior era que éstas ya habían sido sometidas a la cirugía estética. Para esto, se les aplicó una entrevista semi-estructurada, el Test de la Figura Humana según Machover, una escala de imagen corporal y el Psicodiagnóstico de Rorschach, y encontró que estas mujeres presentaron varías características comunes, las cuales consisten en preocupación corporal significativa e inestabilidad emocional, conflictos en el área de la sexualidad, elementos depresivos y déficit de recursos, como por ejemplo la falta de integración de la información o el no contar con los recursos necesarios para tal integración, así como rasgos narcisistas e histéricos.

Los elementos encontrados de narcisismo e histeria sugieren que estas mujeres suelen enfatizar lo externo, donde no es común conseguir vínculos

emocionales estrechos y significativos. En este sentido, Tovar (2003) concluye que la mamoplastia viene a fungir como una manera de evadir y tapar conflictos internos que producen malestar e inestabilidad en estas mujeres. Debido a la incapacidad que tienen estas personas para contactar afectivamente con los demás y consigo mismas, así como la dificultad de insight, no permite que los conflictos internos lleguen a ser resueltos, y por ende tratan de manejarlos a nivel externo, en este caso a través del cuerpo.

Así, Tovar (2003) destaca que la imagen corporal de manera global se puede dividir en dos niveles: consciente e inconsciente. A nivel consciente, la mayoría de las mujeres poseen un concepto positivo de su imagen corporal, es decir, existe una satisfacción consciente de su imagen. En cambio, cuando se trata de un nivel inconsciente, las mujeres presentan inconformidad y preocupación por su imagen corporal, por lo que se observa una tendencia a cubrir faltas o vacíos internos a través del cuerpo.

De esta manera, se puede observar que las mujeres recurren a la cirugía estética como un medio de reducir la discrepancia entre su yo actual y su yo ideal, lo que les permite reducir las características que evalúan como negativas y aumentar las que consideran positivas, lo cual es congruente con lo planteado por Duval y Wicklund (1972; cp. Harré y Lamb, 1992) en la Teoría de la Autodiscrepancia.

Por otra parte, Ramírez y Rodríguez (2008) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la influencia del sexo, rol sexual, estima corporal, locus de control de peso y creencias acerca de la liposucción, sobre la intención de realizarse liposucción, y la relación entre estas variables. Para ello seleccionaron un grupo de 500 estudiantes universitarios de los cuales 373 eran mujeres y 127 eran hombres, con edades comprendidas entre 16 y 25 años, y realizaron un análisis de ruta, en el cual encontraron una correlación múltiple moderada ($R=0.487$) entre la escala de intención de realizarse liposucción y la combinación lineal de las variables predictoras, dichas variables explicaron de modo significativo el 21.3% de la varianza total de la variable predicha (R^2ajustado$=0.213$, $F=9.897$, $p<0.05$).

En cuanto al aporte de cada una de las variables (de mayor a menor aporte), hallaron que resultaron significativas: (a) estima corporal relacionada con la figura corporal y el peso (β=-0.276, t=-4.17, p<0.05); (b) sexo (β=-0.266, t=-4.746, p<0.05); (c) creencias de que la liposucción no implica riesgos para la salud (β=0.202, t=4.15, p<0.05); (d) masculinidad (β=0155, t=2.503, p<0.05); y por último, (e) creencias de que la liposucción conlleva a beneficios médicos/estéticos y psicológicos (β=0.134, t=2.526, p<0.05). De este modo concluyeron que tener sentimientos negativos asociados a la figura corporal y al peso, ser mujer, tener un rol sexual masculino y, las creencias de que la liposucción no implica riesgos para la salud y que sí conlleva a beneficios físicos, estéticos y psicológicos, permiten predecir una mayor intención de realizarse esta cirugía en los próximos 10 años.

En cuanto a la estima corporal cabe destacar que estos autores encontraron tres factores. El primero es la estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, en la cual encontraron que estaba influida por las variables sexo y rol sexual: feminidad y masculinidad (R=0.527). Específicamente, tanto la variable masculinidad (β=0.387, t=8.092, p<0.05) como la feminidad (β=0.23, t=4.28, p<0.05) resultaron significativas, es decir, que a mayor grado de masculinidad y de feminidad mayor satisfacción con las partes corporales relacionadas con el rostro y la sexualidad, dado que dichas partes permiten la reafirmación de la identidad. Sin embargo la variable sexo no resultó significativa en la predicción de la intención de realizarse esta cirugía en los próximos 10 años.

El segundo es la estima corporal relacionada con la figura corporal y el peso, la cual se encontró que estaba influida de manera significativa por las variables sexo y rol sexual: feminidad y masculinidad (R=0.438). Específicamente hallaron que las tres variables fueron significativas: (a) masculinidad (β=0.3287, t=6.478, p<0.05); (b) sexo (β=0.182, t=3.612, p<0.05; y (c) feminidad (β=0.168, t=2.96, p<0.05). En este sentido, la masculinidad, la feminidad y el ser hombre se asocia con mayor satisfacción con las partes del cuerpo relacionadas con la figura corporal y el peso.

El tercero es la variable estima corporal relacionada con la condición física, y se encontró que estaba influida por las variables sexo y rol sexual: masculinidad y feminidad (R=0.523). Específicamente hallaron que tanto la variable masculinidad

(β=0.477, t=9.946, p<0.05) como el sexo (β=0.166, t= 3.477, p<0.05) resultaron significativas, de modo que, una mayor masculinidad y ser hombre conlleva a una mayor satisfacción corporal en los aspectos relacionados con la condición física. Sin embargo la variable feminidad no resultó significativa.

Por tanto, se observa que estos resultados establecen una relación entre la estima corporal y una variable denominada rol sexual que es entendida como el conjunto de actitudes y conductas que se aceptan dentro de una cultura y que son consideradas como masculinas o femeninas. La feminidad puede ser definida como el conjunto de cualidades que tradicionalmente dentro de una cultura se le atribuyen a la mujer, y la masculinidad puede entenderse como el conjunto de cualidades atribuidas al hombre (Pizzutti y Rubio, 1985).

Tomando en cuenta que la muestra de la presente investigación está conformada únicamente por mujeres, es conveniente determinar la influencia que tiene el rol sexual en la decisión de someterse o no a una mamoplastia de aumento, considerando que esta variable es una construcción social, conformada por la concepción de lo femenino y lo masculino desde una perspectiva cultural, que va mas allá del sexo de la persona. De esta manera, se podrá observar si las características asociadas a cada una de estas dimensiones predicen la intención que tienen las mujeres de realizarse una mamoplastia de aumento.

En cuanto a esto, López y Morales (1995; cp. Baron y Byrne, 1998) afirman que entre los rasgos típicamente asociados a la masculinidad se encuentran: ser amante del peligro, agresivo, atlético, duro, egoísta e individualista; mientras que los que normalmente se asocian a la feminidad son: ser cariñosa, comprensiva, amante de los niños, compasiva, de llanto fácil, afectuosa, sumisa, tierna y sensible a los otros.

Es conveniente señalar que Robinson, Shaver y Wrightsman (1991) señalan que hasta la década de los 70's, se asumía que la masculinidad y la feminidad constituían polos opuestos, relacionados inversamente en el individuo, es decir, que altos puntajes en masculinidad eliminaban la posibilidad de presentar rasgos definidos como característicos de la feminidad.

En relación con esto, el Ministerio de la Familia (1987) realizó un estudio bibliográfico de los estereotipos y roles sexuales en Venezuela entre los años 1975 y 1985, y se halló que los roles y estereotipos transmitidos a nivel de las instituciones y unidades comunales básicas (escuela, pares cronológicos, condiscípulos, asociaciones, clubes, deportes, etc.) reproducían de manera general, los conceptos más tradicionales referentes a los sexos. Específicamente, a la mujer se le atribuía únicamente un rol sexual femenino definiéndola como amorosa, delicada, sumisa, indefensa, dulce, pulcra, pasiva, charlatana, bonita, tímida, sensual, presumida y coqueta; mientras que al hombre se le atribuía únicamente un rol sexual masculino definiéndolo como seguro de sí mismo, perseverante, autónomo, dominante, inteligente, rebelde, aventurero, deportista, galante, materialista, agresivo, colérico, emotivo y fuerte.

Sin embargo, otros autores como Bem (1974), comenzaron a cuestionar esta concepción sugiriendo la idea de que, tanto la masculinidad como la feminidad podían ser dos dimensiones independientes, esto significa que la posesión de atributos masculinos no implican necesariamente la no posesión de atributos femeninos y viceversa.

De hecho, Finn (1986) señala que la buena adaptación psicológica de un individuo depende de que éste posea tanto características masculinas como femeninas (androgenia), que le den la posibilidad de comportarse de un modo flexible según la realidad lo requiera, ya que una adhesión muy fuerte a los roles tradicionales normalmente va asociado con muchos problemas, por ejemplo, los hombres que se identifican con el rol masculino más exagerado se comportan con mayor violencia y agresividad que los que se perciben a sí mismos con alguna característica femenina (Finn, 1986).

En este mismo sentido, Ganong y Coleman (1987) agregan que aunado a la concepción de masculinidad y feminidad, existe una categoría denominada androginia que está caracterizada por una mayor flexibilidad conductual, en tanto que no se encuentra influenciada por las reglas sociales acerca de la conducta apropiada para un sexo en particular, sino que es posible tener actitudes y comportamientos concebidos como femeninos y masculinos de manera simultánea.

Aunado a esto, en cuanto al comportamiento de la variable rol sexual en Venezuela, Montero (1984) señala que la familia venezolana se caracteriza por estructurarse alrededor de la madre quien suele ser el principal y el único adulto estable, mientras que el padre suele estar ausente o desdibujado dentro del núcleo familiar; por este motivo, en la búsqueda de modelos masculinos, tienden a exagerarse las características deseadas, por un fenómeno de sobrecompensación de la figura femenina. Afirma que esto conduce a la búsqueda del estereotipo masculino caracterizado por la rigidez, la violencia, la crueldad, la agresividad y la carencia de ternura, que además se ve afectada por la percepción de igualdad de género y a una mayor libertad producto de la presión socializadora del medio para el sexo femenino.

De esta manera, se puede observar cómo las mujeres han tenido que adoptar un rol sexual masculino para adaptarse a las demandas del ambiente, y es importante resaltar que este cambio parece haber traído como consecuencia un aumento de su estima corporal, tomando en cuenta los resultados reportados por Ramírez y Rodríguez (2008), donde a mayor masculinidad mayor estima corporal.

En cuanto a esto último, Forbes, Adams-Curtis, Rade y Jaberg (2001) realizaron un estudio en el que midieron la insatisfacción corporal a 438 estudiantes de la Universidad de Millikin, con edades comprendidas entre 16 a 20 años de edad (M = 19,74) predominantemente de clase media, y clasificados según el rol sexual que los caracterizaba de acuerdo al cuestionario de atributos personales (masculino, femenino, andrógino o indiferenciado) que se les administró. Específicamente estos autores, midieron la insatisfacción corporal como la discrepancia entre un dibujo seleccionado por cada participante que representaba su propio cuerpo (1) y dibujos seleccionados por ellos que representaban (2) su cuerpo ideal, (3) el cuerpo que creían que los miembros de su sexo preferían, y (4) el cuerpo que creían que los miembros del sexo opuesto preferían.

Posteriormente, realizaron análisis de varianzas y encontraron que, en la comparación entre la estimación del propio cuerpo y el cuerpo considerado como ideal (comparación 1-2), los resultados se diferenciaban en función del rol sexual ($F_{(3,210)}=4.10$, $p <.01$), es decir, las primeras percibían mayores discrepancias entre su propio cuerpo y el que consideran como ideal, que las otras mujeres. Además, al

analizar la discrepancia entre la percepción de su propio cuerpo y el cuerpo que creían que la mayoría de las mujeres prefieren (comparación 1-3) se encontraron diferencias significativas en función del rol sexual ($F_{(3,210)}=2.81$, $p < .05$), en tanto que las mujeres con un rol sexual femenino percibían mayores discrepancias, entre su propio cuerpo y el que consideran que las mujeres prefieren, que las mujeres con un rol sexual masculino, andrógino o indiferenciado.

Por último, al analizar la discrepancia entre la percepción de su propio cuerpo y el cuerpo femenino que creen que la mayoría de los hombres prefieren (comparación 1-4), se encontró que estas diferían significativamente en función del rol sexual ($F_{(3,210)}=2.79$, $p<0.05$), en tanto que las mujeres con un rol sexual femenino percibían mayores discrepancias, entre su propio cuerpo y el que consideran que las hombres prefieren, que las mujeres con un rol sexual masculino, andrógino o indiferenciado. En base a estos resultados, los investigadores concluyeron que puesto que las mujeres clasificadas con un rol sexual femenino estaban más insatisfechas con sus cuerpos que las mujeres con un rol sexual masculino, andrógino o indiferenciado.

Así mismo, Méndez (2005) llevó a cabo una investigación no experimental correlacional que tenía como objetivo principal determinar cómo se relacionaba el rol sexual con la realización de cirugía estética en cuanto a los niveles de histeria, obsesividad y masculinidad-feminidad a través del MMPI-2. Para esto se utilizaron 40 venezolanos, divididos en 4 grupos con 10 individuos cada uno: mujeres operadas y no operadas, y hombres operados y no operados. Los resultados encontrados indican que en estos grupos el nivel de obsesividad era bajo y el de histeria promedio, sin embargo, existen diferencias significativas en la variable masculinidad-feminidad entre mujeres operadas y no operadas.

En relación a esta última variable, estos autores encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que aunque ambos estaban dentro de un rango promedio, las mujeres presentaban una tendencia hacia la puntuación promedio-alta, que implica una conducta alejada de su rol sexual tradicional, siendo más activas, competentes y autosuficientes. Así mismo, se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres operados y no operados, siendo el grupo de

individuos que se sometieron a cirugía estética los que obtuvieron puntuaciones más altas, inclinados a alejarse de su rol tradicional, siendo los hombres más sensibles, controlados y pasivos, y las mujeres más activas, competentes y autosuficientes.

Por su parte, Ramírez y Rodríguez (2008) encontraron que la variable sexo influyó de manera significativa sobre la feminidad, siendo las mujeres las que reportaban mayores niveles de feminidad ($R=-0.455$, $\beta=-0.455$, $t=-10.914$, $p<0.05$), pero no influyó de manera significativa sobre la variable masculinidad, es decir, esta no se relacionó con algún sexo en específico, ya que ambos presentaban un moderado grado de masculinidad. Sin embargo, es conveniente señalar que, aunque las mujeres presentaban un alto grado de feminidad, lo cual es esperado, el hecho de que la masculinidad no esté siendo predicha por la variable sexo puede ser entendido debido a que las mujeres pueden estar tomando como propias características culturalmente asociadas al género masculino. Así mismo, esta falta de relación entre sexo y masculinidad, se podría explicar por la probabilidad de que los hombres de la muestra parecían ser menos masculinos que los de la población en general.

En general, las motivaciones para someterse a una cirugía cosmética se han categorizado en: (a) internas, por ejemplo, el deseo de incrementar la autoestima; o (b) externas, por ejemplo, para complacer o conseguir una pareja romántica (Edgerton y Knorr, 1971). Aunque en la práctica clínica es difícil diferenciar entre ambos tipos de motivaciones, se ha encontrado que existen mayores probabilidades de que las pacientes con motivaciones internas logren sus metas post-operatorias (Honigman, Phillips y Castle, 2004).

Esto último fue encontrado por Uribe (2008), cuando realizó estudio exploratorio y descriptivo de la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post operadas de cirugía estética de mamas. Desde una aproximación cualitativa, se planteó los siguientes objetivos: explorar el proceso de toma de decisión de someterse a la intervención quirúrgica de mamas, explorar las expectativas de cambios psicológicos luego de la intervención quirúrgica, comprender el proceso de ajuste psicológico posterior a la intervención y, por ultimo, comprender el significado de la cirugía estética de mamas como un fenómeno social en base al contexto y al tiempo.

Para esto llevó a cabo dos grupos focales conformados por un total de 12 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 31 años, quienes habían vivido la experiencia de haberse sometido a una mamoplastia de aumento. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temática, a partir de lo cual encontró que las participantes describieron diversas motivaciones para someterse a la cirugía, entre las que destacan: la inconformidad con el tamaño, la moda, insatisfacción con la forma en que lucen la ropa, el intento por exaltar una feminidad amenazada por el tamaño pequeño de los pechos. En cuanto a esto último, encontró que algunas participantes mencionaron que tener las mamas más grandes las hacía sentir femeninas, de esta manera el deseo de unos pechos grandes probablemente significa la posibilidad de compensar algunos de estos aspectos femeninos devaluados.

Además halló que, en muchas ocasiones, la mayoría de las participantes intentaron resaltar que se habían sometido a la operación para obtener un beneficio personal, tratando de aminorar el papel que las otras personas pudiesen tener en la toma de decisiones. Específicamente, negaban la participación de otras personas en la decisión de operarse los senos, de hecho, presentaban contradicciones en su discurso en tanto que aminoraban la importancia que le concedían al otro, en este caso su pareja, como factores que motivaron u obstaculizaron su experiencia, pero a la vez el hombre aparecía como un aliado indirecto que a través del financiamiento de la cirugía y otros cuidados que puede proveer luego de la misma, muestra su aprobación o no de la decisión.

En esta misma línea de investigación, Thorpe, Ahmed y Steer (2004; cp. Uribe, 2008) realizaron un estudio mediante el cual pretendían explorar acerca de las razones para realizarse una cirugía estética, que consideraron 7 mujeres, entre 34 y 55 años, que habían decidido someterse a una cirugía estética. Esto se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas que fueron luego analizadas cualitativamente por una versión adaptada del método interpretativo – fenomenológico.

Los resultados de esta investigación arrojaron cuatro temas principales dentro de los contenidos discutidos por las participantes de la investigación: (a) lo apropiado de la edad, se refiere a que la cirugía les permitiría lograr que sus cuerpos representaran la edad real o la edad con la que se identificaran; (b) integridad del

cuerpo, se refiere a la sensación de que la parte que deseaban cambiar no encajaba con su cuerpo y que la cirugía permitiría lograr esa identidad perdida; (c) queriendo lucir normal, se refiere al deseo de las participantes de querer lucir como las demás personas y no sentirse diferentes por esa parte del cuerpo rechazada; y (d) factores psicológicos, que engloba aspectos tales como la autoconfianza, la autoestima, el afecto y la imagen corporal (Thorpe, Ahmed y Steer, 2004; cp. Uribe, 2008). Es conveniente señalar, los autores destacaron que una limitación de su investigación fue la edad de las participantes quienes al pertenecer a la categoría de edades pre y post menopáusica, pueden tener expectativas distintas a otro grupo de edad en relación a su aspecto físico.

En esta misma línea de investigación, Gagné y McGaughey (2002), realizaron un estudio en el cual se pretendía indagar sobre la experiencia de someterse a una mamoplastia voluntariamente. La muestra incluía a 15 mujeres que habían decido practicarse un aumento, una disminución o una reconstrucción luego de una cirugía cosmética de mamas. Para esto realizaron entrevistas semi-estructuradas y analizaron los datos cualitativamente, y encontraron que los temas importantes fueron los siguientes. Las mujeres reportaron variados motivos para operarse, algunas pretendían aumentar las interacciones sociales luego de la cirugía, y otras deseaban una mayor confianza y autoestima. Otro tema importante que mencionaron fue la necesidad de lograr la normalidad de sus cuerpos, y el deseo de lucir atractivas para los hombres.

Además de estos temas, identificaron tres factores sociales que fueron discutidos en las entrevistas: los medios de comunicación, la moda y las otras mujeres. Respecto a este último tema, las entrevistadas pensaban que las mujeres en general compartían patrones de belleza culturales y que, constantemente estaban comparando sus cuerpos con los de otras mujeres, atribuyendo que estas comparaciones estaban influidas por el poder de los medios de comunicación.

En esta misma línea de investigación, el Ministerio de la Familia (1987) encontró que los medios de comunicación social presentaban una imagen estereotipada de la mujer, como un ser pasivo, e inducían cambios en las actitudes de las mismas, con el objetivo de que buscaran eliminar lo "no atractivo", lo

"antiestético". De esta manera, el mensaje era buscar la perfección física a través de los cosméticos, productos y tratamientos embellecedores, siendo la publicidad la principal afianzadora de tales tratamientos y sometimientos, en tanto utiliza la imagen femenina como un estímulo visual para vender productos.

En base a todas las variables expuestas anteriormente, es importante considerar que mediante las cirugías estéticas el cirujano puede mejorar las formas físicas más no los problemas personales que puedan llevar a las personas a querer someterse a una cirugía estética, y que el fundamental problema puede ser que las personas creen que su vida cambiará luego de la cirugía (Mottura, 1993).

De hecho, muchas veces la persona que solicita una cirugía estética ni siquiera está clara del motivo de consulta. En algunos casos, simplemente tiene un malestar con respecto a alguna parte de su cuerpo que no les satisface del todo y pide al médico que les diga qué cambiar. Otros tienen expectativas demasiado altas con respecto a la cirugía, una gran idealización de los resultados, y se olvidan de que el objetivo de la misma es eliminar el problema físico que les molesta, y que las metas de éxito personal, profesional o amoroso no los alcanzarán a través del bisturí (Mottura, 1993).

Por esta razón, es necesario señalar que la cirugía estética difiere de cualquier otro procedimiento quirúrgico en que es solicitada por el paciente y no por el médico, y es por esto que los cirujanos deberían reconocer el complejo entorno psicológico del procedimiento estético. Es decir, antes de entrar a la sala de cirugía, es esencial evaluar la condición psicológica del paciente, ya que las primeras impresiones del cirujano, permitirían establecer si el paciente presenta las condiciones más convenientes para realizar un procedimiento quirúrgico aceptable (Coiffman, 2006).

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre las variables edad, rol sexual, estima corporal y las creencias acerca de la mamoplastia de aumento, y cómo éstas influyen sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, en una muestra de mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 54 años, de la ciudad de Caracas.

III. MÉTODO

Problema

¿Cuál es la relación entre la edad, el rol sexual, la estima corporal y las creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, y cómo influyen éstas variables sobre la intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento?

Hipótesis

General

Las mujeres de menor edad, con alta masculinidad, baja estima corporal y creencias positivas acerca de la Mamoplastia de Aumento, tendrán mayor intención de realizarse el procedimiento quirúrgico estético de Mamoplastia de Aumento.

Específicas

Las hipótesis específicas que se pretenden verificar son las planteadas en el siguiente Modelo de Ruta (ver Figura 1).

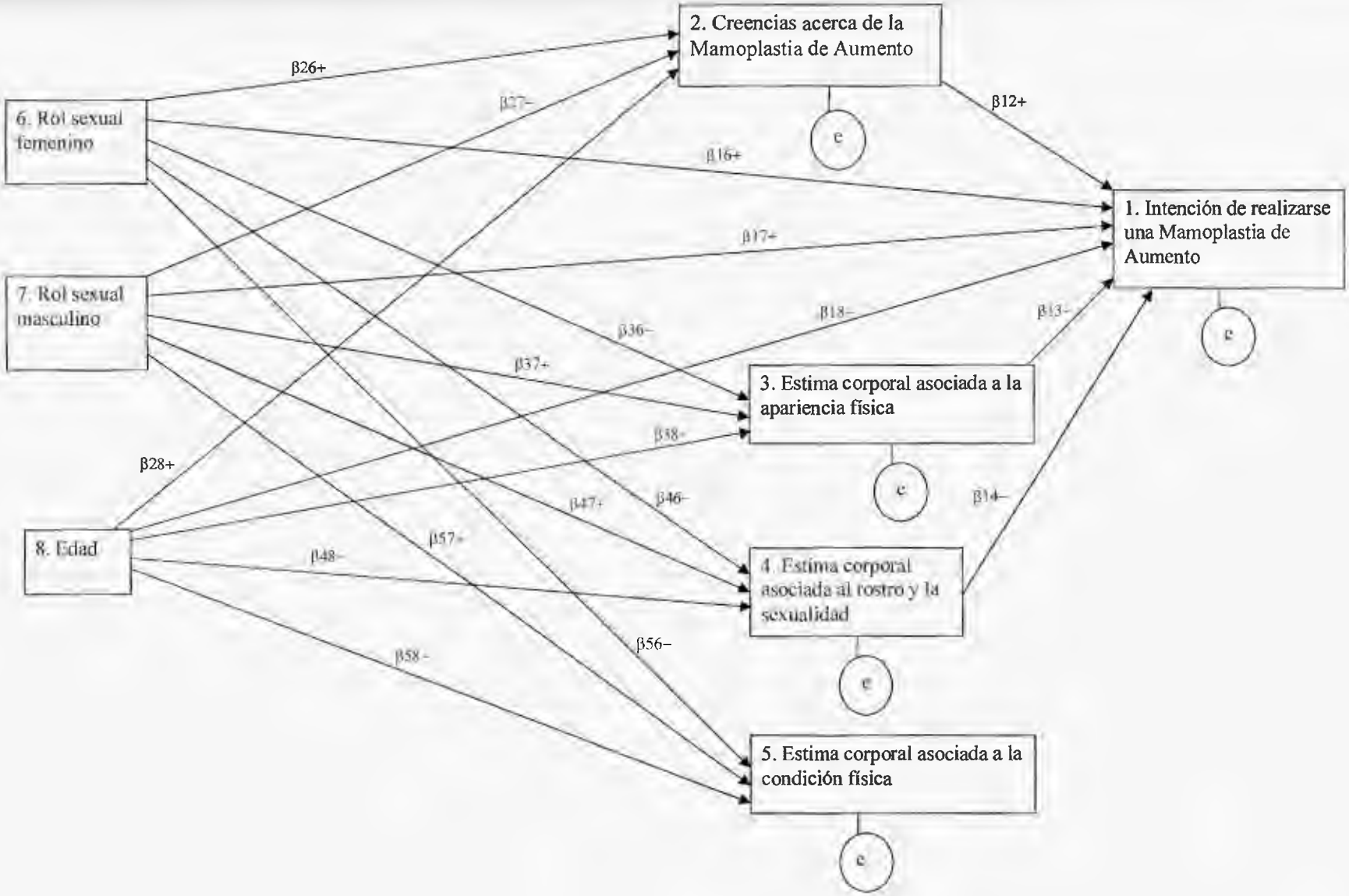


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto

Variables

Variables Endógenas

1. Intención de realizarse Mamoplastia de Aumento:

Definición conceptual: Probabilidad para realizar determinada conducta (Ajzen, 1985). Específicamente la probabilidad de que la persona recurra al procedimiento de Mamoplastia de Aumento.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la escala de Intención de realizarse Mamoplastia de Aumento que fue creada para fines de la presente investigación (ver Anexo A), cuya medida va del 0 al 10, donde a mayor puntuación, mayor probabilidad para realizar el comportamiento en los próximos 10 años.

2. Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento:

Definición conceptual: Son los juicios y percepciones que se adquieren mediante la experiencia directa con el objeto de la actitud y la información conexa procedente de varias fuentes (Schiffman y Kanuk, 2001). Para esta investigación se entiende como creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento a los juicios y percepciones que tengan las personas sobre dicho procedimiento.

Definición operacional: Puntaje obtenido por la persona en la escala de creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento creada para fines de la presente investigación (ver Anexo B). Esta escala se divide en dos dimensiones las cuales son: (a) Creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; y (b) Creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres. Se obtuvo el puntaje para cada participante en cada una de las dimensiones, donde a mayor puntaje, mayores creencias positivas acerca de esta cirugía.

3. Estima corporal:

Definición conceptual: Sentimientos de satisfacción que presenta el individuo con las variadas partes y procesos de su propio cuerpo (Secord y Jourard, 1953).

Definición operacional: Puntuación obtenida por el individuo en la Escala de Estima Corporal de Franzoi y Shields creada en 1984, traducida y validada en la investigación realizada por Mundarain y Rotker (2001) y reevaluada por Ramírez y Rodríguez (2008) (ver Anexo C). La estima corporal se evalúa en función de tres subescalas: (a) estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso; (b) estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad; y (c) estima corporal relacionada con la condición física. El puntaje se obtiene a través de la sumatoria por cada subescala, donde a mayor puntuación, mayor estima corporal en la dimensión referida.

Variables Exógenas

1. Rol Sexual:

Definición conceptual: Se refiere a los comportamientos, sentimientos y actitudes que se consideran propios del hombre o de la mujer. Tiene, en este sentido, una base más cultural (Money, 1975). Específicamente, la feminidad y la masculinidad se definen como el conjunto de cualidades tradicionalmente atribuidas a la mujer o al hombre, respectivamente.

Definición operacional: Puntaje obtenido en la escala de masculinidad-feminidad de Bem (1974), adaptada al castellano por Calatayud, Hernández, Ortiz, Rodríguez y Villaroel en el 2004, revisada por Charaf y Montiel en 2007 y por Ramírez y Rodríguez en el año 2008 (ver Anexo D). Se obtiene una puntuación para cada uno de los individuos en dos dimensiones: masculinidad y feminidad, donde mayor puntaje en los ítems considerados como masculinos indica que el individuo muestra características masculinas, y mayor puntaje en los ítems considerados como femeninos indican que el individuo muestra características femeninas.

2. Edad:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. (Real Academia Española, 2009).

Definición operacional: Número de años escrito en el espacio correspondiente a la edad, en la escala de datos de identificación que fue creada para fines de la presente investigación (ver Anexo E).

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es una investigación no experimental, ya que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables (Kerlinger y Lee, 2002). Específicamente se estudian las relaciones entre las variables edad, rol sexual, estima corporal y creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento y el efecto que tienen éstas variables, tanto individual como grupal, sobre la variable intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento. Además es un diseño transversal, ya que las respuestas de los individuos se registran en un momento discreto en el tiempo (Kerlinger y Lee, 2002).

De igual manera es una investigación de tipo explicativo, se basa en un diseño de rutas, en el cuál se utiliza un diagrama para representar de manera gráfica las relaciones de causalidad que se supone existen en un conjunto de variables. En este diseño se plantea un número de rutas para estudiar hipótesis complejas y se calculan las influencias directas e indirectas entre las variables exógenas (edad) y endógenas (rol sexual, estima corporal y Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento e intención de realizarse Mamoplastia de Aumento) sobre las variables endógenas (Kerlinger y Lee, 2002).

Para realizar este análisis, el modelo debe reunir las siguientes características: sistema de variables cerrado, relaciones causa-efecto, linealidad en las relaciones y,

las variables incluidas deben tener un nivel de medida de intervalo o razón, además no debe existir correlación entre las variables residuales (Sierra-Bravo, 1981).

Estrategias de control

Constancia en la secuencia de administración de los instrumentos: de forma intencionada se administraron los instrumentos en un mismo orden para todas las participantes, el cual fue: (a) Datos de identificación; (b) Información referida a cirugías estéticas realizadas previamente y grado de satisfacción asociado a las mismas; (c) Escala de intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento; (d) Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento; (e) Escala de estima corporal; y por último, (f) Escala de rol sexual.

Instrucciones de aplicación del cuestionario: para lograr una estandarización se aplicaron las mismas instrucciones por escrito a todas las participantes.

Afección médica: pregunta introducida en el cuestionario, en la cual se consultó a las participantes si se habían sometido o iban a someterse a la Mamoplastia de Aumento por alguna afección médica tal como: cáncer de mama que conlleva a la mastectomía, deformación, etc.

Sexo: se controló por medio de la homogenización, sólo se escogieron mujeres.

Historia de cirugía estética: se les preguntó a las participantes si se habían realizado alguna cirugía estética, cuantas y cuál fue su satisfacción general respecto a los resultados obtenidos. No se incluyeron en la investigación mujeres que se hubiesen realizado mamoplastia de aumento.

Población y muestra

Población: Mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años.

Muestra definitiva: 500 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Específicamente se seleccionaron 125 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 24 años, 125 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años, 125 con edades comprendidas entre 35 y 44 años, y 125 con edades comprendidas entre 45 y 54 años de edad.

Primera muestra piloto: 80 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Específicamente se seleccionaron 20 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 24 años, 20 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años, 20 con edades comprendidas entre 35 y 44 años, y 20 con edades comprendidas entre 45 y 54 años de edad. A estas mujeres se les administró una encuesta de preguntas abiertas acerca de la Mamoplastia de Aumento (ver Anexo F), con el objetivo de realizar una exploración de las creencias en torno a este procedimiento quirúrgico.

Segunda muestra piloto: 200 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Específicamente, se seleccionaron 50 mujeres con edades comprendidas entre 15 y 24 años, 50 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 34 años, 50 con edades comprendidas entre 35 y 44 años, y 50 con edades comprendidas entre 45 y 54 años de edad. A estas mujeres se les administró una escala referente a las creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (ver Anexo G), la cual fue construida a partir de los contenidos encontrados en la encuesta de preguntas abiertas que se le aplicó a la primera muestra piloto.

El *tipo de muestreo* empleado fue no probabilístico ya que los participantes no fueron seleccionados al azar de la población o universo para formar parte de la muestra, sino de acuerdo a un criterio del investigador, en este caso fue en base a los siguientes criterios: (a) edad; y (b) sexo. Por otro lado, según la clasificación de Kerlinger y Lee (2002) dentro del muestreo no probabilístico, se utilizó el muestreo intencional que se caracteriza por el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir grupos que se presume son típicos en la muestra (mujeres con edades comprendidas entre 15 y 54 años).

Instrumentos

Descripción general del cuestionario del estudio

En el cuestionario que se le presentó a la muestra final del estudio, se incluyó en primer lugar una breve descripción del tema de investigación, seguido de la petición de la colaboración de la participante, resaltando luego la confidencialidad de la información que suministró la persona y agradeciendo su colaboración.

Luego se pidió la siguiente información, con un espacio determinado para la respuesta: (a) Edad; (b) Cantidad de cirugías estéticas realizadas; y (c) Tipo de cirugía estética realizada y grado de satisfacción general asociado a las mismas (ver Anexo E).

Seguidamente estuvo la escala de Intención de realizarse Mamoplastia de Aumento, luego la escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, escala de Estima Corporal, y por último escala de Rol Sexual. A continuación se discutirá con detalle aspectos relevantes de cada una de las escalas, referidos a la confiabilidad y validez de las mismas.

Escala de Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento

Este instrumento fue creado para fines de la presente investigación (ver Anexo A), en base a la escala de intención de realizarse una liposucción, creada por Ramírez y Rodríguez (2008), ya que se empleó el mismo diseño de esa escala pero adaptando el contenido de la misma al del presente estudio, específicamente, al de Mamoplastia de Aumento. Específicamente estos autores midieron esa variable mediante el siguiente planteamiento: "En los próximos diez años, tengo la intención de realizarme una liposucción", el participante debía dar su respuesta marcando con una equis (X) en el espacio correspondiente en una escala del 0 al 10, donde 0 indicaba: con toda seguridad no me la realizaría, y 10: con toda seguridad sí me la realizaría. Por tanto a mayor puntuación, mayor intención de realizarse la operación.

Este modo de medición se sustenta al conceptualizar la intención como la probabilidad que tiene el individuo de realizar determinado comportamiento (Ajzen, 1985), de manera que se planteó una versión para representar la escala de probabilidad que típicamente va de 0 a 1, donde 0 representa un evento imposible y 1 un evento seguro, pero en esa investigación esta escala fue extendida del 0 al 10, para evitar el uso de decimales y facilitar el proceso de respuesta de los participantes.

Es conveniente señalar que este planteamiento fue presentado ante cinco jueces, cada uno experto en al menos una de las siguientes áreas: psicometría, estadística, metodología y psicología social.

Luego aplicaron esta escala en una fase de test a su primera muestra piloto (75 estudiantes de la UCAB de las carreras: Derecho, Psicología y Economía), y luego de cinco semanas contactaron nuevamente a los mismos participantes y le administraron el mismo planteamiento, constituyendo esta la fase del re-test. Cabe destacar que sólo lograron contactar nuevamente a 42 participantes, los cuales constituyeron la muestra definitiva para el cálculo de la confiabilidad del planteamiento. Para poder aparear las respuestas de los participantes, en cada una de las fases, tanto test como re-test, les pidieron a los individuos que indicaran los cuatro últimos dígitos de su cédula de identidad, lo cual garantizaría además la confidencialidad de sus respuestas.

Posteriormente, procedieron a calcular la confiabilidad del instrumento por medio del test-retest, y obtuvieron un coeficiente de correlación Spearman's rho de 0.877, con una significancia asociada de $p<.000$, dado lo cual puede considerarse que la medida es confiable.

En vista de que esta escala ya se encontraba validada por Ramírez y Rodríguez (2008), no fue necesario realizar un análisis de confiabilidad y validez a la misma en la presente investigación, puesto que el diseño fue el mismo que emplearon estos autores, y lo único que varió fue el objeto a investigar (Mamoplastia de Aumento en lugar de liposucción).

Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento

Este instrumento fue diseñado para fines de la presente investigación, siguiendo los pasos llevados a cabo por Ramírez y Rodríguez (2008), al construir la escala de creencias acerca de la liposucción que utilizaron en su investigación.

En primer lugar se realizó una exploración de las creencias en torno a la Mamoplastia de Aumento mediante la aplicación de la encuesta a la primera muestra piloto (ver Anexo F), la cual estaba conformada por 80 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años.

Una vez aplicada la encuesta, se realizó un análisis de contenido de la información obtenida (ver Anexo H), y a partir de dicho análisis se redactaron los ítems que conformarían la escala y se construyó una primera versión de la misma. Dicha versión inicial fue presentada ante cinco jueces, cada uno experto en al menos una de las siguientes áreas: psicometría, estadística, metodología y psicología social (Carta a jueces, ver Anexo I); y posteriormente, se realizaron las modificaciones propuestas por los jueces antes de aplicarla.

De esta manera la escala quedó conformada por 28 ítems referidos a creencias tanto positivas (14 ítems) como negativas (14 ítems) acerca de la Mamoplastia de Aumento (ver Anexo G), y cada uno de los ítems debía ser puntuado en una escala tipo Likert de cinco puntos, los cuales representan: 1, totalmente en desacuerdo; 2, en desacuerdo; 3, indiferente; 4, de acuerdo; y 5, totalmente de acuerdo.

Esta escala fue aplicada a 200 mujeres de la ciudad de Caracas con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Luego se realizó la codificación de la base de datos en el programa SPSS versión 17.0 y la tabulación de las respuestas de los individuos en la misma. Es conveniente señalar que la escala se corrigió en sentido de creencias positivas, por lo que a mayor puntuación, mayor creencias positivas y menos creencias negativas, dado lo cual se invirtieron los ítems 2, 4, 5, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 28 antes de realizar los análisis correspondientes.

Al realizar el análisis de la confiabilidad de esta escala (ver Anexo J), se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.848. Además, se pudo observar que casi todos los ítems presentaron correlaciones entre medias y altas con el puntaje total (entre 0.212 y 0.626) a excepción de los ítems 2, 5 y 22 que obtuvieron correlaciones más bajas (0.1604, 0.1695 y 0.1527 respectivamente). Aunado a esto, se encontró que la consistencia interna del instrumento no aumentaba de manera significativa cuando cualquiera de los ítems era extraído.

Se realizó un análisis factorial con los 28 ítems de dicha escala, utilizando un autovalor de 1.5. Se obtuvieron tres componentes significativos, los cuales tenían un autovalor de 6.31, 4.177 y 1.645 respectivamente y explicaban el 21.77%, 14.78% y 6.77% de la varianza respectivamente, siendo 43.325% el total de la varianza explicada por esos tres componentes.

Al revisar la matriz de componentes rotados, se observó que en el primer componente cargaron de manera significativa los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 20, 21, 23, 24 y 27 por lo cual se denominó a este componente como "Creencias Positivas acerca de la Mamoplastia de Aumento". En el segundo componente cargaron de manera significativa los ítems 4, 5, 8, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26 y 28 por lo cual se denominó "Creencias Negativas acerca de la Mamoplastia de Aumento". En el tercer componente cargaron de manera significativa los ítems 1, 6, 13 y 22, y puesto que este componente no presentó una estructura conceptual definida se eliminaron los ítems 13 y 22 para la escala definitiva, y los ítems 1 y 6 se dejaron en el primer factor puesto que también cargaron significativamente en este. Además, se decidió eliminar el ítem 2 puesto que no cargó en ningún componente. De esta manera la escala definitiva estuvo compuesta por 25 ítems (ver Anexo B)

En conclusión, a partir de lo analizado anteriormente se evidencia que la escala puede ser considerada como confiable y válida, y la última versión se incluyó en el cuestionario final que fue aplicado a la muestra definitiva.

Escala de Estima Corporal

Esta escala fue construida por Franzoi y Shields (1984) a partir de la escala de Catexia-Corporal de Secord y Jourard en 1953, la cual estaba compuesta por 46 ítems, para ello Franzoi y Shields eliminaron los ítems que tenían baja carga factorial e incluyeron 16 nuevos basándose en su relevancia hipotética, de esta forma obtuvieron un cuestionario de 39 ítems. Luego de un segundo análisis eliminaron 4 ítems, quedando la versión final de la escala compuesta por 35 ítems (ver Anexo C).

Mundarain y Rotker (2001) realizaron la traducción de esta última escala del inglés al español. La sometieron a evaluación de los jueces expertos, realizaron los cambios recomendados y realizaron un estudio piloto respecto a su comportamiento. En una muestra de 126 estudiantes universitarios obtuvieron una confiabilidad por medio del coeficiente estandarizado Alpha de Cronbach de 0.89.

Empleando un análisis de componentes principales, con rotación Varimax y fijando tres factores, encontraron que para la población general los factores era: (a) estima corporal relacionado con el cuerpo y la condición física, conformada por los ítems: 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 29, 30, 33 y 35; (b) estima corporal relacionada con la sexualidad, ítems: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 26, 28, 30, 31 y 32; y (c) estima corporal relacionada con elementos del rostro, ítems: 6, 11, 13, 20, 21, 22, 23, 25, 27 y 34. En conjunto los tres factores explicaban el 36.88% de la varianza total.

Luego en el estudio definitivo de Mundarain y Rotker (2001) el cual estaba conformado por una muestra de 684 estudiantes, obtuvieron respecto a esta escala de estima corporal que la confiabilidad fue de 0.92, obtenida mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach. Luego se realizó un análisis de componente principal con rotación Varimax, en el cual se obtuvieron tres factores que explicaban en total el 41.76% de la varianza. Considerando como significativas las cargas factoriales mayores a 0.40, el primer factor explicaba 14.54% de la varianza y se denominó condición física dado que hace referencia a partes y funciones corporales asociadas al estado y apariencia física, estaba compuesto por los ítems: 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 23, 24, 25, 29, 33 y 35. El segundo factor explicaba 14.19% de la

varianza y se denominó vitalidad debido a que estaba referido a la energía física y sexual de la persona, estaba compuesto por los ítems: 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 26, 28, 30, 31 y 33. Y el tercer factor explicaba 13.03% de la varianza y fue denominado corpóreo/sensorial debido a que hace referencia a partes del cuerpo relacionadas con los órganos y funciones sensoriales, estaba compuesto por los ítems: 1, 3, 6, 11, 13, 21, 22, 26, 27, 28 y 34.

Luego, en el estudio realizado por Moreau y Pocaterra (2004) a una muestra de 458 individuos, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93, lo cual indica que posee una alta consistencia interna. Al realizar el análisis factorial de componentes principales se encontraron tres factores, los cuales explicaron en conjunto el 44% de la varianza total, encontrándose que el primero explicaba el 16.13%, el segundo el 15, 55% y el tercero el 12.86%. Considerando como significativas las cargas factoriales mayores a 0.40, el primer factor se denominó estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, ya que comprende parte de la cara y funciones sexuales, este factor está compuesto por los ítems: 1, 3, 6, 11, 13, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 31 y 34. El segundo factor fue denominado estima corporal relacionada con la apariencia física, ya que describe partes y funciones del cuerpo a las que se les da importancia socialmente, este factor está compuesto por los ítems: 2, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 23, 24, 25, 29 y 35. El tercer factor fue denominado estima corporal relacionada con la condición física, dado que hace referencia a funciones relacionadas con la actividad física, estaba compuesto por los ítems: 4, 5, 7, 9, 15, 17, 30 y 33.

Por su parte Ramírez y Rodríguez (2008), al realizar el análisis de la confiabilidad de la escala de estima corporal obtuvieron un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.925 con una muestra de 453 personas. Además es importante considerar que todos los ítems presentaron una alta correlación con el puntaje total (entre 0.311 y 0.654). De igual manera, ningún ítem generó que aumentara de manera significativa la consistencia interna del instrumento si era extraído. Asimismo, se realizó un análisis factorial a dicha escala por el método de componentes principales para los 35 ítems, utilizando un autovalor de 1.5. Se obtuvieron tres componentes, los cuales tenían un autovalor de 10.214, 2.878 y 1.726 respectivamente y explicaban el 15.859%, 15.614% y 10.865% de la varianza

respectivamente, siendo 42.338% el total de la varianza explicada por esos tres componentes.

Al revisar la matriz de componentes rotada por el método Varimax se observó que en el primer componente cargaron con un criterio ≥ a 0.30 los ítems: 1, 3, 6, 11, 13, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 31, 32 y 34 dado lo cual se denominó a dicho componente: estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad. En el segundo componente cargaron los ítems: 2, 8, 10, 14, 16, 19, 23, 24, 25, 29, 30 y 35; por lo cual se denominó a éste componente como: estima corporal relacionado con la figura corporal y el peso. En el tercer componente cargaron los ítems: 4, 5, 7, 9, 12, 15, 17 y 33; por lo que se denominó a este componente como: estima corporal relacionada con la condición física.

En conclusión, a partir de lo analizado anteriormente se evidencia que esta escala puede ser considerada como confiable y válida, por lo que en el cuestionario final que fue aplicado a la muestra definitiva de la presente investigación, se administró la versión traducida y validada por Mundarain y Rotker (2001), que consta de 35 ítems.

Inventario del Rol Sexual de Bem

Diseñado por Bem en 1975, consta de 60 ítems, cada uno se puntúa en una escala tipo Likert de siete puntos que va de 1 a 7, siendo 1 nunca o casi nunca, y 7 siempre o casi siempre. Cada ítem constituye una característica de personalidad y el encuestado debe responder a cómo se percibe a sí mismo de acuerdo a cada reactivo. De estos ítems, 20 son típicamente masculinos (1, 3, 4, 7, 10, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 52, 55 y 58), 20 femeninos (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56, 59), 20 neutros (6, 9, 12, 13, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60) que sirven como medida de deseabilidad social en la respuesta (Hoffman y Borders, 2001).

Posteriormente este inventario de Rol Sexual fue adaptado al castellano por Calatayud, et al. (2004), fue sometido a revisión por parte de jueces expertos y al

realizar análisis factorial encontraron dos factores (masculinidad y feminidad) que explicaban el 24.17% de la varianza total.

Esta versión en castellano fue revisada por Charaf y Montiel (2007), quienes para fines de su investigación puntuaron cada uno de los ítems en una escala Likert de cinco puntos, que van de 1 (nunca o casi nunca es cierto) a 5 (siempre o casi siempre es cierto); esta versión fue utilizada en la presente investigación dado que es la mas actualizada en cuanto a revisión por jueces expertos, datos de confiabilidad y estructura factorial (ver Anexo D). Luego de aplicar la escala a una muestra de 163 mujeres, con edades comprendidas entre 17 y 26 años, obtuvieron que el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach fue 0.87, evidenciando que es confiable. Al realizar el análisis de componentes principales, obtuvieron tres factores: (a) femenino, compuesto por los ítems 1, 2, 5, 9, 11, 13, 15, 20, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 39, 41, 44, 45, 57, 59 y 60; (b) masculino, compuesto por los ítems 3, 4, 16, 19, 25, 28, 37, 43, 49 y 58; y (c) androginia negativa (6, 8, 12, 14, 18, 24, 36, 46, 48, 52, 53 y 55), los cuales explicaban en conjunto el 31% de la varianza total.

Con esta escala es posible tener cuatro grupos de clasificación: femenino, masculino, andrógino e indiferenciado; para hacer la clasificación de los encuestados en cada grupo es necesario obtener la puntuación mediana para cada una de las escalas (masculinidad, feminidad); quienes obtengan puntuaciones por encima de la mediana en escala de feminidad y por debajo de la mediana en la escala de masculinidad, se clasifican como femeninos; quienes obtengan puntuaciones por encima de la mediana en la escala de masculinidad y por debajo de la mediana en la escala de feminidad, se clasifican como masculinos; quienes obtengan puntuaciones iguales o mayores a la mediana en ambas escalas se clasifican como andróginos y por último, aquellos que obtengan puntuaciones iguales o menores a la mediana en ambas escalas se clasifican como indiferenciados. Cabe destacar que para la presente investigación no se clasificaron a las participantes en base a dichos grupos, sino que se obtuvo una puntuación general para cada sujeto en la subescalas de feminidad y masculinidad.

Tomando en cuenta esto último, Ramírez y Rodríguez (2008), realizaron una investigación empleando la versión realizada por Charaf y Montiel (2007) con una

muestra de 402 personas, con edades comprendidas entre 16 y 25 años, obtuvieron que el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach fue 0.875, evidenciando que es confiable. Al realizar el análisis de componentes principales, obtuvieron tres factores: (a) femenino, compuesto por los ítems 5, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 27, 29, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 56, 57 y 59; (b) masculino, compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 16, 19, 25, 28, 31, 34, 37, 43, 49, 51, 55 y 58; y (c) indiferenciado negativo (6, 12, 14, 18, 24, 26, 36, 46, 47 y 50), los cuales explicaban en conjunto el 30.713% de la varianza total. Además, encontraron que los ítems 22, 30, 35, 38, 48, 52, 53, 54 y 60 no cargaron en ninguno de los componentes. En este estudio, la escala de rol sexual quedó dividida en dos variables en el modelo final, cada una de estas correspondientes a los componentes de feminidad y masculinidad obtenidos en el análisis factorial final realizado a dicha escala. No incluyeron el componente indiferenciado negativo dentro del modelo debido a que en las hipótesis planteadas en su investigación no se incluyó ni se tomó en cuenta al mismo.

Procedimiento

Se construyó una encuesta compuesta por preguntas abiertas referidas a las creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, así mismo se realizó la escala de intención de realizarse Mamoplastia de Aumento. En cuanto a esto es importante resaltar que como los diseños de estos instrumentos se basan en los construidos por Ramírez y Rodríguez (2008), cambiando únicamente el contenido de los mismos, no fue necesario presentarlos ante jueces expertos.

Posteriormente, se administró la encuesta abierta de creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento a 80 mujeres de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Luego de estos, se realizó un análisis de contenido de la información obtenida, y a partir de dicho análisis se redactaron los ítems que conformaron la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento. Esta escala fue presentada ante cinco jueces, cada uno experto en al menos una de las siguientes áreas: psicometría, estadística, metodología y psicología social; y luego, se realizaron las modificaciones propuestas por los jueces antes de aplicarla.

Posteriormente, la escala fue aplicada a la segunda muestra piloto, la cual estaba conformada por 200 mujeres de la ciudad de Caracas con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Luego de esto se realizó la codificación de la base de datos en el programa SPSS versión 17.0 y la tabulación de las respuestas de los individuos en la misma. Es conveniente señalar que la escala se corrigió en sentido de creencias positivas, por lo que a mayor puntuación, mayores creencias positivas y, a menor puntuación, menores creencias positivas.

Se realizó un análisis psicométrico de dicho instrumento, específicamente, se calculó la confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach, y un análisis factorial por medio del método de componentes principales, utilizando un autovalor de 1.5 con rotación Varimax. Luego, se realizaron las modificaciones pertinentes a esta escala, creando así la versión definitiva de la misma.

Seguidamente, se diseñó y construyó el Cuestionario Final que fue aplicado a cada una de las integrantes de la muestra definitiva de estudio, modificando las instrucciones y otros elementos, de cada una de las escalas que lo compuso, y determinando en qué orden debían estar dispuestas las mismas.

Posteriormente, se realizó la codificación en digital de la base datos en el programa estadístico SPSS 17.0 y se llevó a cabo la tabulación de las respuestas de cada una de las participantes. En principio, se realizó el análisis psicométrico (confiabilidad y validez) de los instrumentos utilizados. Así mismo, se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, moda y mediana), dispersión (desviación estándar) y forma (kurtosis y asimetría), con el fin de evaluar el comportamiento de los puntajes obtenidos en las diferentes variables en el modelo definitivo.

Luego se verificó el cumplimiento de los supuestos del análisis de regresión en torno a cada una de las variables endógenas propuestas en el análisis de ruta: (a) los errores son aleatorios, (b) por lo tanto los errores no correlacionan entre sí y (c) su distribución es normal. Una vez evaluados los mismos, se verificaron las hipótesis planteadas en el análisis de ruta, mediante un análisis de regresión múltiple, para

cada una de las variables endógenas del modelo, tomando en cuenta para cada caso el coeficiente de regresión múltiple, el coeficiente de determinación múltiple ajustado, el valor de la F, su significancia asociada, el Beta para cada una de las variables predictoras y el componente de error asociado a cada variable endógena (1-R^2ajustado).

Habiendo verificado las hipótesis planteadas, se llevó a cabo el montaje del modelo de ruta final, para así discutir los resultados obtenidos relacionándolos con las investigaciones previas y concluir acerca de la investigación, recomendaciones para investigaciones posteriores, indicando además las limitaciones de la presente investigación.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis de contenido de los datos encontrados a partir de la encuesta abierta de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.

Posteriormente, para lograr la validez de contenido de la escala cerrada de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, esta se presentó a seis jueces, cada uno experto en al menos una de las siguientes áreas: psicometría, estadística, metodología y psicología social.

En base a los resultados obtenidos en la muestra piloto, se realizó un análisis psicométrico de la escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, específicamente, confiabilidad por medio del método de consistencia interna Alpha de Cronbach y estructura subyacente por medio del análisis factorial.

Aunado a esto, en base a los resultados obtenidos en la muestra definitiva, se realizaron los análisis psicométricos (confiabilidad por medio del método de consistencia interna Alpha de Cronbach y estructura subyacente por medio del análisis factorial) de los siguientes instrumentos: escala de Estima Corporal, escala de Rol Sexual, la escala definitiva de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.

Posteriormente, se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, moda y mediana), dispersión (desviación estándar) y forma (kurtosis y asimetría), con el fin de evaluar el comportamiento de los puntajes obtenidos en las diferentes variables en el modelo definitivo.

Por otra parte, para realizar la comprobación de las hipótesis de investigación se procedió en principio a verificar el cumplimiento de los supuestos del análisis de regresión, base del modelo de ruta planteado. Para comprobar que los errores no se correlacionaban entre sí, se calculó el estadístico Durbin-Watson; para verificar que los errores se distribuían de manera aleatoria, se analizó la gráfica PPplot; para comprobar si los errores se distribuían de manera normal, se calculó la media y la desviación de los residuales (esperando valores cercanos a 0 y 1, respectivamente) y, además, se verificó la distribución de los extremos, esperando que se encontraran entre +3 y -3.

Para verificar si cada una de las variables predichas (endógenas) se distribuyó de manera normal, se analizó la gráfica QQplot. Aunado a esto, para comprobar que no existiese multicolinealidad entre las variables predictoras para cada una de las regresiones del modelo, se analizaron las correlaciones simples entre las variables predictoras.

Por último, se llevó a cabo la verificación de las hipótesis planteadas en el análisis de ruta, mediante un análisis de regresión múltiple, para cada una de las variables endógenas tomando en cuenta para cada caso el coeficiente de regresión múltiple, el coeficiente de determinación múltiple ajustado, el valor de la F, su significancia asociada y el Beta para cada una de las variables predictoras y el componente de error asociado a cada variable endógena. El análisis del las variables se realizó comenzando por la variable endógena ubicada en el extremo derecho del diagrama, hasta llegar a la última ubicada en el extremo izquierdo del mismo.

Cabe destacar que todos estos procedimientos estadísticos se realizron en el programa estadístico SPSS 17.0, con la previa codificación en digital de la base datos y la tabulación de las respuestas de cada una de las participantes.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la presente investigación se tomaron en cuenta los problemas éticos que afectan al ámbito de la investigación psicológica. De esta manera, los autores de la investigación asumieron la responsabilidad sobre sus actos en la conducción de la misma, puesto que la afiliación institucional no sustituye la responsabilidad individual (Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello, 2002).

Además, el estudio se realizó bajo la supervisión de personas técnicamente entrenadas y científicamente certificadas. Aunado a esto, las personas a las que se le aplicó la batería de instrumentos tuvieron la absoluta libertad de aceptar o rechazar participar en el estudio, y se les informó de manera general sobre la naturaleza, alcances y fines de la investigación (Salkind, 1981).

Se les anticipó a las participantes que la investigación no les traería beneficios directos sino que sólo implicaba fines investigativos. Además, se les garantizó el anonimato y confidencialidad de la información brindada. Por último, los autores de la investigación se responsabilizaron de la divulgación cabal de los resultados.

En cuanto a esto, se garantizó que el análisis de los datos se ajuste a las características de la información obtenida de acuerdo a los estándares metodológicos, así como la objetividad de los resultados y la interpretación de los mismos de acuerdo a los lineamientos teóricos del estudio.

Otro aspecto a considerar es que se garantizó, que una vez finalizada la investigación, si la participante lo requería, se compartirían los resultados con ésta y se aclararían las discrepancias percibidas por ella, en caso de que existieran (Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello, 2002).

IV. ANALISIS DE RESULTADOS

Análisis psicométrico de los instrumentos

Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento

Es importante destacar en primer lugar que se invirtieron los ítems 3, 4, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22, 23 y 25 antes de realizar los análisis correspondientes, con el objetivo de corregir la escala en sentido de creencias positivas, por lo que a mayor puntuación mayores creencias positivas.

Posteriormente, se procedió a realizar el análisis de la confiabilidad de la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento con los datos de la muestra definitiva (ver Anexo K), y se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.827, con una N de 471 mujeres. Además, se pudo observar que todos los ítems presentaron correlaciones positivas con el puntaje total, y la mayoría de estas fueron entre medias y altas (entre 0.227 y 0.560) a excepción del ítem 7 que obtuvo una correlación más baja (0.186). Aunado a esto, se encontró que la consistencia interna del instrumento no aumentaba de manera significativa cuando cualquiera de los ítems era extraído.

Dado lo anterior se puede indicar que el instrumento presenta un alto nivel de consistencia interna, por esto se puede asumir como una medida confiable de las creencias acerca de la mamoplastia de aumento. Además, previo a realizar el análisis factorial se procedió a comprobar el supuesto de intercorrelación entre las variables que se incluirían en el análisis, por medio de la prueba de Esfericidad de Barlett, mediante la cual se comprobó que la matriz de correlación tuvo correlaciones significativas al menos entre algunas variables (χ^2=4158.92, p<0.000).

Por otra parte, se empleó el método de componentes principales con rotación Varimax para realizar un análisis factorial con los 25 ítems de dicha escala, utilizando un autovalor de 1.5. Se obtuvieron tres componentes significativos, los cuales tenían un autovalor de 5.881, 4.283, 1.508; y explicaban el 22.224%, 17.155%

y 7.311% de la varianza respectivamente, siendo 46.69% el total de la varianza explicada por esos tres componentes (ver Anexo K).

Para asignar cada ítem dentro de los componentes se asumió como criterio que la carga factorial (correlación del ítems con el componente) debía ser mayor a 0,3, de esta manera al revisar la matriz de componentes rotados, se observó que en el primer componente cargaron de manera significativa los ítems 2, 6, 8, 11, 13, 18, 19, 20, 21 y 24 por lo cual se denominó a este componente como "Creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales". Esta dimensión está compuesta por ítems asociados a que la mamoplastia de aumento garantiza mayor aceptación social, mejora la apariencia física y aumenta la confianza y seguridad en sí misma, entre otros.

En el segundo componente cargaron de manera significativa los ítems 3, 4, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22, 23 y 25 por lo cual se denominó "Creencias de que la mamoplastia no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres". Esta dimensión está compuesta por ítems asociados a que la mamoplastia de aumento no puede llevar a la muerte y tampoco conlleva a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención, no hace lucir plásticas a las mujeres, entre otros.

En el tercer componente cargaron de manera significativa los ítems 1, 5 y 9, ya que los ítems de este tercer componente son similares en contenido a los del primero, se decidió dejarlos en este último, por lo que el primer factor quedó compuesto por los ítems 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 21 y 24, para efectos de los análisis estadísticos (ver Tabla 1).

Finalmente, la escala de creencias acerca de la mamoplastia de aumento quedó dividida en dos dimensiones en el modelo final del estudio, las cuales se corresponden con los dos componentes obtenidos en el análisis factorial de dicha escala (creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales y, creencias de que la mamoplastia no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres). De modo tal, que los individuos fueron puntuados en cada una de estas variables.

Tabla 1. *Matriz de Componentes Rotados para la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.*

	Componentes		
	1	2	3
1. Garantiza mayor aceptación social.	**,306**	,022	,577*
2. Ayuda a sentirse más atractiva.	**,698***	-9,502E-5	,239
3. Favorece la aparición de cáncer de seno.	,025	**,507***	-,012
4. Puede conllevar a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención.	-,075	**,536***	,334
5. Ayuda a conseguir pareja.	**,320**	-,109	,712*
6. Mejora la apariencia física.	**,756***	,005	,118
7. Tiene una recuperación difícil y dolorosa.	-,157	**,544***	,084
8. Mejora la autoestima.	**,702***	,052	,265
9. Permite disfrutar más la sexualidad.	**,495**	,046	,528*
10. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres.	,162	**,647***	-,123
11. Permite mejorar las proporciones del cuerpo.	**,674***	-,025	,084
12. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual.	,053	**,618***	-,222
13. Aumenta la confianza y seguridad en sí misma.	**,678***	,073	,262
14. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis.	-,215	**,611***	,273
15. Puede generar dolores de espalda o musculares.	-,159	**,643***	,210
16. Disminuye la sensibilidad de los senos.	-,045	**,670***	-,029
17. Puede llevar a la muerte.	-,076	**,674***	,038
18. Ayuda a sentirse más cómoda con el cuerpo.	**,741***	,105	,107
19. Facilita la atracción del sexo opuesto.	**,638***	-,109	,162
20. Mejora la forma de los senos.	**,728***	-,047	-,134
21. Permite que la ropa quede mejor.	**,741***	-,056	,007
22. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella misma.	,206	**,555***	-,330
23. Es innecesaria.	,076	**,504***	,006
24. Permite dar firmeza a los senos.	**,650***	-,059	-,094
25. Deja cicatrices desagradables.	,066	**,582***	-,119

*** Cargas factoriales ≥ a 0.30**

Escala de Estima Corporal

En el análisis de la confiabilidad de la Escala de Estima Corporal con los datos de la muestra definitiva (ver Anexo L), se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.934, con una N de 467 mujeres. Además, se

pudo observar que todos los ítems presentaron correlaciones positivas y altas con el puntaje total (entre 0.354 y 0.638). Aunado a esto, se encontró que la consistencia interna del instrumento no aumentaba de manera significativa cuando cualquiera de los ítems era extraído.

Dado lo anterior se puede indicar que el instrumento presenta un alto nivel de consistencia interna, dado lo cual se puede asumir como una medida confiable de la estima corporal. Además, previo a realizar el análisis factorial se procedió a comprobar el supuesto de intercorrelación entre las variables que se incluirían en el análisis, por medio de la prueba de Esfericidad de Barlett, mediante la cual se comprobó que la matriz de correlación tuvo correlaciones significativas al menos entre algunas variables (χ^2=7007.41, p<0.000).

Por otra parte, se empleó el método de componentes principales con rotación Varimax para realizar el análisis factorial con los 35 ítems de dicha escala, utilizando un autovalor de 1.5. Se obtuvieron tres componentes significativos, los cuales tenían un autovalor de 11.207, 2.508 y 1.668, y explicaban el 16.626%, 15.222% y 12.105% de la varianza respectivamente, siendo 43.953% el total de la varianza explicada por esos tres componentes (ver Anexo L).

Para asignar cada ítem dentro de los componentes se asumió como criterio que la carga factorial (correlación del ítems con el componente) debía ser mayor a 0,3, de esta manera al revisar la matriz de componentes rotados se observó que en el primer componente cargaron de manera significativa los ítems 2, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 29 y 35 por lo cual se denominó a este componente como "estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso". Esta dimensión está compuesta por ítems que miden el grado de satisfacción asociado al apetito, la cintura, las nalgas, la apariencia del estómago, el peso, entre otros.

En el segundo componente cargaron de manera significativa los ítems 1, 3, 6, 11, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 31 32 y 34 por lo cual se denominó "estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad". Esta dimensión está compuesta por ítems que miden el grado de satisfacción asociado al aroma corporal, la nariz, los labios, el impulso sexual, los órganos sexuales, entre otros.

En el tercer componente cargaron de manera significativa los ítems 4, 5, 7, 9, 15, 17, 30 y 33 por lo cual se denominó "estima corporal relacionada con la condición física" (ver Tabla 2). Esta dimensión está compuesta por ítems que miden el grado de satisfacción asociado a la salud, resistencia, nivel de energía, coordinación motora, entre otros.

Tabla 2. *Matriz de Componentes Rotados de la Escala de Estima Corporal.*

	Componentes		
	1	2	3
1. Aroma corporal	,107	**,535***	,147
2. Apetito	**,502***	,169	,057
3. Nariz	,143	**,438***	,069
4. Resistencia	,150	,083	**,693***
5. Reflejo	,008	,466	**,511***
6. Labios	,136	**,629***	,077
7. Fuerza muscular	,194	,147	**,610***
8. Cintura	**,745***	,094	,073
9. Nivel de energía	,255	,184	**,667***
10. Muslos	**,520***	,191	,332
11. Orejas	,197	**,536***	,177
12. Bíceps	**,576***	,191	,170
13. Barbilla	,241	**,620***	,175
14. Masa muscular	**,713***	,028	,305
15. Coordinación motora	,102	,335	**,594***
16. Nalgas	**,476***	,200	,292
17. Agilidad	,283	,229	**,689***
18. Ancho de los hombros	,476	**,316***	,095
19. Brazos	**,615***	,250	,132
20. Pecho o busto	**,316***	,281	,056
21. Apariencia de los ojos	,155	**,576***	,100
22. Mejillas/Pómulos	,293	**,576***	,174
23. Cadera	**,631***	,185	,170
24. Piernas	**,519***	,307	,240
25. Figura o físico	**,609***	,336	,259
26. Impulso sexual	,072	**,627***	,317
27. Pies	,226	**,491***	,171
28. Órganos Sexuales	,169	**,689***	,235
29. Apariencia del estómago	,692*	,177	,162
30. Salud	,333	,268	**,468***
31. Actividades sexuales	,134	**,536***	,376
32. Vello corporal	,119	**,311***	,406
33. Condición física	,367	,193	**,645***
34. Rostro	,227	**,636***	,192
35. Peso	**,751***	,043	,132

***Cargas factoriales ≥a 0.30**

Cabe destacar que los ítems 5, 10, 14, 15, 24, 25, 26, 30, 31 y 33 cargaron en dos componentes de manera significativa, sin embargo, fueron asignados al componente que tenía una carga más alta; por otra parte los ítems 18 y 32 también cargaron de manera significativa en dos componentes pero fueron asignados tomando en cuenta la estructura conceptual de los componentes.

Finalmente, la escala de estima corporal quedó dividida en tres variables en el modelo final del estudio, las cuales se corresponden con los tres componentes obtenidos en el análisis factorial de dicha escala (estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso, estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, y estima corporal relacionada con la condición física). De modo tal, que los individuos fueron puntuados en cada una de estas variables.

Escala de Rol Sexual

En el análisis de la confiabilidad de la Escala de Rol Sexual con los datos de la muestra definitiva (ver Anexo M), se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.872, con una N de 440 mujeres. Además, se pudo observar que la mayoría de los ítems presentaron correlaciones positivas entre medias y altas con el puntaje total (entre 0.153 y 0.542) a excepción de los ítems 6, 8, 12, 36, 46, 50, 52 y 53 que obtuvieron correlaciones más bajas (entre 0.04 y 0.145). Por otra parte se encontró que el ítem 40 presentó una correlación negativa baja con el puntaje total (-0.06) y el ítem 48 presentó una correlación negativa media con el puntaje total (-0.167). Aunado a esto, se encontró que la consistencia interna del instrumento no aumentaba de manera significativa cuando cualquiera de los ítems era extraído.

Dado lo anterior se puede indicar que el instrumento presenta un alto nivel de consistencia interna, dado lo cual se puede asumir como una medida confiable del rol sexual. Además, previo a realizar el análisis factorial se procedió a comprobar el supuesto de intercorrelación entre las variables que se incluirían en el análisis, por medio de la prueba de Esfericidad de Barlett, mediante la cual se comprobó que la matriz de correlación tuvo correlaciones significativas al menos entre algunas variables (χ^2=8986.57, p<0.000).

Por otra parte, se empleó el método de componentes principales con rotación Varimax para realizar un análisis factorial con los 60 ítems de dicha escala. Dado que en las investigaciones anteriores en las cuales se utilizó esta escala (Calatayud, et al., 2004; Charaf y Montiel, 2007; y Ramírez y Rodríguez, 2008) se obtuvieron tres componentes, se decidió hacer el punto de corte considerando sólo tres componentes significativos. Específicamente el primer componente con autovalor de 11.157, el segundo componente con autovalor de 3.919, y el tercer componente con un autovalor de 2.606; que explicaban el 15.551%, 7.648% y 6.311% de la varianza respectivamente, siendo 29.469% el total de la varianza explicada por esos dos componentes (ver Anexo M).

Para asignar cada ítem dentro de los componentes se asumió como criterio que la carga factorial (correlación del ítems con el componente) debía ser mayor a 0,3, de esta manera al revisar la matriz de componentes rotados, se observó que en el primer componente cargaron de manera significativa los ítems 2, 5, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 51, 56, 57 y 59 por lo cual se denominó a este componente como "feminidad". Esta dimensión está compuesta por ítems que señalan que asumir un rol sexual femenino implica ser convencional, adaptable, sensible a las necesidades de otros, cariñosa, leal, femenina, entre otros.

En el segundo componente cargaron de manera significativa los ítems 1, 3, 4, 7, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 43, 49, 55 y 58 por lo cual se denominó "masculinidad". Esta dimensión está compuesta por ítems que señalan que asumir un rol sexual masculino implica ser ambicioso, competitivo, masculino, líder, autosuficiente, decidido, arriesgado, entre otros.

En el tercer componente cargaron de manera significativa los ítems 6, 12, 14, 18, 24, 36, 37, 40, 46, 48, 52 y 54 por lo cual se denominó "Características socialmente inadecuadas". Esta dimensión está compuesta por ítems que señalan rasgos poco deseados como ser agresivo, narciso, dominante, impredecible, celoso, entre otros.

Además se encontró que los ítems 8, 10, 35, 47, 53 y 60 no cargaron significativamente en estos componentes. Cabe destacar que los ítems 1, 3, 15, 17,

19, 28, 31, 37, 43 y 48 cargaron en dos componentes de manera significativa, sin embargo, fueron asignados al componente que tenía una carga más alta; por otra parte los ítems 2, 4 y 7 también cargaron de manera significativa en dos componentes pero fueron asignados tomando en cuenta la estructura conceptual de los componentes (ver Anexo N).

Finalmente, la escala de rol sexual quedó dividida en dos variables en el modelo final del estudio, las cuales se corresponden con los dos primeros componentes obtenidos en el análisis factorial de dicha escala (feminidad y masculinidad). De modo tal, que los individuos fueron puntuados en cada una de estas variables.

Análisis descriptivo

Se calcularon los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación estándar) y forma (asimetría y kurtosis) con el fin de evaluar el comportamiento de los puntajes obtenidos en las diferentes variables propuestas en el modelo definitivo (ver Tabla 3).

En cuanto a la variable *intención de realizarse una mamoplastia de aumento* (n=500), en la que un mayor puntaje indica una mayor probabilidad de realizar la conducta, se obtuvo que las participantes mostraron un rango que va de 0 hasta 10 (siendo el rango de puntuación posible de 0 a 10 puntos), una media aritmética de 2.936, una mediana de 1 y moda de 0, con una desviación de 3.58, y una asimetría de 0.87, reflejando una distribución con una moderada asimetría positiva; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron bajos puntajes para esta variable, y que se distribuyeron de manera altamente heterogénea (CV=122.05%) y platicúrtica (K=-0.675). De esta manera, las mujeres encuestadas presentaron baja probabilidad de incurrir en el procedimiento de mamoplastia de aumento en los próximos diez años.

Tabla 3. *Estadísticos Descriptivos de las Variables implicadas en el Modelo*

	N	Mínimo Obtenido	Máximo Obtenido	Media	Mediana	Moda	Desviación Típica	Asimetría	Kurtosis	Coeficiente de Variación (en %)
Intención de realizarse una Cirugía de Aumento de Senos	500	0,00	10,00	2,9360	1	0	3,58352	,870	-,675	122,05
Edad	500	15,00	54,00	34,7720	34,5	22	11,26827	,078	-1,210	32,41
Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales	481	13,00	65,00	43,6091	45	46	9,61016	-,764	,726	22,94
Creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificial a las mujeres	483	12,00	60,00	31,8075	31	31	7,94654	,419	,555	24,98
Estima Corporal relacionada con la Figura Corporal y el Peso	491	14,00	60,00	42,6232	47	52	8,09173	-,285	-,034	18,33
Estima Corporal relacionada con el Rostro y la Sexualidad	483	21,00	75,00	58,3913	55	56	7,28738	-,291	1,605	12,63
Estima Corporal relacionada con la Condición Física	489	11,00	40,00	30,8712	32	32	4,77590	-,424	,559	15,47
Feminidad	479	43,00	130,00	109,3111	110	117	11,96094	-,601	1,178	10,94
Masculinidad	484	23,00	75,00	57,5434	57	55	7,87612	-,156	,348	13,69

En relación a la variable *edad* (n=500), se obtuvo que las participantes mostraron un rango que va de 15 hasta 54 años de edad, una media aritmética de 34.77 años, una mediana de 34.5 y moda de 22, con una desviación de 11.27, y una asimetría de 0.078, reflejando una distribución simétrica; los datos se distribuyeron de manera heterogénea (CV=32.41%) y platicúrtica (K=-1.21). De esta manera, las edades de las mujeres encuestadas tendieron a distribuirse de manera equilibrada a lo largo del recorrido de la variable.

En cuanto a la variable *creencias acerca de la mamoplastia de aumento*, en la que a mayor puntuación aumenta las creencias positivas acerca de este objeto, se obtuvo para la subescala "creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales" (n=481) que las participantes mostraron

un rango que va desde 13 hasta 65 (siendo el rango de puntuación posible desde 13 hasta 65 puntos), una media aritmética de 43.61, una mediana de 45 y moda de 46, con una desviación de 9.61, y una asimetría de -0.76, reflejando una distribución con una alta asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de los participantes de la muestra presentaron puntajes altos para esta variable; así mismo, se observó que la distribución fue homogénea (CV=22.04%) y la mayoría de los datos se agrupó en torno a la media (leptocúrtica, K=0.726). En general, las mujeres encuestadas tuvieron una percepción positiva acerca del procedimiento de mamoplastia de aumento.

En la subescala "creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificial a las mujeres" (n=483), se encontró que las participantes mostraron un rango que va desde 12 hasta 60 (siendo el rango de puntuación posible desde 12 hasta 60 puntos), una media aritmética de 31.81, una mediana de 31 y moda de 31, con una desviación de 7.95, y una asimetría de 0.419, reflejando una distribución con una moderada asimetría positiva; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes moderadamente bajos para esta variable; así mismo, se observó que la distribución fue homogénea (CV=24.98%) y medianamente leptocúrtica (K=0.555). De esta manera, las mujeres encuestadas tienen una leve tendencia a presentar creencias negativas acerca de la mamoplastia de aumento.

En cuanto a la variable *estima corporal* en donde un mayor puntaje corresponde a una mayor valoración positiva respecto al cuerpo, en la subescala "estima corporal relacionada a la apariencia física y el peso" (n=489) los puntajes oscilaron entre 16 y 65 puntos (siendo el rango de puntuación posible entre 13 y 65 puntos), y se obtuvo una media aritmética de 46.27, una mediana de 47 y moda de 52, con una desviación de 8.48, y una asimetría de -0.25, reflejando una distribución con una ligera asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes ligeramente altos para esta variable; así mismo, se observó que la distribución fue altamente homogénea (CV=18.33%) y platicúrtica (K=-0.056). Así, se observó que las mujeres encuestadas percibían de manera levemente positiva su apariencia física y su peso.

En la subescala "estima corporal relacionada al rostro y la sexualidad" (n=485) los puntajes oscilaron entre 20 y 70 puntos (siendo el rango de puntuación posible entre 14 y 70 puntos), y se obtuvo una media aritmética de 54.75, una mediana de 55 y moda de 56, con una desviación de 6.91, y una asimetría de -0.299, reflejando una distribución con una ligera asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes ligeramente altos para esta variable, así mismo, se observó que la distribución fue altamente homogénea (CV=12.63%) y leptocúrtica (K=1.49). Así, se observó que las mujeres encuestadas tendieron a estimar de forma positiva sus rasgos faciales y sexuales.

En la subescala "estima corporal relacionada a la condición física" (n=483) los puntajes oscilaron entre 11 y 40 puntos (siendo el rango de puntuación posible entre 8 y 40 puntos), y se obtuvo una media aritmética de 30.87, una mediana de 32 y moda de 32, con una desviación de 4.78, y una asimetría de -0.424, reflejando una distribución con una moderada asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes moderadamente altos para esta variable, así mismo, se observó que la distribución fue altamente homogénea (CV=15.47%) y leptocúrtica (K=0.559). Así, se observó que las mujeres encuestadas tendieron a estimar de forma positiva su condición física.

En cuanto a la variable *rol sexual* en donde un mayor puntaje corresponde a una mayor identificación con el rol, en la subescala "feminidad" (n=479) los puntajes oscilaron entre 43 y 130 puntos (siendo el rango de puntuación posible entre 26 y 130 puntos), y se obtuvo una media aritmética de 109.31, una mediana de 110 y moda de 117, con una desviación de 11.96, y una asimetría de -0.601, reflejando una distribución con una alta asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes altos para esta variable; así mismo, se observó que la distribución fue altamente homogénea (CV=10.94%) y leptocúrtica (K=1.178). Así, se observó que las mujeres encuestadas presentaban un rol sexual marcadamente femenino.

En cuanto a la variable *rol sexual* en donde un mayor puntaje corresponde a una mayor identificación con el rol, en la subescala "masculinidad" (n=484) los puntajes oscilaron entre 23 y 75 puntos (siendo el rango de puntuación posible entre

15 y 75 puntos), y se obtuvo una media aritmética de 57.54, una mediana de 57 y moda de 55, con una desviación de 7,88, y una asimetría de -0.156, reflejando una distribución con una ligera asimetría negativa; lo cual indica que la mayoría de las participantes de la muestra presentaron puntajes ligeramente altos para esta variable; así mismo, se observó que la distribución fue altamente homogénea (CV=13.69%) y leptocúrtica (K=0.348). Así, se observó que las mujeres encuestadas presentaban un alto grado de masculinidad.

Análisis de regresión

Previo a la comprobación de las hipótesis de investigación se procedió a verificar el cumplimiento de los supuestos del análisis de regresión en torno a cada una de las variables endógenas implicadas en el modelo (intención de realizarse mamoplastia aumento; creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres; estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso; estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad; y estima corporal relacionada con la condición física), base del modelo de ruta planteado.

En cuanto a los errores, se supone que los mismos son aleatorios, por tanto no correlacionan entre sí (son independiente entre sí), y su distribución es normal. Para verificar que son independientes, se realizó el análisis del Durbin-Watson, y para verificar que se distribuyen de manera normal se realizó el análisis de la gráfica PPplot y la tabla de los residuales para cada uno de los análisis de regresión realizados (ver Anexo Ñ).

Se observó que en cada uno de los modelos de regresión el Durbin-Watson era cercano a 2, dado lo cual se concluyó que los errores no estaban correlacionados entre sí. De igual manera, en todos los modelos de regresión, la gráfica PPplot mostró que los errores se distribuían de manera aleatoria. En cuanto a la distribución de los errores, en todos los casos se encontró que la media era muy cercana a cero, la desviación cercana a uno, y en su mayoría los extremos de la distribución se

encontraban dentro del rango esperado (+3, -3), dado lo cual se concluyó que se distribuían de manera normal, por tanto se asume que se cumplen los supuestos en torno a los errores para cada uno de los modelos de regresión implicados.

Otro de los supuestos que se debe cumplir es que la variable predicha debe distribuirse de manera normal, para ello se analizó la gráfica QQplot para cada una de las variables predichas (endógenas), en este sentido se encontró que ninguna de las variables predichas en cada una de las regresiones realizadas se distribuía de manera perfectamente normal. Sin embargo, el análisis de regresión múltiple es estadístico robusto ante el no cumplimiento de este supuesto, por lo que no cumplir uno de los supuestos del mismo no implicaría un cambio significativo en los resultados obtenidos. Además, si bien las distribuciones no son perfectamente normales, en la mayoría de los casos tienden a serlo (ver Anexo Ñ).

Otro de los supuestos que se debe cumplir es que no debe existir multicolinealidad entre las variables predictoras para cada una de las regresiones del modelo, para esto se realizó el análisis de las correlaciones simples entre las variables predictoras (ver Anexo O), se observó que ninguna de ellas excede a 0.70, dado esto, se puede concluir que se cumple el supuesto de no multicolinealidad, es decir, ninguna de las variables predictoras incluidas en cada una de las regresiones explica de manera significativa varianza de otra de las variables predictoras.

Además, es importante considerar que se cumplió el supuesto de que el nivel de medida de las variables predichas (endógenas en el modelo) debe ser continuo, de intervalo o razón. En este sentido, todas las variables endógenas están en un nivel de medida de intervalo.

Luego de que se comprobaron los supuestos para cada uno de los análisis de regresión implicados en el modelo, se realizó la verificación de las hipótesis planteadas en el diagrama de ruta, mediante un análisis de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas, tomando en cuenta en cada caso el coeficiente de correlación múltiple, el coeficiente de determinación múltiple ajustado, el valor de la F, su significancia asociada y el beta para cada una de las variables predictoras. El análisis de las variables se realizó comenzando por la variable endógena ubicada en

el extremo derecho del diagrama, hasta llegar a la última, ubicada en el extremo izquierdo del mismo. Se tomó como nivel de significancia el 0.05 (ver Anexo Ñ).

Se realizó el primer análisis de regresión múltiple teniendo como variable predicha la intención de realizarse una mamoplastia de aumento y como variables predictoras los componentes de la variable creencias acerca de la mamoplastia de aumento (creencias de que la mamoplastia aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; y creencias de que la mamoplastia aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres); los componentes de la variable estima corporal (estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso, estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad y, estima corporal relacionada con la condición física); los componentes de la variable rol sexual (feminidad y masculinidad); y por último, la variable edad.

En este sentido, para la variable *intención de realizarse una mamoplastia de aumento* se encontró una correlación múltiple moderada (R=0.55) entre esta escala y la combinación lineal de las variables predictoras, dichas variables explicaron de modo significativo el 29.7% de la varianza total de la variable predicha (R^2ajustado=0.297, $F_{7/422}$=26.892, p=0.000).

En cuanto al aporte de cada una de las variables (de mayor a menor aporte) se encontró que resultaron significativas: (a) creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales (Beta=0.397, t=9.66, p=0.000); (b) creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres (Beta=0.264, t=6.47, p=0.000); (c) edad (Beta=-0.254, t=-6.14, p=0.000); y por último, (d) masculinidad (Beta=0.102, t=2.02, p=0.044), (ver Anexo Ñ). Por tanto, tener creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, que no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres, ser masculina y joven, dará lugar a que se tenga mayor intención de realizarse una mamoplastia de aumento. El resto de las variables no resultaron significativas (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	-6,592	1,963		-3,358	,001
Edad	-,082	,013	-,254	-6,139	,000*
Feminidad	-,006	,016	-,020	-,398	,691
Masculinidad	,047	,023	,102	2,020	,044*
Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales	,154	,016	,397	9,664	,000*
Creencias de que la mamoplastia aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres	,123	,019	,264	6,473	,000*
Apariencia física y peso	-,016	,022	-,036	-,704	,482
Rostro y Sexualidad	,010	,029	,018	,336	,737

***Significativo al nivel de 0.05.**

En el segundo análisis de regresión múltiple realizado se definió como variable predicha el componente denominado *creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales* y como variables predictoras la edad y los dos dimensiones del rol sexual (masculinidad y feminidad).

Se encontró una correlación múltiple baja (R=0.107) entre esta variable predicha y la combinación lineal de las variables predictoras. Dichas variables predictoras no resultaron ser significativas dentro del modelo, explicando sólo el 0.5% de la varianza total de la variable creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales (R^2ajustado=0.005, $F_{3/451}$=1.725, p=0.156), (ver Anexo Ñ). En concordancia con lo anterior, al analizar la contribución por separado de cada una de estas variables incluidas en la regresión, se obtuvo que ninguna fue significativa (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a Beneficios Físicos, Psicológicos y Sociales*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	52,976	4,379		12,097	,000
Edad	-,051	,040	-,060	-1,279	,202
Feminidad	-,049	,046	-,061	-1,064	,288
Masculinidad	-,039	,068	-,033	-,573	,567

***Significativo al nivel de 0.05.**

En el tercer análisis de regresión múltiple realizado se definió como variable predicha el componente denominado *creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificial a las mujeres* y como variables predictoras la edad y los componentes masculinidad y feminidad de la variable rol sexual.

Se encontró una correlación múltiple baja (R=0.067) entre esta variable predicha y la combinación lineal de las variables predictoras. Dichas variables predictoras no resultaron ser significativas dentro del modelo, explicando sólo el 0.5% de la varianza total de la variable creencias de que la mamoplastia aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres (R^2ajustado=0.005, $F_{3/451}$=0.685, p=0.562), (ver Anexo Ñ). En concordancia con lo anterior, al analizar la contribución por separado de cada una de estas variables incluidas en la regresión, se obtuvo que ninguna fue significativa (ver Tabla 6).

Tabla 6. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Creencias de que la Mamoplastia de Aumento No Implica Riesgos para la Salud y No Hace lucir Artificiales a las Mujeres*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error	Beta		
(Constante)	34,727	3,646		9,524	,000
Edad	-,031	,033	-,044	-,939	,348
Feminidad	-,037	,038	-,056	-,966	,335
Masculinidad	,039	,057	,039	,679	,497

***Significativo al nivel de 0.05.**

En el cuarto análisis de regresión múltiple realizado se definió como variable predicha el componente denominado estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso, y como variables predictoras la edad y los componentes masculinidad y feminidad de la variable rol sexual.

Se encontró una correlación múltiple moderada (R=0.331) entre esta variable predicha y la combinación lineal de las variables predictoras, dichas variables explicaron de modo significativo el 10.4% de la varianza total de la variable estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso (R^2ajustado=0.104, $F_{3/455}$=18.701, p=0.000).

En cuanto al aporte de cada una de las variables (de mayor a menor aporte) se encontró que todas resultaron significativas: (a) feminidad (Beta=0.233, t=4.28, p=0.000); (b) masculinidad (Beta=0.124, t=2.29, p=0.023); y por último (c) edad (Beta=-0.109, t=-2.45, p=0.015), (ver Anexo Ñ). Por tanto, ser joven, y tener un alto grado de masculinidad y feminidad, dará lugar a que se tengan mayores sentimientos positivos relacionados con la apariencia física y el peso (ver Tabla 7).

Tabla 7. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con la Apariencia Física y el Peso*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error	Beta		
(Constante)	23,887	3,631		6,579	,000
Edad	-,081	,033	-,109	-2,453	,015*
Feminidad	,163	,038	,233	4,276	,000*
Masculinidad	,131	,057	,124	2,288	,023*

***Significativo al nivel de 0.05.**

En el quinto análisis de regresión múltiple realizado se definió como variable predicha el componente denominado estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, y como variables predictoras la edad y los componentes masculinidad y feminidad de la variable rol sexual.

Se encontró una correlación múltiple moderada (R=0.481) entre esta variable predicha y la combinación lineal de las variables predictoras, dichas variables explicaron de modo significativo el 22.6% de la varianza total de la variable estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad (R^2ajustado=0.226, $F_{3/453}$=45.48, p=0.000).

En cuanto al aporte de cada una de las variables (de mayor a menor aporte) se encontró que todas resultaron significativas: (a) feminidad (Beta=0.275, t=5.45, p=0.000); (b) masculinidad (Beta=0.266, t=5.28, p=0.000); y por último (c) edad (Beta=-0.085, t=-2.06, p=0.04), (ver Anexo Ñ). Por tanto, ser joven, y tener un alto grado de masculinidad y feminidad, dará lugar a que se tengan mayores sentimientos positivos relacionados con el rostro y la sexualidad (ver Tabla 8).

Tabla 8. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con el Rostro y la Sexualidad*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error	Beta		
(Constante)	25,890	2,786		9,292	,000
Edad	-,052	,025	-,085	-2,063	,040*
Feminidad	,160	,029	,275	5,449	,000*
Masculinidad	,230	,044	,266	5,282	,000*

***Significativo al nivel de 0.05.**

En el último análisis de regresión múltiple realizado se definió como variable predicha el componente denominado estima corporal relacionada con la condición física, y como variables predictoras la edad y los componentes masculinidad y feminidad de la variable rol sexual.

Se encontró una correlación múltiple moderada (R=0.47) entre esta variable predicha y la combinación lineal de las variables predictoras, las cuales explicaron de modo significativo el 21.6% de la varianza total de la variable estima corporal relacionada con la condición física (R^2ajustado=0.216, $F_{3/455}$=42.98, p=0.000).

En cuanto al aporte de cada una de las variables (de mayor a menor aporte) se encontró que todas resultaron significativas: (a) masculinidad (Beta=0.267, t=5.24, p=0.000); (b) feminidad (Beta=0.258, t=5.05, p=0.000); y por último (c) edad (Beta=-0.086, t=-2.07, p=0.04), (ver Anexo Ñ). Por tanto, ser joven, y tener un alto grado de masculinidad y feminidad, dará lugar a que se tengan mayores sentimientos positivos relacionados con la condición física (ver Tabla 9).

Tabla 9. *Coeficientes B, β, t y Significancia Asociada teniendo como Variable Predicha Estima Corporal relacionada con la Condición Física*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.
	B	Error	Beta		
(Constante)	11,776	1,926		6,115	,000
Edad	-,036	,018	-,086	-2,067	,039*
Feminidad	,103	,020	,258	5,046	,000*
Masculinidad	,160	,031	,267	5,238	,000*

***Significativo al nivel de 0.05.**

A partir de los resultados presentados anteriormente se planteó el diagrama de ruta obtenido, el cual se muestra en la *Figura 2*. Puede observarse que la variable mejor predicha en el modelo fue la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, seguida por la dimensión de la estima corporal denominada estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad, y en tercer lugar el componente de la escala estima corporal llamado estima corporal relacionada con la condición física.

La mejor variable predictora fue las creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, al predecir la intención de realizarse este procedimiento quirúrgico (Beta=0.397), seguida por la feminidad al predecir la estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad (Beta=0.275), y en tercer lugar la variable masculinidad al predecir la estima corporal relacionada con la condición física (Beta=0.267).

Análisis adicionales

Tomando en cuenta que en la literatura se encontró que la estima corporal global no predice la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, en la presente investigación no se utilizó la puntuación total de esta variable, sino que se calculó la estima corporal de las participantes en tres dimensiones específicas: (a) apariencia física y peso; (b) rostro y sexualidad; y (c) condición física; hipotetizando que las dos primeras iban a predecir la intención. Sin embargo, en vista que éstas dimensiones específicas de la estima corporal no predijeron la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, se procedió a analizar con mayor grado de especificidad la relación que existía entre el grado de satisfacción con cada una de las partes o funciones del cuerpo y la intención. Para esto, se realizó una matriz de correlaciones entre todos los ítems de la escala de estima corporal con la intención de realizarse mamoplastia aumento, y se encontró que el único ítem que presentaba una correlación mayor a 0.3 era el ítem "pecho o busto" (ver Anexo P). Específicamente, la correlación entre el ítem "pecho o busto" y la intención de realizarse una mamoplastia de aumento fue de -0.337 ($p<0.01$), y esto sugiere que mientras mayores son los sentimientos negativos asociados al pecho o busto mayor es la intención de realizarse este procedimiento quirúrgico.

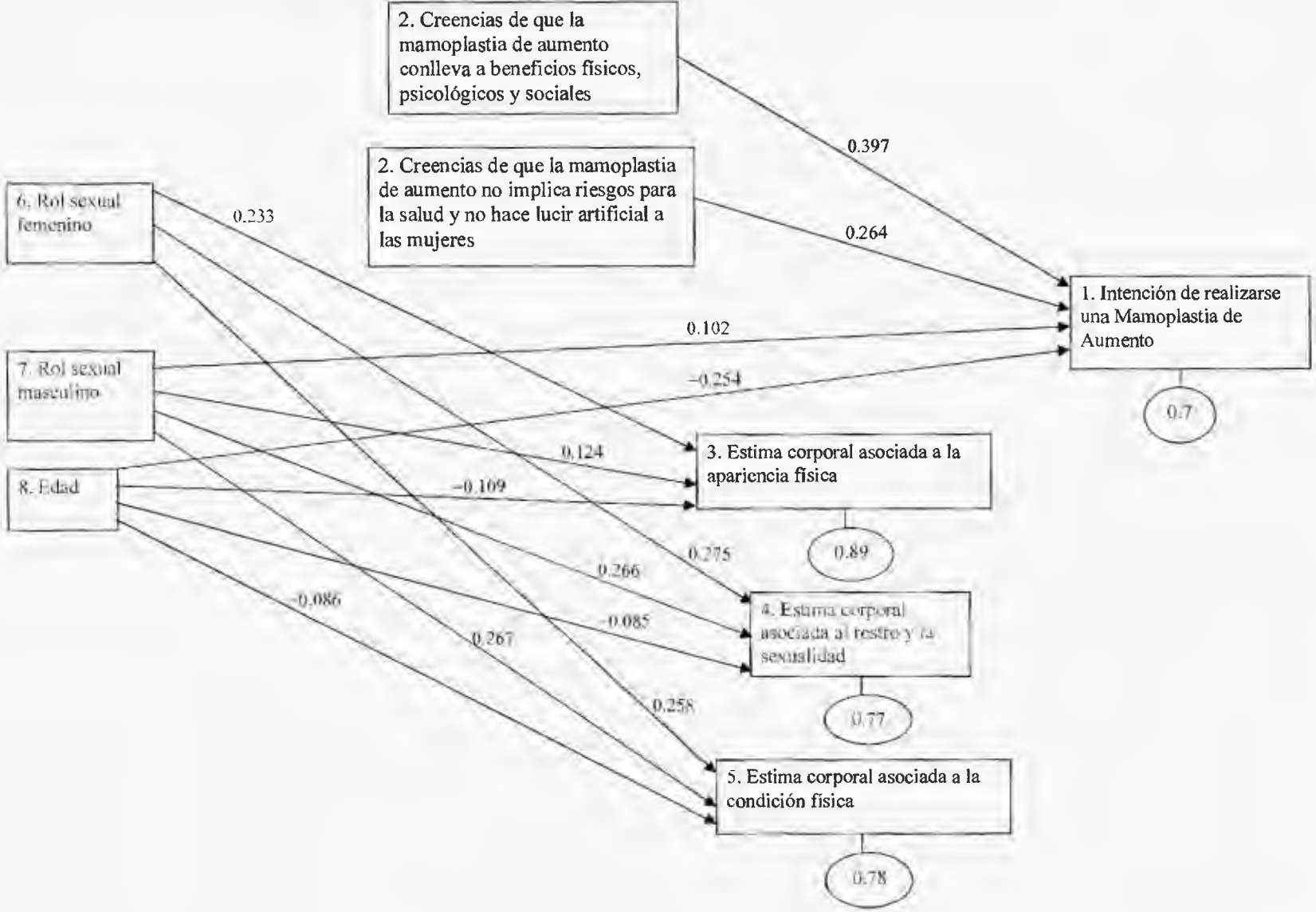


Figura 2. Diagrama de ruta obtenido

V. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar, mediante un análisis de ruta, la relación entre las variables edad, estima corporal, rol sexual y creencias acerca de la mamoplastia de aumento, y cómo estas influyen sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento.

En cuanto a la variable *intención de realizarse una mamoplastia de aumento*, se encontró que en general las mujeres de la muestra presentaron una baja probabilidad de incurrir en este procedimiento quirúrgico en los próximos diez años. Este resultado podría explicarse debido a que en general no se espera que la mayoría de las mujeres concrete la conducta de realizarse una cirugía estética y, sin embargo, se observa que el 31.2% de las mujeres de la muestra tienen entre un 50% y un 100% de probabilidad de someterse a una mamoplastia de aumento en los próximos diez años, lo que resulta significativo puesto que aunque a nivel estadístico este porcentaje es bajo, se puede apreciar que aproximadamente 3 de cada 10 mujeres caraqueñas se la realizarían, y esto es relevante tomando en cuenta que no es una cirugía reconstructiva o producto de alguna afección médica, sino que únicamente tiene un fin estético.

Por otro lado, en cuanto a la variable *creencias acerca de la mamoplastia de aumento*, se encontró que las mujeres encuestadas en general tuvieron una percepción positiva acerca de este procedimiento quirúrgico, en tanto que consideraban que este trae *beneficios físicos, psicológicos y sociales*. Sin embargo, se pudo observar que tenían leves creencias negativas asociadas a que esta cirugía trae *consecuencias desfavorables para la salud y a que hace lucir poco naturales a las mujeres*.

Esto puede ser entendido en base a los resultados reportados por Byram, et al. (2001), en tanto que estos autores encontraron que las mujeres que se habían realizado mamoplastia de aumento reportaban de manera precisa las ventajas de los implantes, los cambios estéticos, la mejora de la autoimagen, la reconstrucción, el impacto psicológico, y una mejor selección de prendas de vestir; sin embargo, sus

creencias acerca de las complicaciones locales de este procedimiento quirúrgico fueron fragmentadas y a menudo inexactas o expresadas en términos incompatibles con los utilizados por los médicos especialistas.

De esta manera, tomando en cuenta que la muestra del presente estudio estuvo conformada por mujeres no operadas y que las creencias son juicios y percepciones que el individuo adquiere en base a la experiencia directa con el objeto, y a la información conexa procedentes de otras fuentes (Schiffman y Kanuk, 2001); se podría concluir que es muy probable que estas mujeres hayan tenido contacto con mujeres que ya se habían operado, quienes lograban trasmitirle información precisa acerca de los beneficios físicos, sociales y psicológicos, pero no acerca de las consecuencias para la salud que podría tener esta cirugía o lo dolorosa que puede resultar la recuperación de la misma, lo cual es coherente con los resultados reportados anteriormente.

Además, es conveniente señalar que los diversos medios de comunicación venden la posibilidad de doblegar la naturaleza y abolir el paso del tiempo, convirtiendo al cuerpo en objeto de culto. Como resultado de esto, la preocupación por la salud, los regímenes adelgazantes, los cuidados cosméticos, las transformaciones mediante cirugías y otras manipulaciones corporales, responden a un hedonismo generalizado que muchas mujeres consideran como equivalente a dominio de sí, de éxito y de autosuficiencia (Ventura, 2000).

De esta manera, la belleza femenina se ha publicitado como un ideal "supuestamente" alcanzable y natural, que le podría traer a la mujer beneficios personales, laborales y con su pareja, dejando a un lado las posibles complicaciones que implicaría someterse a una dieta extremadamente estricta y a múltiples cirugías estéticas (Ventura, 2000). Es por esta razón que probablemente las mujeres tienden a creer en mayor medida que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, sociales y psicológicos, y en menor medida que podría implicar riesgos para la salud o que podría hacer lucir poco natural a las mujeres.

Por otro lado, en cuanto a la variable *estima corporal* se pudo observar que en general las participantes de la muestra presentaron sentimientos positivos hacia su

imagen corporal. Específicamente, percibían de manera positiva su apariencia física y su peso, tendieron a estimar de forma levemente positiva sus rasgos faciales y sexuales, y de manera moderadamente positiva su condición física.

Estos mismos resultados fueron encontrados por Ramírez y Rodríguez (2008) en su estudio con una muestra de 373 mujeres y 127 hombres con edades comprendidas entre 16 y 25 años, quienes en general tendieron a presentar sentimientos positivos hacia su cuerpo. Así mismo, Mundarain y Rotker (2001), y Charaf y Montiel (2007), encontraron resultados similares. De esta manera, se podría señalar que, aunque las muestras de estos estudios estuvieron compuestas por estudiantes, se espera que en general las personas se sientan satisfechas con sus cuerpos como globalidad, y que presenten sentimientos negativos asociados únicamente a partes o funciones específicas del cuerpo, las cuales probablemente intentarán perfeccionar por diversos medios (cirugías estéticas, tratamientos de belleza, dietas, ejercicio, entre otros).

En cuanto a la variable *rol sexual* es importante mencionar que las mujeres encuestadas presentaron un alto grado de feminidad y de masculinidad, lo cual es compatible con lo señalado por Bem (1974) acerca de que estos dos roles sexuales, masculinidad y feminidad, podían ser dos dimensiones independientes lo cual significa que la posesión de atributos masculinos no implican necesariamente la no posesión de atributos femeninos y viceversa.

De hecho, Ganong y Coleman (1987) agregan que aunado a la concepción de masculinidad y feminidad, existe una categoría denominada androginia que está caracterizada por una mayor flexibilidad conductual, en tanto que no se encuentra influenciada por las reglas sociales acerca de la conducta apropiada para un sexo en particular, sino que es posible tener actitudes y comportamientos concebidos como femeninos y masculinos de manera simultánea.

El hecho de que las mujeres que conformaron la muestra del presente estudio tengan un alto grado de feminidad y masculinidad, quiere decir que estas participantes poseen actitudes y conductas que tradicionalmente se le atribuyen a la mujer, como por ejemplo, amar a los niños y ser cautelosa, alegre, consciente,

cariñosa, leal, sensible a las necesidades de otro, comprensiva y reservada. Pero también presentaron un altor grado de identificación con actitudes y conductas que culturalmente se la atribuyen a los hombres, como por ejemplo, ser asertiva, defensora de sus propias creencias, independiente, poderosa, arriesgada, competitiva y ambiciosa.

Este fenómeno puede tener dos posibles explicaciones. En primer lugar, Montero (1984) afirma que la familia venezolana se caracteriza por estructurarse alrededor de la madre quien suele ser el principal y el único adulto estable, mientras que el padre suele estar ausente o desdibujado dentro del núcleo familiar; por este motivo, en la búsqueda de modelos masculinos, tienden a exagerarse las características deseadas, por un fenómeno de sobrecompensación de la figura femenina. Afirma que esto conduce a la búsqueda del estereotipo masculino caracterizado por la rigidez, la violencia, la crueldad, la agresividad y la carencia de ternura.

Así mismo, Oropeza (comunicación personal, Junio 11, 2010) señala que en la actualidad las mujeres venezolanas tienden a presentar rasgos tanto femeninos como masculinos, debido a que estas se han visto en la necesidad de asumir una elevada cantidad de roles, no sólo por el abandono del hogar que la mayoría ha experimentado por parte de los hombres, sino además para poder subsistir socialmente y poder crear ingresos para su hogar, de esta manera se han visto en la necesidad de ser mas agresivas, autosuficientes y competitivas. Aunado a esto, señaló que los hombres para poder subsistir socialmente no tienen que asumir roles femeninos, y que esto puede observarse en el hecho de que las mujeres ejecutivas normalmente se visten como hombres (pantalón, sin maquillaje y blazers) mientras que los hombres no han tenido que vestirse como mujeres para poder mantener un estatus laboral aceptable.

Esto último pareciera deberse a la posible percepción de igualdad de género y a una mayor libertad producto de la presión socializadora del medio para el sexo femenino (Montero, 1984).

En cuanto a las relaciones entre las variables, es conveniente señalar que se comenzará por el análisis de aquellas variables que debían predecir la intención de realizarse una mamoplastia de aumento. Específicamente, se encontró que existe una *relación positiva entre las dos dimensiones de la variable creencias acerca de la mamoplastia de aumento* (creencias de que la mamoplastia aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; y creencias de que la mamoplastia aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres) *y la variable intención de realizarse este procedimiento quirúrgico*, tal y como se había planteado en las hipótesis.

Este resultado puede ser explicado por la Teoría de la Acción Razonada (TAR) que postula que las creencias formadas respecto a un objeto (mamoplastia de aumento), influyen sobre la disposición que tengan las personas de acercarse o distanciarse del mismo; con lo cual las personas se sentirán atraídas hacia aquello que consideran dotado de cualidades positivas, y tenderían a alejarse de aquello a lo que le atribuyan características negativas (Ajzen, 1985).

Esta relación descrita entre creencias e intención de realizarse una mamoplastia de aumento concuerda con los resultados de la investigación que realizaron von Soest, et al. (2006) en la cual encontraron que las personas que tenían una baja aceptación de la cirugía estética no deseaban realizarse dicha cirugía mientras que, aquellas personas que sí aceptaban y apoyaban en mayor grado la cirugía estética, querían realizarse la misma.

Así mismo, Depablos y Gonzalez (2008) encontraron que en general los estudiantes presentaban actitudes neutras hacia la cirugía estética, con tendencia hacia el desacuerdo con la misma, sin diferencias significativas por sexo y facultad, lo cual se relaciona con el hecho de que la mayoría de los participantes (86.6%) reportó que no se sometería a ninguna cirugía estética; y sólo el 13.4% restante de los participantes sí se la realizaría.

Por último, Ramírez y Rodríguez (2008) también encontraron que el mejor predictor de la intención que tenían las personas de realizarse una liposucción, eran

las creencias que tenían acerca de este procedimiento quirúrgico, donde a mayores creencias positivas relacionadas al mismo, mayor intención.

En cuanto a la *relación entre estima corporal e intención de realizarse mamoplastia de aumento*, se encontró que no se relacionan entre sí, aunque se esperaba que se relacionaran negativamente, es decir, que a menor estima corporal mayor intención de realizarse este procedimiento quirúrgico.

La falta de relación entre estas variables, pudo deberse a los altos puntajes que las mujeres obtuvieron en las tres dimensiones de la variables estima corporal, puesto que no hubo variabilidad para poder establecerse una relación. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar de que en general estas mujeres presentaron sentimientos positivos respecto a su imagen corporal, el 31,3% de ellas manifestó una alta intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos diez años, lo cual se puede explicar por los resultados obtenidos por Gimlin (2007) que evidencian que la mayoría de las personas que desean realizarse una cirugía plástica tienen un nivel normal de satisfacción con su cuerpo, y que es el frecuente monitoreo o autoexaminación de la imagen corporal, lo que determina el interés que presentan por los procedimientos cosméticos, siendo mayor el interés en las que automonitorean su aspecto con mayor frecuencia.

Además de esto, este mismo autor, encontró que existen intenciones que van mas allá de una necesidad por realzar la belleza, sino que tienen que ver con las creencias de la cirugía como un medio para superar problemas emocionales o el aislamiento social, e incluso mejorar la calidad de las relaciones sociales, lo que confirma que las creencias son un mejor predictor de la intención de someterse a una mamoplastia de aumento, que la estima corporal, como muestran los resultados de esta investigación.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la estima corporal general no predice la intención de realizarse mamoplastia de aumento, dado lo cual se estudió la influencia de dos componentes específicos de la estima corporal (estima corporal relacionada con la apariencia física y peso; y con el rostro y la sexualidad), y se

encontró que éstas no parecieron resultar lo suficientemente específicas como para predecir la intención de realizarse una mamoplastia aumento.

Esto último es congruente con el hecho de que se encontró una *relación negativa entre el nivel de satisfacción asociado al busto y la intención de realizarse una mamoplastia de aumento*, por lo que es importante resaltar que siendo la mamoplastia de aumento una cirugía estética que tiene como finalidad mejorar una parte específica del cuerpo que es el busto, se podría pensar que las mujeres que tienen intención de someterse a este tipo de cirugía estética, podrían tener un alta estima corporal general y en las dos dimensiones comentadas anteriormente, pero encontrarse insatisfechas sólo con sus senos.

Esto último coincide con los resultados de la investigación realizada por Didie y Sarwer (2007) que muestran que las mujeres candidatas para una mamoplastia de aumento tienen una mayor insatisfacción con sus senos, que las del grupo control; además estos dos grupos no difieren en el monto de insatisfacción con la imagen corporal general, por lo cual llegaron a la conclusión de que uno de los motivos más importantes por el cual las mujeres se someten a una cirugía estética de aumento mamario son los sentimientos que tienen acerca de sus pechos.

Así mismo, Mendoza (1980) halló que la mayoría de las pacientes que se someterían a una cirugía plástica estética presentaba inconformidad únicamente con la región a intervenir. Luego de dos décadas, Contreras y Moya (2001) encontraron estos mismos resultados, específicamente, hallaron que las mujeres que deseaban someterse a una cirugía estética tendían a la autoexaminación resaltando los aspectos negativos de si mismas y, mostraban insatisfacción con la apariencia específica de la zona a intervenir.

En cuanto a la *relación entre las variables rol sexual e intención de realizarse una mamoplastia de aumento*, se encontró que sólo la masculinidad se relaciona de manera positiva con esta última variable, por lo que a mayor grado de masculinidad mayor intención, aunque se esperaba que la feminidad también predijera la intención de realizarse este procedimiento quirúrgico.

Estos resultados pueden ser explicados por el hecho de que el rol sexual masculino está conformado por una serie de características como ser independiente, atreverse a tomar riesgos y tomar decisiones fácilmente, las cuales podrían facilitar la decisión de someterse a una cirugía estética, debido a que estos procedimientos usualmente pueden conllevar a experimentar dolor, complicaciones médicas durante y/o después de la intervención, resultados insatisfactorios e incluso podrían llevar a la muerte.

Además, la masculinidad está compuesta por rasgos como ser competitivo y ambicioso, lo cual podría incrementar el deseo de realizarse una mamoplastia de aumento, debido a que este procedimiento quirúrgico podría convertirse en un medio para alcanzar metas como el ideal de belleza cultural (Abreu, et al., 2000; Wolf, 1991).

Sin embargo, el hecho de que sólo la masculinidad se relacionara de manera positiva con la intención de realizarse mamoplastia de aumento, también puede ser entendido por los resultados que Méndez (2005) encontró en su estudio, de acuerdo con los cuales existen diferencias significativas entre mujeres y hombres operados y no operados, siendo el grupo de participantes que se sometieron a cirugía estética los que tendían a alejarse de su rol tradicional, siendo los hombres más sensibles, controlados y pasivos, y las mujeres más activas, competentes y autosuficientes. Específicamente, estos hallazgos podrían apuntar a que no son sólo las características propias del rol sexual masculino lo que permite predecir la intención de someterse a una mamoplastia de aumento, sino la discrepancia que puede haber entre el sexo de la persona y el rol sexual que asume, debido a que posiblemente una mujer con un rol sexual masculino deseará reforzar o realzar sus rasgos femeninos a través de su apariencia física. Esto último es confirmado por Uribe (2008), cuando afirma que el deseo de unos pechos grandes, podría significar la posibilidad de compensar algunos aspectos femeninos devaluados.

En cuanto a la *relación entre la variable edad y la intención de realizarse mamoplastia de aumento*, se encontró una relación negativa entre ellas, es decir, que mientras menos edad tienen las mujeres mayor intención de someterse a una mamoplastia de aumento parecen tener, lo cual es opuesto a la hipótesis planteada.

Esto es compatible con lo reportado por ASPS (2008), puesto que el 68% de las mujeres que se han realizado cirugía estética se encuentra en un rango de edad entre los 18 y los 39 años de edad, mientras que a partir de los 40 años de edad este porcentaje comienza a disminuir. Estos resultados podrían ser explicados por el hecho de que a medida que avanza la edad de las personas aumenta la probabilidad de padecer deterioros en su funcionamiento general, y por lo tanto en su salud (Papalia, et al., 2004), lo cual posiblemente genera una mayor preocupación por los riesgos que tiene someterse a una mamoplastia de aumento, tomando en cuenta que este procedimiento quirúrgico implica exponerse a anestesia general, a un proceso de cicatrización y al posible rechazo de los implantes mamarios por ser cuerpos extraños.

Además, Erikson (1968; cp. Papalia, et al., 2004) plantea que en la etapa de la adolescencia se experimenta la crisis de identidad y si no se resuelve queda una confusión de identidad usualmente hasta la adultez temprana, por lo cual estas personas son más vulnerables a la opinión de otras personas, especialmente de sus pares, y es por eso que sus decisiones tienen como finalidad la adaptación al ambiente social, tomando para estos ídolos o figuras con las cuales identificarse. Esto probablemente hace que las mujeres jóvenes sean socialmente más influenciables y deseen, en mayor medida que las mujeres mayores, acercarse al ideal de belleza impuesto socialmente.

Aunado a esto, Marcia (1966; cp. Papalia, et al., 2004) afirma que en la adultez normalmente las personas ya han resuelto su conflicto de identidad, por lo que logran una toma de decisiones conciente y un sistema de creencias consolidado, y de esta manera tienden a ser más precavidas y están abiertas a nuevas ideas mientras sostengan sus propias normas. Esta podría ser una de las principales razones por las cuales las mujeres mayores presentan una menor intención de realizarse una mamoplastia de aumento, en tanto que probablemente consideran en mayor medida que las jóvenes los riesgos que puede implicar someterse a una cirugía y no tanto las exigencias sociales asociadas al ideal de belleza, y por lo tanto logran tomar una decisión mejor fundamentada.

Por otra parte, al analizar aquellas variables que debían predecir las creencias asociadas a la mamoplastia de aumento, específicamente se encontró que *no existe una relación significativa entre las dos dimensiones del rol sexual* (masculinidad y feminidad) *y las dos dimensiones de la variable creencias acerca de la mamoplastia de aumento* (creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; y creencias de que la mamoplastia aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres); aunque se esperaba que la feminidad se relacionara positivamente y la masculinidad negativamente con las creencias acerca de la mamoplastia de aumento.

Así mismo, se encontró que no existe una relación significativa entre *la edad y las dos dimensiones de la variable creencias acerca de la mamoplastia de aumento*, lo cual no es coherente con lo planteado en las hipótesis ya que se esperaba que mientras mayor la edad mayores eran las creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales; y de que este procedimiento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres.

La falta de relación entre el rol sexual y la edad con las creencias acerca de la mamoplastia de aumento, podría ser explicada por el hecho de que las mujeres de la muestra del presente estudio probablemente construyen estas creencias basándose en fuentes de información que no se ven afectadas por estas variables, en tanto que mujeres de diferentes edades y que asumen diferentes roles sexuales pueden tener las mismas creencias. Este resultado podría deberse, en parte, a que los medios de comunicación manipulan la información haciendo creer a las mujeres que quedarán hermosas sin exponer su vida a un riesgo significativo (Ventura, 2000), lo cual podría hacer que las creencias que hay en torno a la mamoplastia de aumento sean más homogéneas, tomando en cuenta que actualmente la mayoría de las mujeres caraqueñas tienen la posibilidad de acceder a estos medios (revistas, programas de televisión, Internet, entre otros).

Además, es importante resaltar que estos mismos resultados fueron encontrados por Ramírez y Rodríguez (2008) cuando determinaron la influencia del sexo y el rol sexual sobre las creencias en torno a la liposucción, obteniendo que las

creencias de que a liposucción conlleva a beneficios físicos, estéticos y psicológicos, y de que no implica riesgos para la salud, no estaban determinadas por el sexo y el rol sexual de las personas, y esto parece apoyar lo planteado anteriormente.

Por otra parte, al analizar aquellas variables que debían predecir la estima corporal, se encontró una *relación positiva significativa entre las dos dimensiones del rol sexual* (feminidad y masculinidad) y las *tres dimensiones de la estima corporal* (estima corporal asociada a la apariencia física y el peso; estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad; y la estima corporal relacionada con la condición física); lo cual no es congruente con lo planteado en las hipótesis ya que se esperaba que la masculinidad se relacionara positivamente y la feminidad negativamente.

La relación positiva entre feminidad y estima corporal podría explicarse por el hecho de que mientras mayor es el grado de feminidad, más convencional, sensible a la adulación y pasiva es la persona, y por lo tanto mayor es la probabilidad de que incurra en conductas de autocuidado físico que le permitan ajustarse al ideal de belleza femenino, y que además incrementan su nivel de satisfacción corporal. Es decir, en este caso ajustarse al ideal de belleza femenino es producto de un deseo por mimetizarse con el estereotipo social y "estar a la moda".

Además la relación positiva entre masculinidad y estima corporal, podría explicarse por el hecho que mientras mayor es el grado de masculinidad, más competitiva, ambiciosa, activa y poderosa es la persona, y por lo tanto mayor es la probabilidad de que incurra en conductas para mejorar su apariencia, que le permitan alcanzar un mayor estatus social y el ideal de belleza femenino como meta. Es decir, en este caso alcanzar el ideal de belleza femenino le permitiría a la persona tener la pareja o el trabajo deseado, y poder competir con otros en cuanto a la apariencia física.

Por último se encontró que existe una *relación negativa significativa entre la edad y las tres dimensiones de la estima corporal* (estima corporal asociada a la apariencia física y el peso; estima corporal relacionada con el rostro y la sexualidad; y la estima corporal relacionada con la condición física) lo cual es congruente con lo

planteado en las hipótesis. Esto puede ser explicado por el hecho de que la sociedad constantemente presiona a las mujeres para que luzcan jóvenes y actúen como tal, de esta manera en la medida que las mujeres van envejeciendo experimentan la "crisis de mitad de vida" en tanto que dejan de ser jóvenes, padecen de pérdidas físicas reales (disminución gradual en fuerza y coordinación), cabellos encanecidos, piel engrosada y patas de gallo, los cuales son atributos poco deseados socialmente y que de hecho pueden afectar la adaptación sexual de una pareja, debido a que la mujer pierde el valor como compañera sexual y romántica (Papalia, et al., 2004).

A partir de los resultados encontrados se observa que el modelo propuesto en el presente estudio se cumple parcialmente. Específicamente, se encontró que, las mujeres que tienen mayor intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos diez años, está influenciadas por las creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, las creencias de que este procedimiento quirúrgico no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres, la masculinidad y la edad; donde las variables psicosociales constituyen factores importantes en la predicción de la intención. De esta manera, la TAR se asume como un modelo general básico en la explicación de la misma.

De esta manera, la presente investigación permite establecer algunas de las variables psicosociales que predicen la intención que tienen las mujeres de someterse a una mamoplastia de aumento, y esta información debe ser de interés para psicólogos y cirujanos plásticos, en tanto que deben comprender las motivaciones por las cuales una persona se desea realizar una cirugía estética, y dejar en claro que mediante estos procedimientos quirúrgicos la persona puede mejorar sus formas físicas más no los problemas psicológicos y/o sociales que puedan llevarlas a querer someterse a una cirugía estética, y que el fundamental problema puede ser que las personas creen que su vida cambiará luego de la cirugía (Mottura, 1993).

VI. CONCLUSIONES

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 500 mujeres de la ciudad de Caracas, con edades comprendidas entre 15 y 54 años. Dichas mujeres reportaron en general baja probabilidad de incurrir en el procedimiento de cirugía estética denominado "mamoplastia de aumento" en los próximos diez años. Además, éstas tenían una percepción positiva de que dicha cirugía conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, entre lo cuales se encontrarían mejorar la apariencia física y aumentar el nivel de aceptación social. Así mismo, poseían creencias de que la mamoplastia de aumento implica riesgos para la salud y hace lucir poco naturales a las mujeres.

Aunado a esto, estas mujeres presentaron una tendencia a evaluar de manera positiva su condición física y sus rasgos faciales y sexuales, mientras que tendían a estimar de manera levemente positiva su apariencia física y su peso. En cuanto al rol sexual poseían un alto grado tanto de feminidad como de masculinidad.

En la presente investigación se evidenciaron diversos efectos directos sobre la intención que tiene una persona de realizarse una mamoplastia de aumento, específicamente se encontró que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, creer que además no implica riesgos para la salud y tampoco hace lucir artificiales a las mujeres, poseer un rol sexual masculino y ser joven, predicen mayor intención de realizarse mamoplastia de aumento en los próximos diez años.

Contrario a lo planteado, se encontró que las tres dimensiones específicas de la estima corporal no se relacionen con la intención de realizarse este procedimiento quirúrgico sino que, lo que influye sobre dicha variable es el grado de satisfacción aún más específico asociado a los senos, por lo que las mujeres que tengan baja estima relacionada con sus senos tendrán mayor intención de realizarse mamoplastia de aumento. En cuanto al rol sexual, se encontró que un alto grado de masculinidad predice una mayor intención de realizarse una cirugía de aumento de senos, y que la feminidad no se relaciona significativamente con esta última variable.

De acuerdo con lo esperado en cuanto a la variable edad, es importante destacar que mientras mayores son las mujeres tendrán una menor intención de realizarse una mamoplastia de aumento.

Además, se encontró que las creencias acerca de la mamoplastia de aumento se construyen a partir de diversos factores en los que no están implicados el rol sexual y la edad. Sin embargo, estas últimas variables predicen la estima corporal, en tanto que mientras mayor sea el grado de masculinidad y feminidad, y menor la edad, mayor será la estima corporal relacionada con cada una de las tres dimensiones mencionadas anteriormente.

Por último, es importante mencionar que la intención de realizarse una mamoplastia de aumento parece estar determinada no sólo por una finalidad estética sino también por motivaciones psicológicas y sociales, las cuales no fueron profundizadas en el presente estudio.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La muestra de la presente investigación no fue escogida de manera aleatoria, por lo que se debe tener precaución al momento de generalizar estos resultados a otras poblaciones.

Así mismo, la forma en que fueron administrados los instrumentos pudo haber influido en que las participantes respondieran por deseabilidad social, ya que los contestaban en presencia de amigos o conocidos, de modo que podía generarse el temor de ser evaluada de manera negativa por ellos, y de esta manera sus puntuaciones pudieron verse afectadas.

Se recomienda para futuras investigaciones relacionadas con cirugías estéticas utilizar muestras que estén conformadas por personas provenientes de otros contextos culturales, con el objetivo de explorar las posibles diferencias existentes entre los mismos respecto a la intencionalidad de realizarse mamoplastia de aumento, y de este modo, ampliar la discusión en torno a este tema.

En futuros estudios sobre la mamoplastia de aumento sería importante incluir una medida de la presión social percibida, de la vulnerabilidad de una persona a ser influida por ésta última, y el nivel de satisfacción específico asociado a distintos aspectos de los senos (forma, tamaño firmeza y simetría), mediante una escala de estima específica asociada a dichos aspectos.

Así mismo, sería conveniente considerar el nivel de autoestima, rasgos de personalidad, y otras variables psicológicas que pudieran predecir la intención de realizarse mamoplastia de aumento.

Además, se recomienda realizar investigaciones cuyas muestras de estudio conformadas por tres grupos: (a) mujeres operadas de mamoplastia de aumento; (b) mujeres que tengan la intención de realizarse una mamoplastia de aumento; y (c) mujeres que no tengan la intención de realizarse una mamoplastia de aumento; con el

objetivo de observar las diferencias que existen entre ellas en las diversas variables estudiadas en la presente investigación.

Por último, sería conveniente realizar una investigación donde se estudien los cambios que han ocurrido en el rol sexual que asumen las personas, tomando en cuenta el sexo y algunas variables psicosociales que hayan influido en la formación de los mismos, ya que se ha observado que en general actualmente las mujeres presentan un alto grado de masculinidad, así como un alto grado de feminidad (Montero, 1984; y A. Oropeza, comunicación personal, Junio 11, 2010).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C., Tumer, O., González, R., Betancourt, R. y Leal, R. (2000). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugía Plástica, 10 (3),* 97-101.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp.11-39). Heidelberg, Germany: Springer.

Armitage, C. y Conner, M. (1999). The theory of planned behavior: Assessment of Predictive Validity and Perceived Control. *British Journal of Social Psychology, 38,* 35-54.

Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social. (8va Ed.).* Madrid: Prentice Hall.

Bem, S. (1974). The measurement of psychological Androgyny. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 42,* 155-162

Byram, S., Fischhoff, B., Embrey, M., Bruine, W. y Thorne, S. (2001). Mental modes of women with breast implants: Local complications. *Behavioral Medicine, 27 (1),* 4-15.

Calatayud, S., Hernández, M., Ortiz, I., Rodríguez, Y. y Villarroel, R. (2004). *Influencia del rol sexual, la autoestima, el locus de control y el sexo sobre los estilos amorosos en una muestra de estudiantes entre 18 y 23.* Monografía no publicada en la cátedra de Psicología Social de la Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela.

Clarke, L. (2001). Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 38(4),* 441-464.

Contreras, A. y Moya, N. (2001). *Rasgos de personalidad e imagen corporal en pacientes que se someterán a cirugía plástica estética.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Charaf, J. y Montiel, L. J. (2007). *Androginia, estima corporal y perspectivas de meta como predictores del nivel de participación deportiva en mujeres.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Coiffman, F. (2006) *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.* (3era Ed.). Barcelona: Amolca.

Depablos, Ch. y González, M. (2008). *Actitudes hacia la cirugía estética en estudiantes de la U.C.V.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Didie, E. y Sarwer, D. (2003) Factors wich influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women's Health, 12 (3),* 241-253.

Edgerton, M. y Knorr, N. (1971). Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery, 48,* 551-557.

Escuela de Psicología (2002). *Contribuciones a la Deontología de la Investigación a la Psicología.* Caracas: Publicaciones UCAB.

Finn, J. (1986). The relationship between sex role attitudes and attitudes supporting marital violence. *Sex Roles, 14,* 235-244.

Forbes, G., Adams-Curtis, L., Rade, B. y Jaberg, P. (2001). Body dissatisfaction in women and men: The role of gender-typing and self-esteem. *Sex Roles, 44 (7),* 461-484.

Franzoi, S. y Shields, S. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a collage population. *Journal of Personality Assessment, 2*, 173-178.

Gagné, P. y McGaughey, D. (2002). Designing women: Cultural hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mammoplasty. *Gender and Society, 16,* 814-38.

Gandica, A. (1989). *Pacientes sometidas a mamoplastia reductora: Una perspectiva psicológica.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Ganong, L. H. y Coleman, M. (1987). Sex, sex roles and emocional expressiveness. *The Journal of Genetic Psychology, 146 (3),* 405-411.

Gimlin, D. (2007). Accounting for cosmetic surgery in the USA and Great Britain: A cross-cultural analysis of women's narratives. *Body and Society, 13 (1),* 41-60.

Gladfelter, J. (2007). Breast augmentation 101: Understanding cosmetic augmentation mammaplasty. *Plastic Surgical Nursing, 27 (3),* 136-145.

Greenleaf-Rey, F. (2005, enero). Self-objectification among physically active women. *Sex Roles: A Journal of Research.* Recuperado en Marzo 15, 2009, de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_1-2_52/ai_n13651293.

Harré, R. y Lamb, R. (1992). *Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad.* Barcelona: Paidós.

Henderson-King, D., Henderson-King, E. y Hoffmann, L. (2001). Media images and women's self-evaluations: Social context and importance of attractiveness as moderators. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27,* 1407-1416.

Hoffman, R., y Borders, L. (2001). Twenty-five years after the Bem sex-role inventory: A reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34,* 39-55.

Honigman, R., Phillips, K. A. y Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery, 113,* 1229-1237.

Jorquera, M., Baños, R., Perpiña, C. y Botella, C. (2005). La escala de estima corporal (BES): Validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 10, (3),* 173-192.

Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002*). Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales.* (4ta Ed.). México: Mc Graw Hill.

Lintunen, T., Leskinen, E., Oinonen, M., Salinto, M. y Rahkila, P. (1995). Change, rehability, and stability in self-perceptions in early adolescence: a four-year follow-up study. *International Journal of Behavior Development, 18, (2),* 351-364.

Luna, I. (2001). Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 30(4),* 383-388.

McGrath, M. H., y Mukerji, S. (2000). Plastic surgery and the teenage patient. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology, 13,* 105-118.

Medline Plus: Medical Dictionary (2007). Cirugía Estética. Recuperado en Enero 24, 2009, de http://www.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm

Méndez, M. (2005). *Histeria, Obsesividad y masculinidad-feminidad en pacientes que se someten a cirugía estética.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Mendoza, R. (1980). *Aproximación psicológica al paciente de cirugía estética.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Ministerio de la Familia (1987). *Estereotipos y Roles Sexuales en Venezuela: Un Estudio Bibliográfico 1975-1985.* Venezuela: ILDIS.

Money, J. (1975). *Asignaturas Sexuales.* Barcelona: Editorial ATE.

Montero, M. (1984). La estructura familiar venezolana y la transformación de estereotipos y roles sexuales. *Boletín de la AVEPSO, 12 (1),* 9-16.

Moreau, D. y Pocaterra, M. (2004). *Consumo de productos dietéticos: Un diagrama de ruta.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Morales, F. (1999). *Psicología Social.* España, Madrid: Mc Graw Hill.

Mottura, A. (1993). *Todo lo Nuevo en Cirugía Estética.* Buenos Aires: Planeta.

Mundarain, F. y Rotker, J. (2001). *Modelo de ruta de las actitudes hacia las personas gordas.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano.* (9na ed.). D.F., México: Mc Graw Hill.

Pizzuti, M. y Rubio, A. (1985). *Relación entre el rol sexual y rendimiento académico en una muestra de la UCAB.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Ramachandran, K. (2008). Breast Augmentation. *Indian Journal Plastic Surgery Supplement 41,* 41-47.

Ramírez, A. y Rodríguez, C. (2008). *Influencia del sexo, rol sexual, estima corporal, locus de control de peso y creencias acerca de la liposucción, sobre la intención de realizarse liposucción.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Real Academia Española (2009). Recuperado en Enero 25, 2009, de http://www.rae.es

Robinson, J., Shaver, P. y Wrightsman, L. (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. New York: Academic Press.

Salkind, E. (1981). *Métodos de Investigación.* México: Prentice Hall.

Schiffman, L. y Kanuk, L. (2001). *Comportamiento del consumidor.* México: Prentice Hall.

Secord, P. y Jourard, S. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology, 17,* 343-347.

Sierra-Bravo, R. (1981). *Análisis Estadístico y Modelos Matemáticos.* Madrid: Paraninfo.

Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (2008). Recuperado en Enero 25, 2009, de http://www.plasticsurgery.org/

Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica (2007). Recuperado en Marzo 03, 2009, de www.sociedadcirugiaplasticavenezolana.org/

Swami, V., Premuzic, T., Bridges, S. y Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image, 6,* 7-13.

Tovar, Z. (2003). *Rasgos de personalidad e imagen corporal en mujeres que han sido sometidas a cirugía plástica estética. (mamoplastia).* Trabajo de Grado de

Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Uribe, S. (2008). *Estudio cualitativo de la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post-operadas de cirugía estética de mamas.* Trabajo especial de grado no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Ventura, L. (2000). *La Tiranía de la Belleza.* España: Plaza & Janés Editores, S.A.

Von Soest, T., Kvalem, I.L., Skolleborg, K.C., Roald, H. E. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery, 117*, 51-62.

Wolf, N. (1991). *El Mito de la Belleza.* Barcelona: Emece.

ANEXO A

Escala de Intención de Realizarse Mamoplastia de Aumento
(versión definitiva).

A continuación, lea detenidamente el siguiente planteamiento, luego marque con una equis (**X**) sobre el lugar correspondiente al espacio numérico que más se ajuste a su caso. Recuerde que sólo debe marcar un espacio.

En los próximos diez años, tengo la intención de realizarme una **Cirugía de Aumento de Senos**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Con toda seguridad **NO** me la realizaría

Con toda seguridad **SI** me la realizaría

En caso de que usted tenga la intención de realizarse una Cirugía de Aumento de Senos, ¿Esta sería de carácter reconstructivo o debido a alguna afección médica? Si____ No____

ANEXO B

Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento
(versión definitiva).

A continuación encontrará una serie de planteamientos referidos a la ***Mamoplastia de Aumento (o Cirugía de Aumento de Senos)***. Para cada uno, marque con una **X** la opción de respuesta que mejor refleje su opinión. Por favor responda a todos los planteamientos, no deje ninguno sin contestar.

La Mamoplastia de Aumento (o Cirugía de Aumento de Senos):	**Totalmente en Desacuerdo**	**En Desacuerdo**	**Indiferente**	**De Acuerdo**	**Totalmente de Acuerdo**
1. Garantiza mayor aceptación social.					
2. Ayuda a sentirse más atractiva.					
3. Favorece la aparición de cáncer de seno.					
4. Puede conllevar a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención.					
5. Ayuda a conseguir pareja.					
6. Mejora la apariencia física.					
7. Tiene una recuperación difícil y dolorosa.					
8. Mejora la autoestima.					
9. Permite disfrutar más la sexualidad.					
10. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres.					
11. Permite mejorar las proporciones del cuerpo.					
12. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual.					
13. Aumenta la confianza y seguridad en sí misma.					
14. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis.					
15. Puede generar dolores de espalda o musculares.					
16. Disminuye la sensibilidad de los senos.					
17. Puede llevar a la muerte.					
18. Ayuda a sentirse más cómoda con el cuerpo.					
19. Facilita la atracción del sexo opuesto.					
20. Mejora la forma de los senos.					
21. Permite que la ropa quede mejor.					
22. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella misma.					
23. Es innecesaria.					
24. Permite dar firmeza a los senos.					
25. Deja cicatrices desagradables.					

ANEXO C

Escala de Estima Corporal de Franzoi y Shields (1984), traducida y validada por Mundarain y Rotker (2001), y reevaluada por Ramírez y Rodríguez (2008) (versión definitiva).

A continuación se presentan un número de partes y funciones del cuerpo. Por favor, lea cada renglón y marque con una equis (X), en el espacio correspondiente, **cómo se siente respecto a esa parte o función de su propio cuerpo.**

	Sentimientos negativos fuertes	Sentimientos negativos	Indiferente	Sentimientos positivos	Sentimientos positivos fuertes
1. Aroma corporal					
2. Apetito					
3. Nariz					
4. Resistencia					
5. Reflejo					
6. Labios					
7. Fuerza muscular					
8. Cintura					
9. Nivel de energía					
10. Muslos					
11. Orejas					
12. Bíceps					
13. Barbilla					
14. Masa muscular					
15. Coordinación motora					
16. Nalgas					
17. Agilidad					
18. Ancho de los hombros					
19. Brazos					
20. Pecho o busto					
21. Apariencia de los ojos					
22. Mejillas/Pómulos					
23. Cadera					
24. Piernas					
25. Figura o físico					
26. Impulso sexual					
27. Pies					
28. Órganos Sexuales					
29. Apariencia del estómago					
30. Salud					
31. Actividades sexuales					
32. Vello corporal					
33. Condición física					
34. Rostro					
35. Peso					

ANEXO D

Escala de Rol Sexual de Bem de 1976, traducida por Calatayud, Hernández, Ortiz, Rodríguez y Villarroel (2004), revisada por Charaf y Montiel (2007), y reevaluada por Ramírez y Rodríguez (2008) (versión definitiva).

A continuación encontrará una lista de 60 características. Lea cada una de ellas detenidamente, y marque con una equis (X) en el espacio que más se aproxime a describirla.

	Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Casi siempre es cierto	Siempre es cierto
1. Me apoyo a mí misma					
2. Cautelosa					
3. Asertiva					
4. Defiendo mis propias creencias					
5. Alegre					
6. Cambio de humor fácilmente					
7. Independiente					
8. Tímida					
9. Consciente					
10. Atlética					
11. Cariñosa					
12. Dramática					
13. Caritativa					
14. Sensible a la adulación					
15. Feliz					
16. Personalidad fuerte					
17. Leal					
18. Impredecible					
19. Poderosa					
20. Femenina					
21. Confiable					
22. Analítica					
23. Simpática					
24. Celosa					
25. Tengo habilidades de líder					
26. Sensible a las necesidades de otro					
27. Honesta					
28. Me atrevo a tomar riesgos					
29. Comprensiva					
30. Reservada					
31. Tomo decisiones fácilmente					
32. Compasiva					

Continúe en la siguiente página ⟶

	Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Casi siempre es cierto	Siempre es cierto
33. Sincera					
34. Autosuficiente					
35. Me apresuro a aliviar sentimientos heridos					
36. Narcisa					
37. Dominante					
38. Hablo suave					
39. Agradable					
40. Masculina					
41. Cálida					
42. Solemne					
43. Me atrevo a tomar una posición					
44. Afectuosa					
45. Amistosa					
46. Agresiva					
47. Crédula					
48. Ineficiente					
49. Actúo como una líder					
50. Actúo como una niña					
51. Adaptable					
52. Individualista					
53. No uso lenguaje rudo					
54. Asistemática					
55. Competitiva					
56. Amo a los niños					
57. Sutil					
58. Ambiciosa					
59. Gentil					
60. Convencional					

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO E

Datos de identificación, edad y otras variables relevantes incluidas en la investigación (versión definitiva).

Estimada participante, estamos realizando nuestro trabajo de grado sobre ***la Mamoplastia de Aumento (o Cirugía de Aumento de Senos)*** y necesitamos su valiosa colaboración para responder al siguiente cuestionario. Le recordamos que la información proporcionada **es confidencial** y sólo será utilizada para fines del presente estudio. Responda todas las preguntas de manera sincera. De antemano, gracias por su colaboración.

1. Edad: _____

2. ¿Cuántas cirugías estéticas se ha realizado? _____

3. En caso de haberse realizado alguna(s) cirugía(s), indique el tipo de cirugía(s) realizada(s) y marque con una equis (**X**) su grado de satisfacción asociado a la(s) misma(s):

Cirugía(s) que me he realizado:	**Muy Satisfecha**	**Satisfecha**	**Insatisfecha**	**Muy Insatisfecha**
1.				
2.				
3.				

En el caso de que se haya realizado una Cirugía de Aumento de Senos, ¿Ésta fue de carácter reconstructivo o por alguna afección médica?: Si_____ No_____

ANEXO F

Encuesta Abierta de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento.

Estamos realizando nuestro trabajo de grado sobre *aumento de senos*, para esto necesitamos tu colaboración, por favor responda a las preguntas que se presentan a continuación de la manera más sincera posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerde que sus respuestas son totalmente **confidenciales** y sólo serán utilizadas para fines de esta investigación.

1) ¿Qué cree usted que es la mamoplastia de aumento (o Aumento de Senos)?:

_____

_____

_____

_____

2) ¿Cuáles cree usted que son las principales ventajas y desventajas de realizarse el procedimiento de mamoplastia de aumento (o Aumento de Senos)?

Ventajas:

- _____
- _____
- _____
- _____

Desventajas:

- _____
- _____
- _____
- _____

3) ¿Cuáles cree usted que serían las consecuencias de realizarse una mamoplastia de aumento (o aumento de senos)?

_____

_____

_____

_____

¡Gracias por su colaboración!

ANEXO G

Escala Cerrada de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión piloto).

COLOQUE SU EDAD: _____

A continuación se le presentará una serie de planteamientos referidos a la ***Mamoplastia de Aumento (o Cirugía de Aumento de Senos)***, con el propósito de conocer su opinión acerca de ellos. Para cada uno, marque con una X la opción de respuesta que mejor refleje su opinión. Responda lo más sinceramente posible, ninguna de las respuestas se considera correcta o incorrecta. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor responda a todos los planteamientos, no deje ninguno sin contestar.

La Mamoplastia de Aumento (o Cirugía de Aumento de Senos):	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Indiferente	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Garantiza mayor aceptación social.					
2. Produce estrías.					
3. Ayuda a sentirse más atractiva.					
4. Favorece la aparición de cáncer de seno.					
5. Puede conllevar a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención.					
6. Ayuda a conseguir pareja.					
7. Mejora la apariencia física.					
8. Tiene una recuperación difícil y dolorosa.					
9. Mejora la autoestima.					
10. Permite disfrutar más la sexualidad.					
11. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres.					
12. Permite mejorar las proporciones del cuerpo.					
13. Afecta negativamente el proceso de amamantar.					
14. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual.					
15. Aumenta la confianza y seguridad en sí misma.					
16. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis.					
17. Puede generar dolores de espalda o musculares.					
18. Disminuye la sensibilidad de los senos.					
19. Puede llevar a la muerte.					
20. Ayuda a sentirse más cómoda con el cuerpo.					
21. Facilita la atracción del sexo opuesto.					
22. Aumenta las posibilidades laborales y/o el logro de metas.					
23. Mejora la forma de los senos.					
24. Permite que la ropa quede mejor.					
25. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella misma.					
26. Es innecesaria.					
27. Permite dar firmeza a los senos.					
28. Deja cicatrices desagradables.					

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO H

Análisis de Contenido de la información obtenida mediante la Encuesta de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento

Ventajas	Frecuencia	Desventajas	Frecuencia
Mejora el autoestima	62	Puede conllevar a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención (infecciones, encapsulamiento)	41
Mejora la apariencia física 40 / mejora la estética corporal 18		Implica los riesgos de cualquier cirugía	33
Corrige defectos congénitos (por ejemplo: asimetría), o producto de una enfermedad (por ejemplo cáncer) o un accidente	16	Implica la presencia de un objeto extraño en el cuerpo que podría ser rechazado	24
Aumenta la confianza y seguridad en sí misma	14	Puede no cumplir las expectativas de la paciente generando inconformidad	21
Te permite sentirte cómoda con tu cuerpo	13	Tiene como desventaja el tener que volver a operarse para renovar las prótesis	20
No tiene consecuencias desfavorables si es realizada por un especialista calificado	13	Puede generar dolores de espalda o musculares	18
Permite que la ropa te quede mejor	11	Deja cicatrices poco estéticas	13
Permite reafirmar los senos o mejorar la flacidez de los mismos	7	Tiene una recuperación difícil y dolorosa	12
Ayuda a sentirse más atractiva	7	Puede llevar a la muerte	11
Permite mejorar las proporciones del cuerpo	6	Perjudica la salud	8
Te brinda mayor aceptación social	5	Disminuye la sensibilidad de los senos	7
Facilita la atracción del sexo opuesto	5	Es asumir un riesgo innecesario	7
Aumenta las posibilidades laborales y/o el logro de metas	5	Favorece la aparición de cáncer de seno	5
Mejora la forma de los senos	4	Afecta negativamente en el proceso de amamantar	4
Permite salir sin usar sostén	3	Es un procedimiento demasiado costoso	4
Ayuda a conseguir pareja	3	Puede hacerte sentir que no eres tú misma	4
Permite sentirte mejor con tus senos	2	Conlleva a que los demás te perciban como un objeto sexual	3
Te permite disfrutar más tu sexualidad	2	Produce estrías	3
		Te hace ver más gorda	2
		Te hace lucir plástica y/o artificial	2
		Podría desproporcionar el cuerpo	1
		Disminuye el pudor de las mujeres	1

ANEXO I

Modelo de Carta entregado a los Jueces Expertos

Caracas____de_____de 2010

Estimado profesor: _____

Por medio de la presente nos dirigimos a usted en calidad de juez experto para solicitar su apoyo en la validación de un instrumento de nuestro trabajo especial de grado: *Influencia de la Edad, Rol Sexual, Estima Corporal y Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento, sobre la Intención de realizarse Mamoplastia de Aumento;* cuyo profesor guía es Andrés Ramírez.

El instrumento es: "Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento". Las creencias son entendidas como los juicios y las percepciones que se adquieren mediante una combinación de la experiencia directa con el objeto de la actitud y la información conexa procedente de varias fuentes (Schiffman y Kanuk, 2001). Para esta investigación se entenderá como creencias acerca de la mamoplastia de aumento a los juicios y percepciones que tengan las personas sobre dicho objeto social. Esta variable se incluyó en la investigación en base a la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen (2002), en la que se postula que las creencias son un predictor efectivo de la intención comportamental y, en la medida que dichas creencias sean más específicas al objeto (creencias acerca de la mamoplastia de aumento) mayor será su efectividad para predecir la intención comportamental (intención de realizarse mamoplastia de aumento).

Para construir dicho instrumento se administró un cuestionario compuesto por preguntas abiertas a una muestra de 80 mujeres, de las cuales 6 son estudiantes del Colegio "El Carmelo" (edad comprendida entre 15 y 17 años), 14 son estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello (edad comprendida entre 18 y 24 años), y 60 son mujeres trabajadoras, de las cuales 20 tienen una edad comprendida entre 25 y 34 años, otras 20 tienen una edad comprendida entre 35 y 44 años, y 20 con una edad comprendida entre 45 y 54 años. Luego de realizar el análisis de contenido a las respuestas dadas se definieron los ítems presentados en la escala.

Su colaboración consiste en chequear el instrumento presentado y que a partir de su experticia, usted evalúe los siguientes aspectos: (a) instrucciones; (b) redacción; (c) formato de presentación; (d) pertinencia de los ítems respecto al objetivo de medición de la escala; y (e) pertinencia de los ítems respecto a la muestra a la cual va dirigida (estudiantes del Colegio "El Carmelo" con edades comprendidas entre 15 y 16 años, estudiantes de la UCAB con edades comprendidas entre 17 y 24 años, y trabajadoras con edades comprendidas entre 25 y 54 años.

De antemano, muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

Pastó, Adriana

Paulos, Rogelio

ANEXO J

Confiabilidad y Estructura Factorial para la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión piloto)

	Media de la Escala si el Ítem es borrado	Varianza de la Escala si el Ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (alpha) si el ítem es borrado
1. Garantiza mayor aceptación social	82,0350	227,320	,385	,843
2. Produce estrías	81,5050	237,156	,160	,850
3. Ayuda a sentirse mas atractiva	80,7300	222,992	,522	,838
4. Favorece la aparición de cáncer de seno	81,3950	229,888	,314	,845
5. Puede conllevar a complicaciones medicas durante y/o después de la intervención	82,6350	236,655	,169	,850
6. Ayuda a conseguir pareja	81,9500	227,093	,385	,843
7. Mejora la apariencia física	80,7450	221,678	,626	,836
8. Tiene una recuperación difícil y dolorosa	82,4050	233,790	,261	,847
9. Mejora la autoestima	80,7600	223,309	,510	,839
10. Permite disfrutar mas la sexualidad	81,8200	226,480	,425	,842
11. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres	82,2100	224,508	,484	,840
12. Permite mejorar las proporciones del cuerpo	80,9650	226,888	,442	,841
13. Afecta negativamente el proceso de amamantar	81,3850	230,630	,285	,846
14. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual	82,1400	226,634	,393	,843
15. Aumenta la confianza y seguridad en si misma	81,0500	224,349	,489	,840
16. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis	82,8200	236,882	,221	,847
17. Puede generar dolores de espalda o musculares	82,4600	235,325	,212	,848
18. Disminuye la sensibilidad de los senos	81,8250	232,256	,297	,846
19. Puede llevar a la muerte	82,0100	229,357	,316	,845
20. Ayuda a sentirse mas cómoda con el cuerpo	80,9000	224,402	,574	,838
21. Facilita la atracción del sexo opuesto	80,8050	228,690	,412	,842
22. Aumenta las posibilidades laborales y/o el logro de metas	82,1950	236,097	,153	,851
23. Mejora la forma de los senos	80,7200	227,499	,454	,841
24. Permite que la ropa quede mejor	80,8300	223,107	,541	,838
25. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella	81,4350	228,147	,395	,843
26. Es innecesaria	81,8100	223,662	,486	,839
27. Permite dar firmeza a los senos	80,5250	230,693	,384	,843
28. Deja cicatrices desagradables	81,5950	232,041	,284	,846

		N	%
Casos	Válidos	200	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	200	100,0

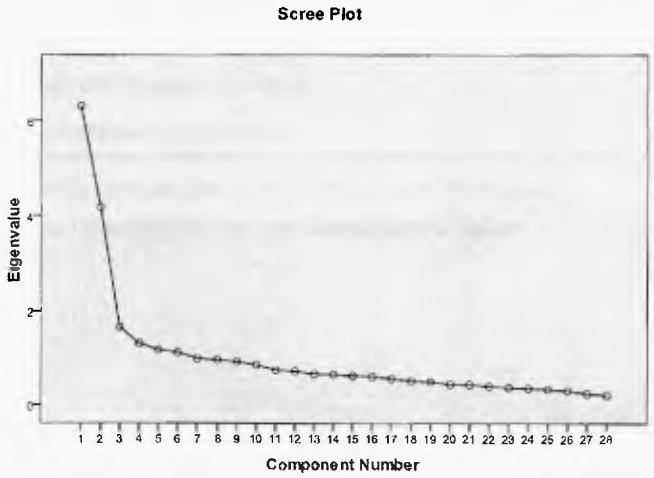
Estadísticos de Confiabilidad

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach en base a los ítems estandarizados	N de Ítems
,848	,850	28

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Sumas Extraídas de las Cargas al Cuadrado			Sumas Rotadas de las Cargas al Cuadrado		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	6,310	22,535	22,535	6,310	22,535	22,535	6,095	21,770	21,770
2	4,177	14,917	37,451	4,177	14,917	37,451	4,139	14,781	36,551
3	1,645	5,874	43,325	1,645	5,874	43,325	1,897	6,774	43,325
4	1,301	4,648	47,973						
5	1,168	4,173	52,146						
6	1,118	3,993	56,139						
7	,985	3,519	59,658						
8	,959	3,425	63,083						
9	,919	3,281	66,364						
10	,854	3,049	69,413						
11	,738	2,634	72,047						
12	,710	2,535	74,582						
13	,654	2,335	76,917						
14	,643	2,297	79,215						
15	,614	2,192	81,407						
16	,598	2,136	83,542						
17	,556	1,985	85,528						
18	,507	1,810	87,337						
19	,488	1,741	89,079						
20	,437	1,562	90,640						
21	,429	1,533	92,173						
22	,395	1,410	93,583						
23	,367	1,311	94,894						
24	,350	1,248	96,142						
25	,334	1,192	97,335						
26	,298	1,065	98,400						
27	,242	,863	99,262						
28	,207	,738	100,000						

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.



Matriz de Componentes Rotados[a]

	Componentes		
	1	2	3
29. Garantiza mayor aceptación social	,502	,080	-,478
30. Produce estrías	,070	,206	,309
31. Ayuda a sentirse mas atractiva	,735	,026	-,010
32. Favorece la aparición de cáncer de seno	,171	,364	,315
33. Puede conllevar a complicaciones medicas durante y/o después de la intervención	-,175	,581	-,088
34. Ayuda a conseguir pareja	,542	,046	-,545
35. Mejora la apariencia física	,785	,125	,042
36. Tiene una recuperación difícil y dolorosa	,038	,479	,136
37. Mejora la autoestima	,743	,010	-,035
38. Permite disfrutar mas la sexualidad	,486	,179	-,274
39. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres	,199	,663	,108
40. Permite mejorar las proporciones del cuerpo	,577	,095	-,063
41. Afecta negativamente el proceso de amamantar	,264	,205	,565
42. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual	,170	,553	,203
43. Aumenta la confianza y seguridad en si misma	,732	-,020	,054
44. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis	-,110	,614	-,091
45. Puede generar dolores de espalda o musculares	-,115	,582	-,086
46. Disminuye la sensibilidad de los senos	-,001	,581	,187
47. Puede llevar a la muerte	-,016	,670	,084
48. Ayuda a sentirse mas cómoda con el cuerpo	,722	,118	,072
49. Facilita la atracción del sexo opuesto	,716	-,161	-,105
50. Aumenta las posibilidades laborales y/o el logro de metas	,305	-,051	-,702
51. Mejora la forma de los senos	,642	,017	,055
52. Permite que la ropa quede mejor	,698	,083	-,013
53. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella	,159	,558	,313
54. Es innecesaria	,248	,597	-,041
55. Permite dar firmeza a los senos	,624	-,087	,151
56. Deja cicatrices desagradables	,021	,560	,027

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales..

Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser.

ANEXO K

Confiabilidad y Estructura Factorial para la Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (versión definitiva)

Estadísticos ítem – total

	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (alpha) si el ítem es borrado
1. Garantiza mayor aceptación social.	73,0913	140,432	,322	,823
2. Ayuda a sentirse más atractiva.	71,8726	136,516	,493	,816
3. Favorece la aparición de cáncer de seno.	72,2994	142,019	,261	,826
4. Puede conllevar a complicaciones médicas durante y/o después de la intervención.	73,5414	143,355	,297	,824
5. Ayuda a conseguir pareja.	72,9873	141,391	,280	,825
6. Mejora la apariencia física.	71,8280	136,921	,505	,816
7. Tiene una recuperación difícil y dolorosa.	73,1189	145,433	,186	,828
8. Mejora la autoestima.	72,0701	135,325	,526	,814
9. Permite disfrutar más la sexualidad.	72,8471	136,764	,454	,817
10. Hace lucir plásticas y/o artificiales a las mujeres.	72,7516	138,119	,411	,819
11. Permite mejorar las proporciones del cuerpo.	71,9809	139,806	,425	,819
12. Conlleva a que los demás perciban a las mujeres como un objeto sexual.	72,6051	140,950	,286	,825
13. Aumenta la confianza y seguridad en sí misma.	72,2611	135,036	,521	,814
14. Puede implicar que el cuerpo rechace las prótesis.	73,5478	144,942	,227	,826
15. Puede generar dolores de espalda o musculares.	73,2845	143,659	,270	,825
16. Disminuye la sensibilidad de los senos.	72,7495	142,163	,302	,824
17. Puede llevar a la muerte.	72,9384	140,500	,296	,825
18. Ayuda a sentirse más cómoda con el cuerpo.	72,0552	136,333	,560	,814
19. Facilita la atracción del sexo opuesto.	71,9087	140,555	,370	,821
20. Mejora la forma de los senos.	71,6879	140,577	,399	,820
21. Permite que la ropa quede mejor.	71,8323	139,655	,439	,819
22. Puede hacer sentir a la mujer que no es ella misma.	72,3758	140,784	,337	,822
23. Es innecesaria.	72,7113	141,942	,300	,824
24. Permite dar firmeza a los senos.	71,6412	141,997	,348	,822
25. Deja cicatrices desagradables.	72,4968	141,174	,311	,823

		N	%
Casos	Válidos	471	94,2
	Excluidos	29	5,8
	Total	500	100,0

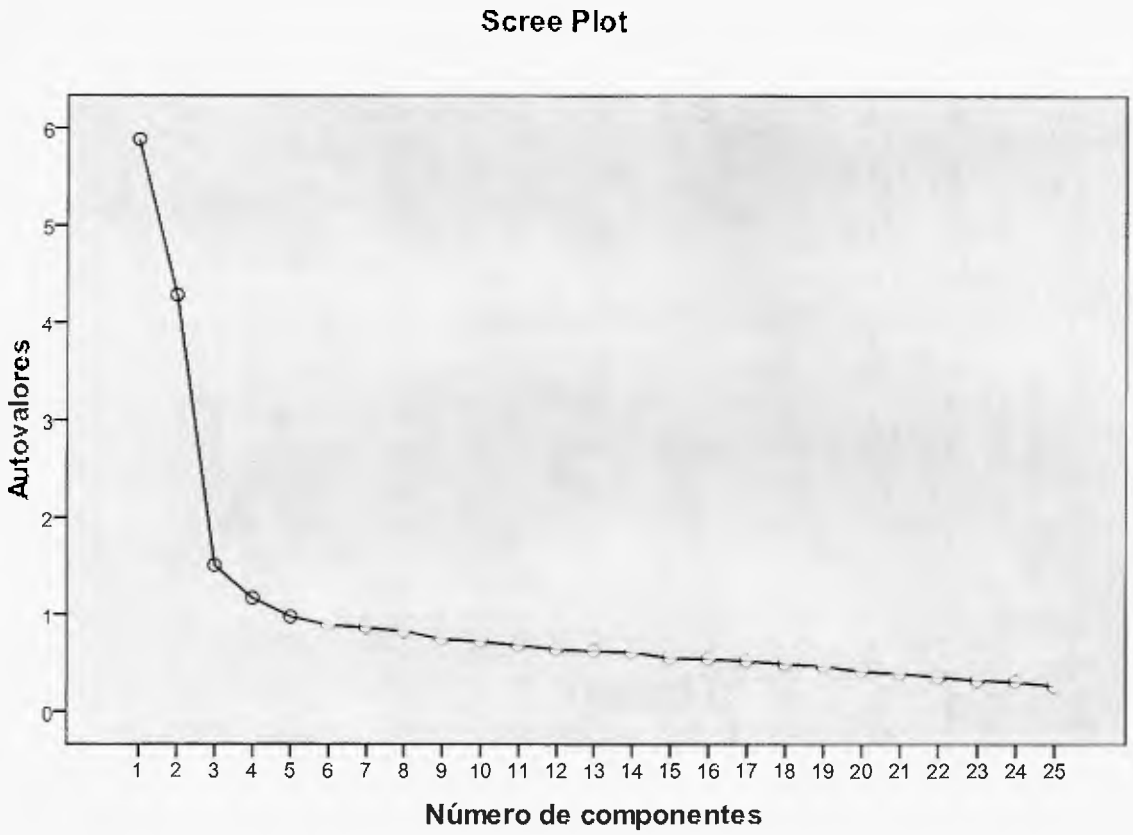
Estadístico de confiabilidad

Alpha de Cronbach	N de Ítems
,827	25

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Sumas Extraídas de las Cargas al Cuadrado			Sumas Rotadas de las Cargas al Cuadrado		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	5,881	23,524	23,524	5,881	23,524	23,524	5,556	22,224	22,224
2	4,283	17,132	40,656	4,283	17,132	40,656	4,289	17,155	39,379
3	1,508	6,034	46,690	1,508	6,034	46,690	1,828	7,311	46,690
4	1,169	4,677	51,367						
5	,975	3,899	55,267						
6	,891	3,562	58,829						
7	,861	3,445	62,273						
8	,821	3,285	65,559						
9	,740	2,961	68,520						
10	,720	2,878	71,398						
11	,678	2,710	74,109						
12	,638	2,551	76,659						
13	,618	2,472	79,131						
14	,608	2,434	81,565						
15	,551	2,203	83,768						
16	,542	2,169	85,937						
17	,520	2,081	88,017						
18	,488	1,953	89,970						
19	,469	1,876	91,846						
20	,411	1,642	93,489						
21	,390	1,560	95,049						
22	,353	1,413	96,462						
23	,319	1,277	97,738						
24	,305	1,221	98,960						
25	,260	1,040	100,000						

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.



KMO y Prueba de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin: Medida de Adecuación Muestral.		,887
Prueba de Esfericidad De Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4158,923
	Gl	300
	Sig.	,000

ANEXO L

Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala de Estima Corporal (versión definitiva)

Estadísticos ítem – total

	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (alpha) si el ítem es borrado
1. Aroma corporal	127,7452	298,100	,418	,933
2. Apetito	128,0428	296,127	,420	,934
3. Nariz	127,9850	298,101	,354	,934
4. Resistencia	127,9722	295,100	,463	,933
5. Reflejo	127,7002	297,210	,499	,933
6. Labios	127,5503	298,089	,456	,933
7. Fuerza muscular	128,0835	294,008	,484	,933
8. Cintura	128,2398	289,453	,532	,932
9. Nivel de energía	127,8544	291,309	,573	,932
10. Muslos	128,0771	290,058	,578	,932
11. Orejas	127,8158	296,133	,494	,933
12. Bíceps	128,2484	293,633	,530	,932
13. Barbilla	127,9422	294,222	,567	,932
14. Masa muscular	128,3319	288.686	,593	,932
15. Coordinación motora	127,6745	295,250	,521	,933
16. Nalgas	128,0193	289,877	,532	,932
17. Agilidad	127,8116	291,325	,623	,932
18. Ancho de los hombros	127,9893	294,749	,495	,933
19. Brazos	127,9615	292,127	,568	,932
20. Pecho o busto	127,9979	295,912	,361	,934
21. Apariencia de los ojos	127,6103	296,393	,443	,933
22. Mejillas/Pómulos	127,7259	294,946	,573	,932
23. Cadera	127,9507	290,575	,556	,932
24. Piernas	127,9593	288,318	,592	,932
25. Figura o físico	127,8266	288,401	,680	,931
26. Impulso sexual	127,5696	295,713	,520	,933
27. Pies	127,8822	293,293	,477	,933
28. Órganos Sexuales	127,6124	295,131	,586	,932
29. Apariencia del estómago	128,4433	286,166	,597	,932
30. Salud	127,6595	292,465	,562	,932
31. Actividades sexuales	127,6317	294,504	,541	,932
32. Vello corporal	128,2698	293,365	,425	,934
33. Condición física	127,9165	289,270	,638	,931
34. Rostro	127,5910	294,388	,572	,932
35. Peso	128,4604	287,189	,533	,933

		N	%
Casos	Válidos	467	93,4
	Excluidos	33	6,6
	Total	500	100,0

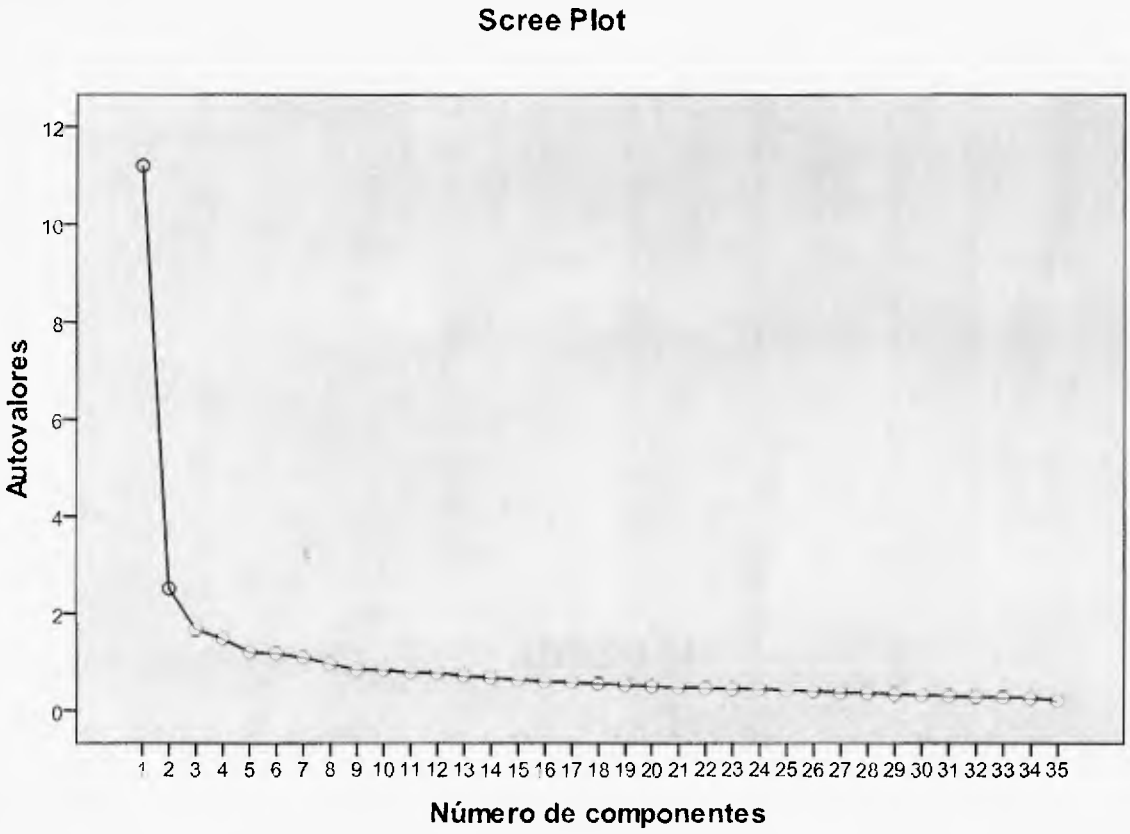
Estadístico de Confiabilidad

Alpha de Cronbach	N of Ítems
,934	35

Varianza Total Explicada

Componentes	Autovalores Iniciales			Sumas Extraídas de las Cargas al Cuadrado			Sumas Rotadas de las Cargas al Cuadrado		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	11,207	32,021	32,021	11,207	32,021	32,021	5,819	16,626	16,626
2	2,508	7,167	39,188	2,508	7,167	39,188	5,328	15,222	31,848
3	1,668	4,765	43,953	1,668	4,765	43,953	4,237	12,105	43,953
4	1,478	4,223	48,176						
5	1,203	3,437	51,613						
6	1,173	3,353	54,966						
7	1,095	3,129	58,095						
8	,964	2,755	60,849						
9	,848	2,422	63,271						
10	,847	2,419	65,690						
11	,793	2,266	67,957						
12	,784	2,241	70,198						
13	,726	2,074	72,271						
14	,684	1,955	74,226						
15	,644	1,839	76,065						
16	,604	1,727	77,792						
17	,595	1,699	79,491						
18	,566	1,618	81,108						
19	,538	1,536	82,645						
20	,507	1,449	84,094						
21	,490	1,400	85,494						
22	,474	1,353	86,847						
23	,462	1,321	88,168						
24	,455	1,299	89,467						
25	,438	1,250	90,717						
26	,414	1,184	91,901						
27	,391	1,118	93,019						
28	,377	1,078	94,097						
29	,350	1,001	95,098						
30	,328	,938	96,036						
31	,312	,891	96,927						
32	,299	,856	97,783						
33	,288	,822	98,605						
34	,269	,770	99,374						
35	,219	,626	100,000						

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.



KMO y Prueba de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin: Medida de Adecuación Muestral.		,935
Prueba de Esfericidad De Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7007,407
	gl	595
	Sig.	,000

ANEXO M

Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala de Rol Sexual (versión definitiva).

Estadísticos ítem – total

	Media de la escala si el ítem es borrado	Varianza de la escala si el ítem es borrado	Correlación del ítem con la escala total	Índice de confiabilidad (alpha) si el ítem es borrado
1. Me apoyo a mí misma	213,6955	384,235	,481	,868
2. Cautelosa	213,9705	387,938	,363	,869
3. Asertiva	214,0568	386,528	,442	,869
4. Defiendo mis propias creencias	213,3841	389,007	,447	,869
5. Alegre	213,6500	387,271	,452	,869
6. Cambio de humor fácilmente	214,8682	398,516	,040	,874
7. Independiente	213,6750	387,286	,365	,869
8. Tímida	215,1705	397,914	,054	,874
9. Consciente	213,5705	388,018	,421	,869
10. Atlética	215,2932	389,707	,227	,872
11. Cariñosa	213,6773	385,408	,478	,868
12. Dramática	215,4409	396,129	,087	,874
13. Caritativa	213,9682	385,990	,401	,869
14. Sensible a la adulación	215,1136	393,167	,153	,873
15. Feliz	213,7227	386,224	,454	,869
16. Personalidad fuerte	213,8864	384,178	,402	,869
17. Leal	213,3386	391,045	,379	,870
18. Impredecible	214,8568	391,763	,174	,873
19. Poderosa	214,8000	383,755	,339	,870
20. Femenina	213,3886	390,019	,371	,870
21. Confiable	213,3409	391,451	,340	,870
22. Analítica	213,6886	390,311	,292	,870
23. Simpática	213,6795	385,211	,494	,868
24. Celosa	214,6273	391,433	,173	,873
25. Tengo habilidades de líder	214,4000	380,022	,445	,868
26. Sensible a las necesidades de otro	213,9114	389,557	,277	,871
27. Honesta	213,3000	390,935	,423	,870
28. Me atrevo a tomar riesgos	213,9705	383,026	,457	,868
29. Comprensiva	213,5432	386,777	,506	,868
30. Reservada	213,9386	388,682	,290	,870
31. Tomo decisiones fácilmente	214,3500	383,135	,396	,869
32. Compasiva	213,8409	385,401	,452	,868
33. Sincera	213,4136	390,002	,443	,869
34. Autosuficiente	213,8341	387,551	,362	,869
35. Me apresuro a aliviar sentimientos heridos	214,3295	387,288	,319	,870
36. Narcisa	215,8909	394,562	,145	,873
37. Dominante	214,9455	389,797	,210	,872
38. Hablo suave	214,5795	388,199	,266	,871
39. Agradable	213,7250	385,011	,511	,868
40. Masculina	216,3727	400,540	-,006	,875
41. Cálida	214,0273	383,594	,474	,868
42. Solemne	214,5682	382,159	,442	,868
43. Me atrevo a tomar una posición	213,9091	383,267	,488	,868
44. Afectuosa	213,5841	384,654	,542	,868
45. Amistosa	213,4955	387,266	,477	,869
46. Agresiva	215,6250	395,588	,111	,873
47. Crédula	214,9477	392,009	,177	,872
48. Ineficiente	216,3114	406,584	-,167	,876
49. Actúo como una líder	214,6932	379,931	,412	,868
50. Actúo como una niña	215,8000	397,910	,054	,874
51. Adaptable	213,8614	385,646	,427	,869
52. Individualista	215,0295	392,894	,143	,873
53. No uso lenguaje rudo	215,0432	395,089	,086	,875
54. Asistemática	215,3295	392,481	,189	,872
55. Competitiva	214,5114	385,275	,324	,870
56. Amo a los niños	213,5068	388,592	,345	,870
57. Sutil	214,0136	383,467	,440	,868
58. Ambiciosa	214,8477	390,644	,184	,873
59. Gentil	213,6114	385,641	,493	,868
60. Convencional	214,3205	388,902	,289	,870

Varianza Total Explicada

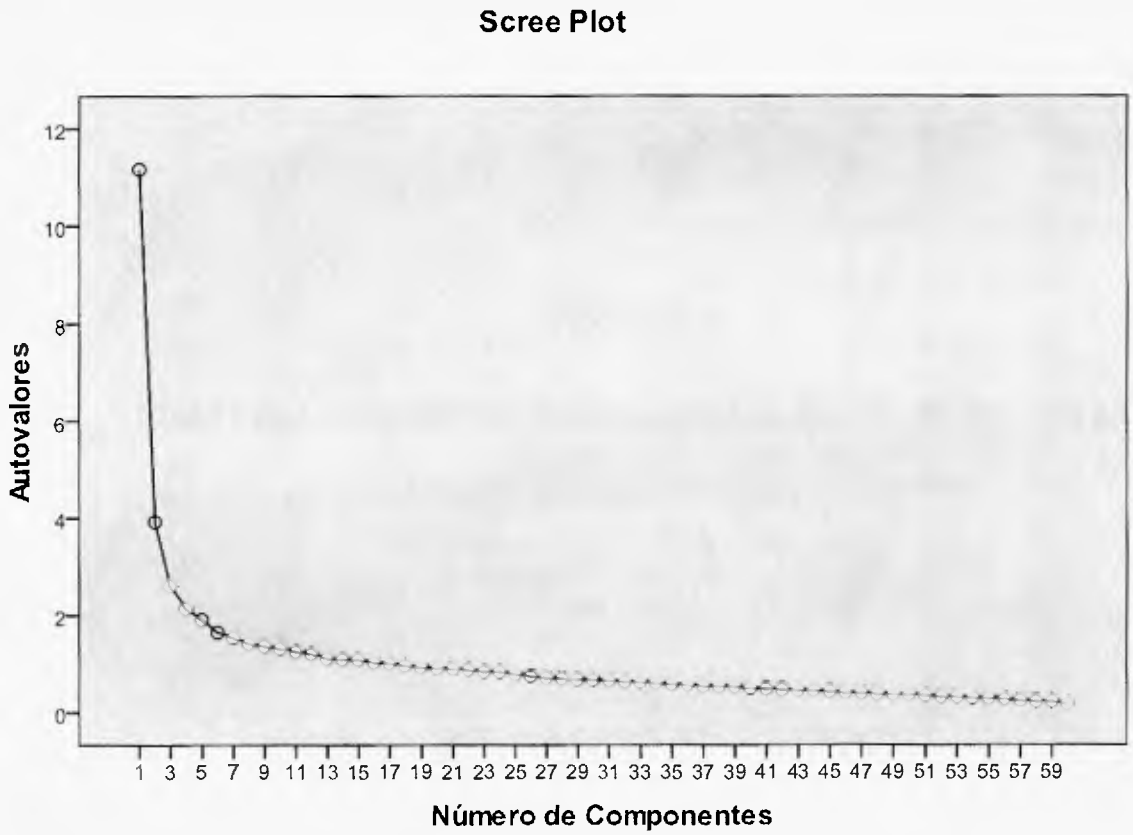
Componentes	Autovalores Iniciales			Sumas Extraídas de las Cargas al Cuadrado			Sumas Rotadas de las Cargas al Cuadrado		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	11.157	18.596	18.596	11.157	18.596	18.596	9.306	15.511	15.511
2	3.919	6.531	25.127	3.919	6.531	25.127	4.589	7.648	23.158
3	2.606	4.343	29.469	2.606	4.343	29.469	3.787	6.311	29.469
4	2.137	3.562	33.031						
5	1.908	3.180	36.211						
6	1.643	2.738	38.949						
7	1.544	2.573	41.521						
8	1.418	2.363	43.884						
9	1.363	2.272	46.156						
10	1.315	2.191	48.347						
11	1.251	2.084	50.432						
12	1.204	2.007	52.439						
13	1.106	1.843	54.282						
14	1.081	1.802	56.084						
15	1.079	1.798	57.881						
16	1.022	1.704	59.585						
17	1.017	1.695	61.281						
18	.963	1.604	62.885						
19	.927	1.545	64.430						
20	.904	1.507	65.937						
21	.894	1.489	67.426						
22	.881	1.469	68.895						
23	.836	1.394	70.289						
24	.833	1.388	71.678						
25	.780	1.301	72.978						
26	.739	1.232	74.211						
27	.709	1.181	75.392						
28	.694	1.157	76.549						
29	.672	1.120	77.668						
30	.666	1.110	78.778						
31	.658	1.096	79.874						
32	.631	1.052	80.927						
33	.625	1.041	81.968						
34	.606	1.011	82.979						
35	.576	.960	83.938						
36	.568	.946	84.884						
37	.545	.908	85.792						
38	.536	.894	86.686						
39	.524	.873	87.560						
40	.494	.824	88.383						
41	.485	.808	89.191						
42	.471	.785	89.976						
43	.462	.769	90.745						
44	.450	.750	91.495						
45	.433	.722	92.217						
46	.405	.676	92.893						
47	.404	.674	93.567						
48	.377	.628	94.195						
49	.371	.618	94.812						
50	.363	.605	95.417						
51	.352	.587	96.005						
52	.323	.539	96.544						
53	.319	.532	97.076						
54	.300	.500	97.575						
55	.288	.481	98.056						
56	.279	.465	98.521						
57	.251	.418	98.940						
58	.233	.388	99.328						
59	.225	.375	99.703						
60	.178	.297	100.000						

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

		N	%
Casos	Válidos	440	88,0
	Excluidos	60	12,0
	Total	500	100,0

Estadístico de Confiabilidad

Alpha de Cronbach	N of Ítems
,872	60



KMO y Prueba de Bartlett

Kaiser-Meyer-Olkin: Medida de Adecuación Muestral.		,869
Prueba de Esfericidad De Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	8986,565
	gl	1770
	Sig.	,000

ANEXO N

Matriz de Componentes Rotados para la Escala de Rol Sexual.

Matriz de componentes rotados para la escala de rol sexual

	Componentes		
	1	2	3
1. Me apoyo a mí misma	,403	**,482***	-,154
2. Cautelosa	**,337***	,366	-,212
3. Asertiva	,348	**,474***	-,100
4. Defiendo mis propias creencias	,437	**,416***	-,172
5. Alegre	**,589***	,175	-,075
6. Cambio de humor fácilmente	-,117	,009	**,482***
7. Independiente	,359	**,342***	-,186
8. Tímida	,065	-,171	,240
9. Consciente	**,519***	,223	-,156
10. Atlética	,162	,195	,078
11. Cariñosa	**,641***	,080	,031
12. Dramática	-,137	,075	**,563***
13. Caritativa	**,502***	,121	-,022
14. Sensible a la adulación	,172	-,167	**,497***
15. Feliz	**,528***	,310	-,159
16. Personalidad fuerte	,162	**,571***	,072
17. Leal	**,396***	,321	-,172
18. Impredecible	,028	,060	**,499***
19. Poderosa	,126	**,379***	,300
20. Femenina	**,464***	,143	-,019
21. Confiable	**,360***	,257	-,110
22. Analítica	,168	**,435***	-,165
23. Simpática	**,610***	,161	,029
24. Celosa	,087	-,021	**,509***
25. Tengo habilidades de líder	,184	**,597***	,117
26. Sensible a las necesidades de otro	**,315***	,093	,006
27. Honesta	**,545***	,214	-,198
28. Me atrevo a tomar riesgos	,318	**,465***	,065
29. Comprensiva	**,681***	,120	-,084
30. Reservada	**,342***	,112	-,078
31. Tomo decisiones fácilmente	,322	**,373***	-,034
32. Compasiva	**,609***	,070	-,041
33. Sincera	**,537***	,213	-,108
34. Autosuficiente	,236	**,431***	-,024
35. Me apresuro a aliviar sentimientos heridos	,283	,233	,013
36. Narcisa	-,086	,104	**,554***
37. Dominante	-,138	,403	**,460***
38. Hablo suave	**,415***	-,099	,046
39. Agradable	**,693***	,048	,057
40. Masculina	-,056	-,105	**,309***
41. Cálida	**,629***	,072	,024
42. Solemne	**,420***	,203	,155
43. Me atrevo a tomar una posición	,370	**,452***	,035
44. Afectuosa	**,718***	,091	,025

45. Amistosa	**,665***	,086	,005
46. Agresiva	-,159	,132	**,563***
47. Crédula	,037	,137	,296
48. Ineficiente	-,162	-,349	**,397***
49. Actúo como una líder	,116	**,609***	,146
50. Actúo como una niña	-,114	-,055	,555
51. Adaptable	**,469***	,208	-,011
52. Individualista	-,018	,099	**,374***
53. No uso lenguaje rudo	-,068	,231	,030
54. Asistemática	,067	,059	**,379***
55. Competitiva	,052	**,444***	,270
56. Amo a los niños	**,584***	-,019	-,122
57. Sutil	**,664***	-,078	,061
58. Ambiciosa	-,059	**,359***	,178
59. Gentil	**,670***	,064	-,005
60. Convencional	,283	,082	,150

*** Cargas factoriales ≥ a 0.30**

ANEXO Ñ

Análisis de Regresión, Comprobación de los Supuestos de los Errores y Normalidad de las Variables del Modelo.

RESULTADOS PARA LA VARIABLE: INTENCIÓN DE REALIZARSE MAMOPLASTIA DE AUMENTO.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,555[a]	,308	,297	3,06309	1,997

a. Predictores: (Constante), Creencias de que la Mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres, Estima corporal asociada a la apariencia física y el peso, estima corporal asociada al rostro y la sexualidad, masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento

ANOVA[b]

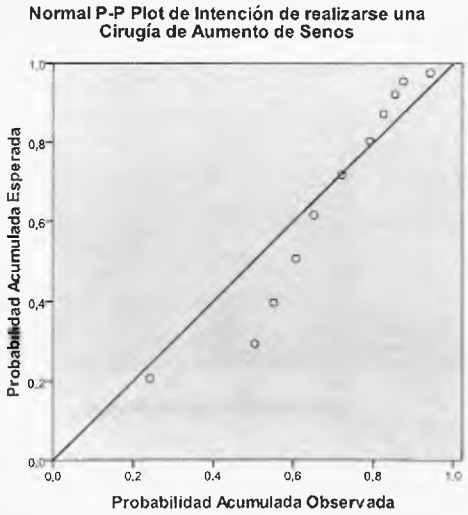
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Sig.
1	Regresión	1766,193	7	252,313	26,892	,000[a]
	Residual	3959,425	422	9,383		
	Total	5725,619	429			

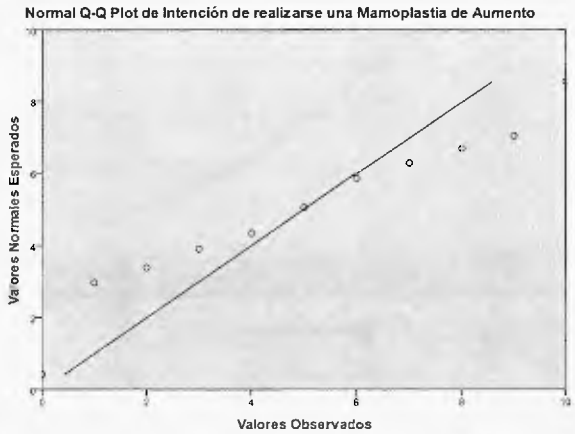
a. Predictores: (Constante), Creencias de que la Mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales, creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres, Estima corporal asociada a la apariencia física y el peso, estima corporal asociada al rostro y la sexualidad, masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento

Estadísticos Residuales[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	-3,9550	10,1987	3,0744	2,02904	430
Residual	-6,42437	8,31951	,00000	3,03800	430
Valor Predicho Estandarizado	-3,464	3,511	,000	1,000	430
Residual Estandarizado	-2,097	2,716	,000	,992	430

a. Variable dependiente: Intención de realizarse una Mamoplastia de Aumento





RESULTADOS PARA LA VARIABLE: CREENCIAS DE QUE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO CONLLEVA A BENEFICIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,107[a]	,012	,005	9,48406	1,968

a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Creencias de que la Mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales

ANOVA[b]

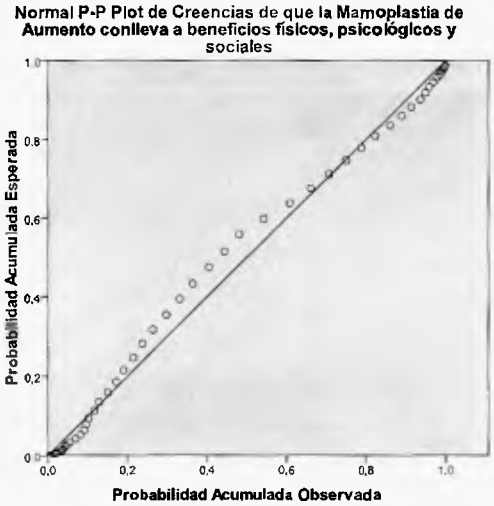
Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	F	Sig
1	Regresión	472,852		157,617	1,752	,156[a]
	Residual	40566,282	451	89,947		
	Total	41039,134	454			

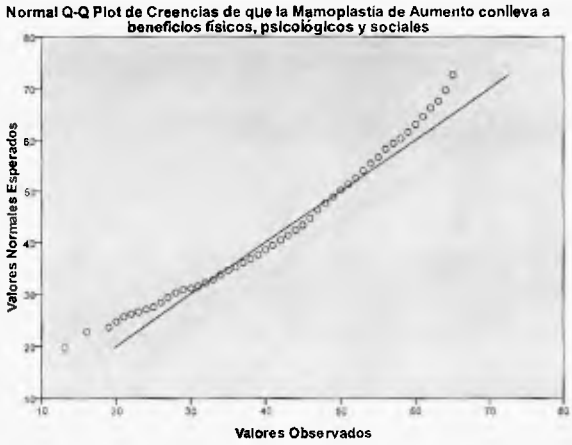
a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Creencias de que la Mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales

Estadísticos Residuales[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	40,9627	48,6080	43,6527	1,02055	455
Residual	-31,03739	23,20431	,00000	9,45267	455
Valor Predicho Estandarizado	-2,636	4,856	,000	1,000	455
Residual Estandarizado	-3,273	2,447	,000	,997	455

a. Variable dependiente: Creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos psicológicos y sociales.





RESULTADOS PARA LA VARIABLE: CREENCIAS DE QUE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO NO IMPLICA RIESGOS PARA LA SALUD Y NO HACE LUCIR ARTIFICIALES A LAS MUJERES.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,067[a]	,005	-,002	7,93217	1,883

a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Creencias de que la Mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres.

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Sig.
1	Regresión	129,288	3	43,096	,685	,562[a]
	Residual	28376,646	451	62,919		
	Total	28505,934	454			

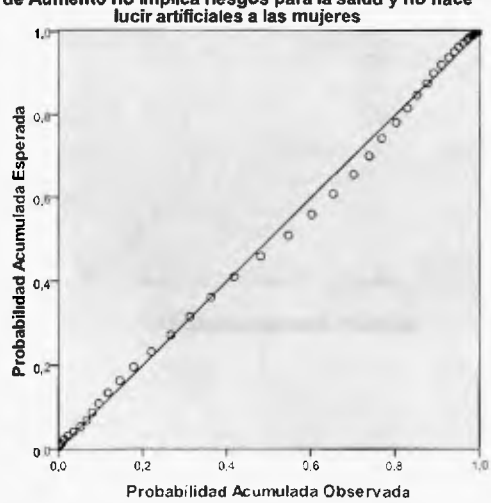
a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Creencias de que la Mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres.

Estadísticos Residuales[a]

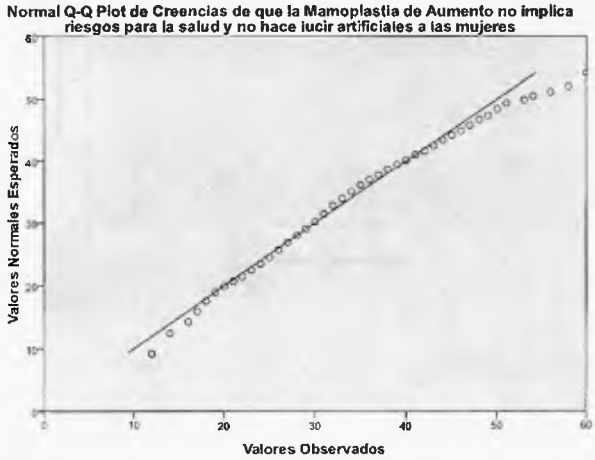
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	30,4611	33,3191	31,8242	,53364	455
Residual	-20,40524	28,33012	,00000	7,90592	455
Valor Predicho Estandarizado	-2,554	2,801	,000	1,000	455
Residual Estandarizado	-2,572	3,572	,000	,997	455

a. Variable dependiente: Creencias de que la mamoplastia de aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres

Normal P-P Plot de Creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres



Normal Q-Q Plot de Creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres



RESULTADOS PARA LA VARIABLE: ESTIMA CORPORAL ASOCIADA A LA APARIENCIA FÍSICA Y EL PESO.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,331[a]	,110	,104	7,92085	2,162

a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal relacionada con la apariencia física y el peso

ANOVA[b]

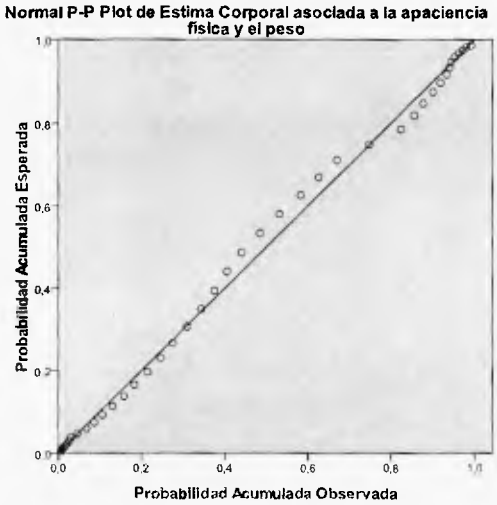
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Sig.
1	Regresión	3519,840	3	1173,280	18,701	,000[a]
	Residual	28546,609	455	62,740		
	Total	32066,449	458			

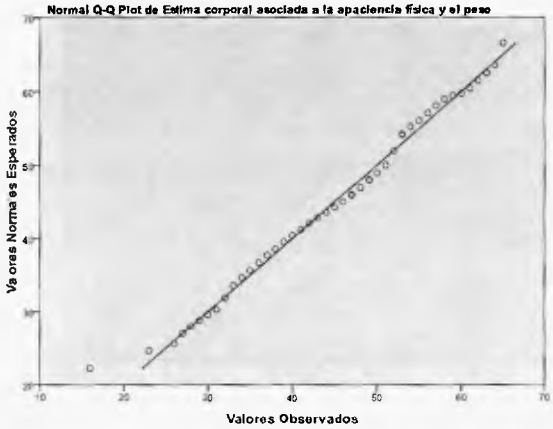
a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal asociada a la apariencia física y el peso

Estadísticos Residuales[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	31,7191	51,9953	46,4292	2,77223	459
Residual	-29,53313	19,01199	,00000	7,89486	459
Valor Predicho Estandarizado	-5,306	2,008	,000	1,000	459
Residual Estandarizado	-3,729	2,400	,000	,997	459

a. Variable dependiente: Estima corporal asociada a la apariencia física y el peso.





RESULTADOS PARA LA VARIABLE: ESTIMA CORPORAL ASOCIADA AL ROSTRO Y LA SEXUALIDAD.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,481[a]	,231	,226	6,06716	2,087

a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal asociada al rostro y la sexualidad

ANOVA[b]

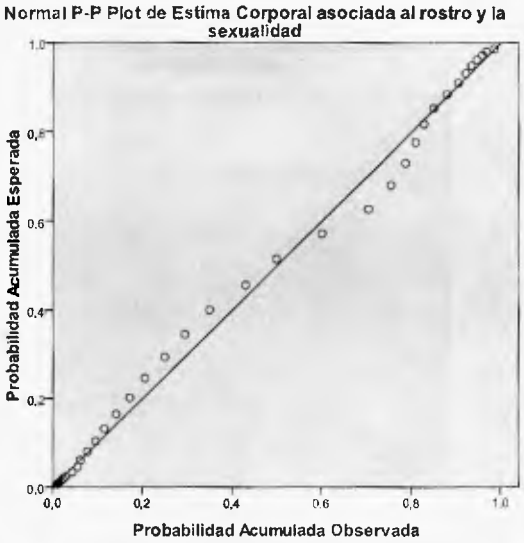
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Sig.
1	Regresión	5022,702	3	1674,234	45,483	,000[a]
	Residual	16675,132	453	36,810		
	Total	21697,834	456			

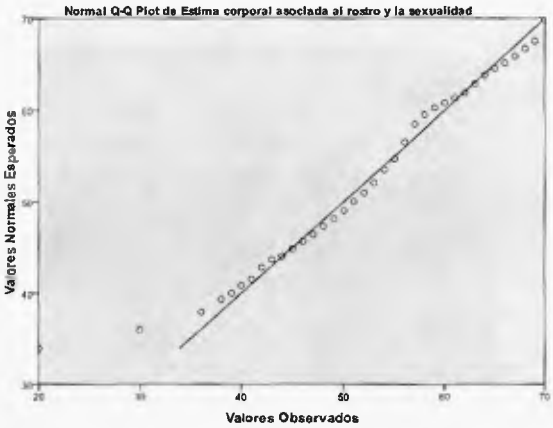
a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal asociada al rostro y la sexualidad

Estadísticos Residuales[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	36,6422	61,9865	54,7899	3,31884	457
Residual	-33,33178	17,35390	,00000	6,04717	457
Valor Predicho Estandarizado	-5,468	2,168	,000	1,000	457
Residual Estandarizado	-5,494	2,860	,000	,997	457

a. Variable dependiente: Estima asociada al rostro y la sexualidad





RESULTADOS PARA LA VARIABLE: ESTIMA CORPORAL ASOCIADA A LA CONDICIÓN FÍSICA.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación	Durbin-Watson
1	,470[a]	,221	,216	4,21698	2,224

a.

Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal asociada a la condición física

ANOVA[b]

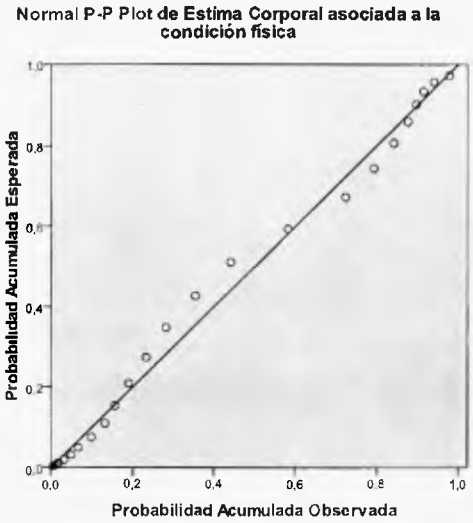
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Sig.
1	Regresión	2292,813	3	764,271	42,978	.000[a]
	Residual	8091,226	455	17,783		
	Total	10384,039	458			

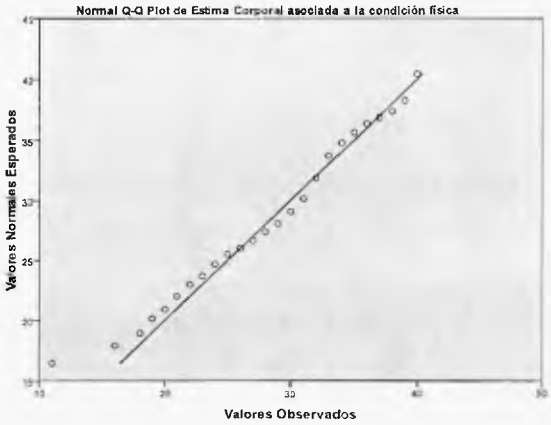
a. Predictores: (Constante), masculinidad, feminidad y edad.
b. Variable Dependiente: Estima corporal asociada a la condición física

Estadísticos Residuales[a]

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	N
Valor Predicho	18,9005	35,8077	30,9542	2,23744	459
Residual	-18,97270	10,48079	,00000	4,20315	459
Valor Predicho Estandarizado	-5,387	2,169	,000	1,000	459
Residual Estandarizado	-4,499	2,485	,000	,997	459

a. Variable Dependiente: Estima Corporal asociada a la Condición Física





ANEXO O

Matriz de Correlaciones entre las Variables de Estudio.

Correlaciones

		Edad	Intención de realizarse una Cirugía de Aumento de Senos	Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales	Creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificial a las mujeres	Estima Corporal relacionada con la Figura Corporal y el Peso	Estima Corporal relacionada con el Rostro y la Sexualidad	Estima Corporal relacionada con la Condición Física	Feminidad	Masculinidad
Edad	Correlación Pearson	1	-,314**	-,072	-,079	-,096*	-,067	-,058	,101*	,014
	Sig. (2-colas)		,000	,113	,084	,034	,143	,203	,027	,752
	N	500	500	481	483	489	485	489	479	484
Intención de realizarse una Cirugía de Aumento de Senos	Correlación Pearson	-,314**	1	,382**	,275**	-,033	,009	,031	-,039	,058
	Sig. (2-colas)	,000		,000	,000	,470	,839	,494	,394	,203
	N	500	500	481	483	489	485	489	479	484
Creencias de que la Mamoplastia de Aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales	Correlación Pearson	-,072	,382**	1	-,018	-,133**	-,088	-,065	-,085	-,057
	Sig. (2-colas)	,113	,000		,691	,004	,056	,158	,066	,219
	N	481	481	481	471	470	469	473	464	467
Creencias de que la Mamoplastia de Aumento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificial a las mujeres	Correlación Pearson	-,079	,275**	-,018	1	-,074	-,014	-,070	-,045	,014
	Sig. (2-colas)	,084	,000	,691		,109	,757	,131	,339	,756
	N	483	483	471	483	472	469	472	464	469
Estima Corporal relacionada con la Figura Corporal y el Peso	Correlación Pearson	-,096*	-,033	-,133**	-,074	1	,614**	,608**	,292**	,257**
	Sig. (2-colas)	,034	,470	,004	,109		,000	,000	,000	,000
	N	489	489	470	472	489	477	479	469	475
Estima Corporal relacionada con el Rostro y la Sexualidad	Correlación Pearson	-,067	,009	-,088	-,014	,614**	1	,666**	,415**	,415**
	Sig. (2-colas)	,143	,839	,056	,757	,000		,000	,000	,000
	N	485	485	469	469	477	485	474	467	471
Estima Corporal relacionada con la Condición Física	Correlación Pearson	-,058	,031	-,065	-,070	,608	,666	1	,409**	,410**
	Sig. (2-colas)	,203	,494	,158	,131	,000	,000		,000	,000
	N	489	489	473	472	479	474	489	469	474
Feminidad	Correlación Pearson	,101*	-,039	-,085	-,045	,292**	,415**	,409**	1	,577**
	Sig. (2-colas)	,027	,394	,066	,339	,000	,000	,000		,000
	N	479	479	464	464	469	467	469	479	468
Masculinidad	Correlación Pearson	,014	,058	-,057	,014	,257**	,415**	,410**	,577**	1
	Sig. (2-colas)	,752	,203	,219	,756	,000	,000	,000	,000	
	N	484	484	467	469	475	471	474	468	484

** Correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas).

* Correlación es significativa al nivel de 0.05 (2-colas).

ANEXO P

Matriz de Correlaciones entre la Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento y los Ítems de la Escala de Estima Corporal.

Correlaciones

		Intención de realizarse una Cirugía de Aumento de Senos
1. Aroma corporal	Correlación de Pearson	,087
	Sig. (2-colas)	,051
	N	499
2. Apetito	Correlación de Pearson	,011
	Sig. (2-colas)	,814
	N	500
3. Nariz	Correlación de Pearson	-,060
	Sig. (2-colas)	,184
	N	499
4. Resistencia	Correlación de Pearson	,053
	Sig. (2-colas)	,238
	N	499
5. Reflejo	Correlación de Pearson	,099*
	Sig. (2-colas)	,028
	N	496
6. Labios	Correlación de Pearson	,048
	Sig. (2-colas)	,281
	N	499
7. Fuerza muscular	Correlación de Pearson	-,008
	Sig. (2-colas)	,864
	N	499
8. Cintura	Correlación de Pearson	,013
	Sig. (2-colas)	,768
	N	500
9. Nivel de energía	Correlación de Pearson	-,007
	Sig. (2-colas)	,869
	N	497
10. Muslos	Correlación de Pearson	,003
	Sig. (2-colas)	,949
	N	500
11.Orejas	Correlación de Pearson	,025
	Sig. (2-colas)	,575
	N	498
12. Bíceps	Correlación de Pearson	-,080
	Sig. (2-colas)	,074
	N	495
13. Barbilla	Correlación de Pearson	-,072
	Sig. (2-colas)	,109
	N	499
14. Masa muscular	Correlación de Pearson	-,008
	Sig. (2-colas)	,854
	N	500
15. Coordinación motora	Correlación de Pearson	,047
	Sig. (2-colas)	,296
	N	499
16. Nalgas	Correlación de Pearson	,015
	Sig. (2-colas)	,738
	N	500

*. Correlaciones significativas al nivel de 0.05 (2-colas).
**. Correlaciones significativas al nivel de 0.01 (2-colas).

17. Agilidad	Correlación de Pearson	,031
	Sig. (2-colas)	,487
	N	500
18. Ancho de los hombros	Correlación de Pearson	,009
	Sig. (2-colas)	,848
	N	500
19. Brazos	Correlación de Pearson	-,057
	Sig. (2-colas)	,205
	N	498
20. Pecho o busto	Correlación de Pearson	-,337**
	Sig. (2-colas)	,000
	N	498
21. Apariencia de los ojos	Correlación de Pearson	-,052
	Sig. (2-colas)	,244
	N	500
22. Mejillas/ Pómulos	Correlación de Pearson	-,021
	Sig. (2-colas)	,635
	N	500
23. Cadera	Correlación de Pearson	,061
	Sig. (2-colas)	,176
	N	500
24. Piernas	Correlación de Pearson	,032
	Sig. (2-colas)	,480
	N	500
25. Figura o físico	Correlación de Pearson	,062
	Sig. (2-colas)	,168
	N	498
26. Impulso sexual	Correlación de Pearson	,106*
	Sig. (2-colas)	,018
	N	500
27. Pies	Correlación de Pearson	-,037
	Sig. (2-colas)	,414
	N	498
28. Órganos Sexuales	Correlación de Pearson	,062
	Sig. (2-colas)	,167
	N	497
29. Apariencia del estómago	Correlación de Pearson	-,003
	Sig. (2-colas)	,942
	N	500
30. Salud	Correlación de Pearson	,030
	Sig. (2-colas)	,506
	N	499
31. Actividades sexuales	Correlación de Pearson	,088
	Sig. (2-colas)	,051
	N	497
32. Vello corporal	Correlación de Pearson	-,011
	Sig. (2-colas)	,798
	N	499
33. Condición física	Correlación de Pearson	-,028
	Sig. (2-colas)	,536
	N	498
34. Rostro	Correlación de Pearson	-,025
	Sig. (2-colas)	,570
	N	500
35. Peso	Correlación de Pearson	-,021
	Sig. (2-colas)	,648
	N	499