

**Influencia de las creencias, actitudes, norma subjetiva,  
control percibido e imagen corporal sobre la intención  
de realizarse una mamoplastia de aumento**

Trabajo de Investigación presentado por:

Laura FIGUEROA

Y

Gabriela RODRÍGUEZ

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Profesora Guía:

Susana MEDINA

Caracas, Julio 2013

*“Los legados más importantes que le dejan los padres a sus hijos son:  
raíces y alas”*

*Hodding Carter.*

*Para mis padres, Rafael y Nimia,  
Por darme todo lo necesario para saber quién soy  
y de dónde vengo y por darme la confianza y  
la motivación para volar, alcanzar mis metas  
y seguir buscando más.*

*Gabriela Rodríguez.*

*Para Alejandro, Violeta, Alejandro Luis y Diego,  
Por ser una familia como pocas,  
Y por haberme enseñado a valorar  
las cosas importantes de la vida.*

*Laura Figueroa.*

## **Agradecimientos**

A mis padres y hermano, por su amor incondicional, por estar siempre para mí, por todas sus palabras de aliento y comprensión en momentos buenos y malos y por apoyarme en este esfuerzo de 5 años.

A mi promoción 53 por ser como es, sin su motivación, incentivo y apoyo incondicional no hubiera sido fácil el camino transitado.

A mi compañera de tesis, Laura Figueroa, por el cariño, paciencia, colaboración y relación de reciprocidad que logramos establecer y mantener durante gran parte de la carrera.

A mi padrino, Carlos, por ayudarnos y guiarnos en un momento de confusión técnica y metodológica.

A mi novio, por su compañía, apoyo, comprensión y paciencia en las noches de traspasar cada vez que era necesario.

A la profesora Susana Medina, por siempre saber qué decir en el momento adecuado, por motivarnos y empujarnos a ir más allá y por aceptar recorrer este último trecho de la carrera con nosotras.

Al profesor Alexander Ibarra, por darnos parte de su tiempo para sentarse con nosotras y acompañarnos e iluminarnos en el tema estadístico y psicométrico del trabajo.

Gabriela Rodríguez.

A mis padres y hermanos, por todo el apoyo brindado durante estos años de carrera, y en especial a mi hermanito Diego quien siempre con cariño y una sonrisa nos acompañó en esas noches de recolección de datos.

A Gaby Rodríguez, que más que una compañera de tesis fue una amiga incondicional que me dio su cariño, y que estuvo llena de comprensión paciencia y alegría durante el tiempo que compartimos juntas.

A mi novio, por darme su cariño y apoyo en todo momento, por motivarme a siempre ir un poco más allá en mis estudio, y por simplemente estar ahí.

A la Promo 53, por haber estado siempre dispuestos a ayudar a los demás, y por lograr que me sintiera que pertenecía a un grupo maravilloso.

A la profesora Susana Medina, por ser una excelente guía durante este último tramo de la carrera, y por brindarnos siempre esas palabras de aliento en los momentos precisos.

Al profesor Alexander Ibarra, por responder a nuestras dudas.

Laura Figueroa.

# Índice de Contenido

Resumen -----	x
Introducción -----	11
Marco Teórico -----	15
Método -----	56
Problema -----	56
Hipótesis -----	56
General -----	56
Específica -----	
Definición de variables -----	57
Variables endógenas -----	57
Variables exógenas -----	59
Variables a controlar -----	60
Tipo de Investigación -----	61
Diseño de investigación -----	62
Población y muestra -----	63
Instrumentos -----	64
Hoja de Datos de Identificación -----	64
Escala de Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento -----	64
Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento -----	66
Escala de Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento -----	68
Escala de Norma Subjetiva acerca de la Mamoplastia de Aumento -----	69
Escala de Control Conductual Percibido acerca de Realizarse la Mamoplastia de Aumento -----	71
Cuestionario de la Figura Corporal -----	72
Procedimiento -----	75
Análisis de datos -----	77
Análisis descriptivo de la muestra -----	78
Intención de realizarse una mamoplastia de aumento -----	81
Actitud hacia la mamoplastia de aumento -----	84
Norma subjetiva hacia la mamoplastia de aumento -----	85
Control conductual percibido para realizarse la mamoplastia de aumento -----	87
Creencias hacia la mamoplastia de aumento -----	88
Imagen corporal -----	90

Verificación de hipótesis -----	92
Análisis adicionales -----	98
Discusión -----	101
Conclusiones -----	114
Referencias -----	118
Anexos -----	126
Anexo A. Hoja de datos de identificación -----	127
Anexo A1. Hoja de datos de identificación original -----	128
Anexo A2. Hoja de datos de identificación modificada -----	130
Anexo B. Escala de Intención de realizarse la Mamoplastia de Aumento -----	132
Anexo B1. Escala de Intención de realizarse la Mamoplastia de Aumento Original -----	133
Anexo B2. Escala de Intención de realizarse la Mamoplastia de Aumento Modificada -----	135
Anexo C. Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento -----	137
Anexo C1. Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento Original -----	138
Anexo C2. Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento Modificada -----	142
Anexo D. Escala de actitud hacia la mamoplastia de aumento -----	145
Anexo D1. Escala de Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento Original -----	146
Anexo D2. Escala de Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento Modificada -----	148
Anexo E. Escala de Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento-----	151
Anexo E1. Escala de Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento Original -----	152
Anexo E2. Escala de Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento Modificada -----	155
Anexo F. Escala de Control Conductual Percibido acerca de Realizarse la Mamoplastia de Aumento -----	158
Anexo F1. Escala de Control Conductual Percibido acerca de	159

Realizarse la Mamoplastia deAumento Original -----	
Anexo F2. Escala de Control Conductual Percibido acerca de	
Realizarse la Mamoplastia deAumento Modificado -----	161
Anexo G. Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (1987) -----	164
Anexo H. Cargas factoriales -----	169
Anexo H1. Cargas factoriales de la Escala de Creencias hacia la	
Mamoplastia de Aumento de la muestra piloto -----	170
Anexo H2. Cargas factoriales de la Escala de Creencias hacia la	
Mamoplastia de Aumento de la muestra definitiva -----	173
Anexo I. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio -----	176
Anexo J. Análisis Cualitativo de la variable norma subjetiva hacia	
la mamoplastia de aumento -----	178

## Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación de los ítems de la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento en cada Factor Obtenido -----	78
Tabla 2. Estadísticos Descriptivos de la Variable Edad -----	79
Tabla 3. Tabla de Frecuencias de la Variable Nivel de Instrucción -----	80
Tabla 4. Tabla de Frecuencias de la Variable Cirugías Estéticas Anteriores -----	81
Tabla 5. Distribución de Frecuencias de la Variable Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento -----	83
Tabla 6. Matriz de Correlaciones entre las Variables Predictoras -----	93
Tabla 7. Resumen del Modelo Resultante -----	94
Tabla 8. Tabla Resumen de Todos los Efectos Producidos por las Variables Predictoras -----	96
Tabla 9. Estadísticos que Reflejan el Efecto Total que Ejerce la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento -----	97
Tabla 10. Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento -----	97
Tabla 11. Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Control Conductual Percibido para Realizarse la Mamoplastia de Aumento -----	98
Tabla 12. Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la Variable Cirugías Previas sobre la Variable Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento -----	99

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada -----	45
Figura 2. Modelo de la Teoría de la Acción Planeada -----	49
Figura 3. Diagrama de ruta propuesto -----	57
Figura 4. Representación gráfica de la distribución de la variable intención de realizarse una mamoplastia de aumento -----	84
Figura 5. Representación gráfica de la distribución de la variable actitud hacia la mamoplastia de aumento -----	85
Figura 6. Representación gráfica de la distribución de la variable norma subjetiva hacia la mamoplastia de aumento -----	86
Figura 7. Representación gráfica de la distribución de la variable control conductual percibido para realizarse la mamoplastia de aumento -----	88
Figura 8. Representación gráfica de la distribución de la variable creencias hacia la mamoplastia de aumento -----	90
Figura 9. Representación gráfica de la distribución de la variable imagen corporal -----	91
Figura 10. Diagrama de ruta resultante -----	100

## Resumen

En la presente investigación se buscó conocer la influencia que tienen las variables de la Teoría de la Acción Planeada (TAP) de Azjen y Fishben (actitudes, normas subjetivas, control conductual percibido, y creencias), y la imagen corporal, sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento. Para alcanzar tal objetivo, se empleó un tipo de investigación no experimental, y un diseño multivariado a través de un diagrama de rutas. Se utilizó una muestra de 200 mujeres cursantes de postgrado y 5to año de pregrado de la UCAB, del año académico 2012-2013, quienes no se habían realizado un aumento de senos previamente, y a quienes se les aplicó una batería de instrumentos conformada por seis escalas correspondientes a cada una de las variables de estudio (intención, actitudes, creencias, norma subjetiva, control conductual percibido, e imagen corporal). Los resultados arrojaron que el conjunto de las variables propuestas explican el 42% ( $p=0.00$ ) de la varianza de la intención de realizarse un aumento de senos, donde creencias tiene un efecto total significativo de 0.38 ( $p=0.00$ ) sobre la intención, el control conductual percibido un efecto total significativo de 0.31 ( $p=0.00$ ), las actitudes un efecto total significativo de 0.53 ( $p=0.00$ ), la norma subjetiva un efecto total no significativo de 0.037 ( $p=0.56$ ), y la imagen corporal un efecto total no significativo de -0.048 ( $p=0.39$ ). En cuanto a la variable creencias, la misma tuvo efectos significativos con el resto de las variables del modelo (actitudes:  $B=0.72$ ; norma subjetiva:  $B=0.19$ ; y control conductual percibido:  $B=0.45$ ). En función de lo antes expuesto, se observó que las mujeres de pregrado y postgrado de la UCAB tienen una baja intención de realizarse la mamoplastia de aumento, siendo las creencias hacia la cirugía y el control conductual percibido, los mejores predictores de dicha intención. Finalmente, esta investigación arrojó que la TAP es un modelo adecuado para predecir la intención de realizarse la mamoplastia de aumento, sin embargo, no toma en cuenta otras variables sociales que actualmente influyen en los temas de estética y belleza corporal.

Palabras claves: modelo de la TAP, imagen corporal, mamoplastia de aumento, mujeres universitarias.

## Introducción

La sociedad, a través de su historia, ha presentado cánones de la belleza los cuales han ido variando a lo largo del tiempo, sin embargo, nunca han dejado de un lado la importancia que ésta representa.

En la época antigua se comenzó a hablar de que bello era todo aquello que satisfacía a los sentidos, especialmente a la vista y el oído; bello era todo lo que mantenía las debidas medidas y proporciones (Vermeer, 2009). En el Barroco (S.XVII-XVIII), la belleza ideal era el cuerpo rellenito y pechos prominentes. En el siglo XX, el cine y la televisión asumen los íconos de belleza, destacando como ideales, en los 50' la mujer voluptuosa tipo Marilyn Monroe y para los 90' el ideal de belleza femenina era la actriz Pamela Anderson, de pechos grandes salidos del quirófano, rubia y seductora (Panzarelli, 2009).

Se puede destacar, que dentro de estos cánones, los pechos femeninos jugaban un papel importante, en su mayoría eran vistos como más bellos aquellos que tuvieran mayor tamaño. Esta característica tiene un trasfondo biológico y adaptativo, ya que desde los principios de la humanidad, uno de los principales problemas que ha persistido en la mente del hombre es el de la conservación de la especie, y se ha encontrado evidencia que asociaban las características robustas, como atributos sexuales grandes y claros, con la fertilidad de la mujer y su función de procreación (Vemeer, 2009).

Específicamente, en el territorio occidental se puede observar esta tendencia de las mujeres por poseer atributos sexuales grandes y voluptuosos, los cuales se ven afianzado a través de los años por toda la publicidad brindada por los medios donde exponen a la mujer ideal con medidas 90-60-90.

Venezuela es un país reconocido a nivel internacional por poseer mujeres bellas y esbeltas, que han ganado numerosos concursos de belleza. Dicho historial ha generado dentro de las mujeres venezolanas un sentimiento

de siempre estar dentro de los estándares que la sociedad establece. Muchas veces para lograr esto recurren a procedimientos estéticos (quirúrgicos o no), donde los más populares son la liposucción y el aumento del volumen mamario (Lange, 2001).

Este último ha tenido aceptación en todo el mundo durante las últimas décadas, debido a factores culturales, desarrollo de implantes más modernos y refinamiento en las técnicas quirúrgicas (Lange, 2001).

Son diversas las causas que llevan a una paciente a aumentar el tamaño de sus mamas, desde un deseo de satisfacer a su pareja, corregir la disminución del volumen poslactancia y equilibrar la diferencia de volumen entre las mamas, hasta la reconstrucción después de una mastectomía parcial o total producidas por traumatismos o tumoraciones malignas (Lange, 2001).

En Venezuela no se cuenta con estadísticas oficiales al respecto, los datos obtenidos son referenciales, sin embargo, algunas investigaciones de mercado revelan que el 70% de las venezolanas invierten 30% de sus ingresos en cuidados estéticos que van desde gimnasios, peluquerías y depilaciones hasta procedimientos de consultorio y cirugías estéticas (Panzarelli, 2009).

Esta investigación se enmarca dentro de la psicología social, entendiendo esta como la rama de la psicología que se centra en comprender las causas del comportamiento social y el pensamiento social, en la identificación de los factores que conforman nuestros sentimientos, comportamiento y pensamiento en situaciones sociales (Baron y Byrne, 2005). Uno de los modelos estudiados dentro de la psicología social, es el modelo de la teoría de la acción planeada (TAP) de Azjen y Fishbein, dentro del cual se encuentran las variables creencias, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido, las cuales, según estos autores, predicen de forma significativa la intención de realizar un comportamiento determinado (Azjen, 2002), tales como, la intención de consumir bebidas alcohólicas y no alcohólicas (Rauseo y Rodríguez, 2007; Ramírez y Rodríguez, 2008).

En relación a la presente investigación, se ha encontrado que muchas de estas variables predicen la intención de realizarse la mamoplastia de aumento. En función a las creencias, Pastó y Paulo (2010) encontraron que las creencias hacia la mamoplastia de aumento, cumplen un papel significativo dentro del sistema de influencias que predicen la intención de realizarse dicha cirugía. A su vez, Contreras y Moya (2001) encontraron que las personas que se realizan cirugías estéticas tienden constantemente a compararse con referencias externas, ya sean íconos de la moda encontrados en los medios de comunicación, o mujeres que se encuentran en su entorno cotidiano, lo que las lleva a presentar sentimientos negativos de su propia imagen corporal, y así mismo una mayor probabilidad de realizarse alguna cirugía estética.

A pesar de que no se ha encontrado evidencia empírica de la relación de las variables actitudes y control conductual percibido, con la intención de realizarse alguna cirugía plástica, si se ha encontrado evidencia teórica (dentro de la TAP) de que estas variables predicen de manera acertada la intención conductual de las personas, por lo que se tomó la decisión de tomarlas como variables de estudio dándole a la investigación un valor teórico (Azjen, 2002; Herrero y Rodríguez, s.f.; Herrero, 2005).

Con base en lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo estudiar la influencia de la imagen corporal, las creencias, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido acerca de realizarse la mamoplastia de aumento, sobre la intención de realizarse dicha cirugía en estudiantes universitarios, a través de un diseño de rutas.

Con esta información se busca conocer los factores que influyen en la decisión de someterse a la cirugía de mamoplastia de aumento para saber cual es la influencia de las variables psicosociales de estudio y la importancia dada por la cultura y la sociedad al tema (cirugía estética y estándar de belleza), tratando de explicar la demanda que ha tenido dicho procedimiento en la población femenina venezolana en los últimos años.

Por último, los aspectos éticos que se consideraron fueron la concordancia con los principios de la ciencia y la tecnología, ya que la investigación fue debidamente justificada, documentada e interpretada siguiendo los lineamientos establecidos en la ciencia y la tecnología. Así mismo, se garantizó el respeto por los participantes y la privacidad de la información recolectada, es decir, las acciones estuvieron dirigidas a salvaguardar la dignidad y buenas condiciones generales de los mismos, y la confidencialidad y privacidad de la información suministrada, a través del anonimato y el consentimiento informado; igualmente se les brindó una breve explicación sobre el objetivo de la investigación y cómo se procedería a la recolección de los datos. Finalmente, el trabajo contó con la guía y tutoría con los profesionales especializados en el área (Escuela de Psicología, 2002).

## Marco Teórico

Con los numerosos avances de la ciencia y la medicina se hace posible, cada vez más, tener un cuerpo “perfecto”. Las personas pueden modificar su figura corporal sin ningún problema a través de una cirugía plástica que, en la mayoría de los casos, es ambulatoria; además es importante destacar que en la actualidad la belleza física no sólo se percibe como una forma de placer sino que también es una aceptación inconsciente de otros atributos positivos de la persona, tales como la agudeza mental, las relaciones interpersonales, la facultad de conseguir empleo y la salud moral (Hontanilla, 2002). Debido a esto, se hace indispensable conocer las características de las personas que se someten a cirugía estética, así como los posibles factores internos y externos que influyan en la decisión de realizarse la misma.

La cirugía cosmética comienza cuando las personas identifican en su aspecto físico un problema que desean corregir cambiando su exterior para ponerlo en armonía con el interior; el problema reside en lo subjetivo que puede llegar a ser el concepto personal de imagen corporal en su contenido informacional, perceptual y afectivo (Montaño, 2006).

El proceso de reconocimiento e identificación inicia en la adolescencia, etapa en la cual se sobrevalora la estética y la imagen corporal, y al sufrir el cuerpo en poco tiempo cambios tan drásticos, es normal que chicos y chicas se sientan disconformes con sus cuerpos y necesiten un tiempo para adaptarse a los cambios y aceptar su nueva imagen corporal (Borro, 2008).

La imagen corporal es una variable que durante la adolescencia cambia para acomodarse a los cambios físicos que tienen lugar durante la pubertad. Entre los 13 y los 18 años la satisfacción corporal disminuye ya que entra en conflicto con el ideal de belleza, encontrándose diferencias en función del sexo. Además, la insatisfacción corporal aparecida entre los 13 y los 15 años se mantiene hasta los 18 años y, después de la adolescencia, la insatisfacción

corporal aumenta en las chicas mientras que en los chicos disminuye (Rosenblum y Lewis, citado en Fundación Imagen y Autoestima, 2008).

Eso ocurre porque en esta etapa (adolescencia) la apariencia física es muy significativa, convirtiéndose en un elemento que causa situaciones incómodas, pues las adolescentes no están totalmente conformes con su cuerpo, ya que la imagen corporal es fundamental y está estrechamente relacionada con la autoestima y el autoconcepto (Rodríguez, citado en Rasines 2012).

Sin embargo, hay personas que no logran adaptarse del todo a su cuerpo y en ocasiones, apoyados por los pares, familia, sociedad o cultura en la que se desenvuelven, recurren a los procedimientos quirúrgicos para intentar aceptarse a sí mismos o para ser aceptados por los demás.

Esto último se puede explicar a través de los cambios culturales observados en la sociedad venezolana en donde, como describe Steiner (citado en Vargas, 2012) la imagen ha pasado a primer plano devaluando o desplazando el poder y profundidad de la palabra, es decir, la imagen que se muestra al mundo es mucho más importante que lo que se puede aportar en otros medios (escritos, discursos, etc.). Así mismo, Vargas (2012) define a la cultura actual como “la cultura del espectáculo”, en la cual tanto la política, la literatura, el cine y las artes plásticas han experimentado una banalización extrema, un ejemplo, es el político de nuestros días quien está obligado, para mantener su popularidad, a prestarle una mayor atención al gesto y la forma (la imagen) que a sus propios valores, convicciones y principios. Vargas (2012) relata que hoy en día cuidar de las arrugas, la calvicie, las canas, el tamaño de la nariz, entre otras cosas vale tanto, o a veces más, que explicar lo que el político se propone a hacer o deshacer a la hora de gobernar.

Este mismo autor define la frivolidad vivida en la cultura actual como tener una tabla de valores invertida o desequilibrada en la que la forma importa más que el contenido, la apariencia más que la esencia y en la que el gesto y el

desplante hacen las veces de sentimientos e ideas (Vargas, 2012). Todo esto podría estar haciendo referencia a que la cultura actual no sólo le otorga una gran importancia a la imagen y a la forma física, a lo que los demás pueden observar, sino que refuerza esto por encima de las capacidades, opiniones e ideas personales.

Adicional a lo mencionado, se observa que los medios de comunicación juegan un rol determinante en la promoción, legitimación e instauración de las intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético como una práctica social simple, mediante la cual es posible asegurar el triunfo en la época actual (Elliott, trans. 2011). De igual manera, también se habla de la constante transmisión y explotación, a través de los medios de comunicación, de la vida de los famosos y las celebridades (costumbres más triviales, rutinas estéticas, dietéticas, etc.), ocurrido en los primeros años del siglo XXI; y el consumismo del mundo actual, en donde las personas consumen imágenes de la “buena vida”, a través de la compra de identidades, de cuerpos deseados y estilos de vida contruidos artificialmente. Aunado a esto, hay que tomar en cuenta la influencia de la globalización avanzada, los cambios de la economía actual, el desarrollo de alta tecnología y la reinvención inmediata sobre la cultura de la cirugía estética (Elliott, trans. 2011).

Elliott (trans. 2011), observó que una de las razones más fuertes dadas por los pacientes de procedimientos quirúrgicos es lo que se llamó la competencia laboral, es decir, las personas presentan la creencia de que tienen que mantenerse en constante renovación de su propia imagen corporal para así demostrar que tienen el mismo potencial que las personas más jóvenes que entran nuevos al mundo laboral. La creencia de que las personas más atractivas y jóvenes poseen los mejores cargos y mayores privilegios económicos, es lo que lleva a la gente a querer “arreglarse” ciertos rasgos y aspectos de sí mismo que no cuadran con ese estándar de belleza.

Ramos (2012), plantea que la popularidad alcanzada por la cirugía estética, el desarrollo de recursos biotecnológicos y la proliferación de clínicas y

métodos cosméticos son indicadores de la presión social que se vive en este momento a consecuencia de la intolerancia hacia la vejez y la exigencia de aproximarse a estándares de belleza culturales.

A esta creciente necesidad de las personas de lograr una apariencia o imagen corporal acorde a sus deseos, se han unido la ciencia y un novedoso sistema de vida en el que es difícil separar la actividad diaria del aspecto personal. Hoy hay disposición de un gran número de tratamientos y conocimientos científicos sobre la estética actual, que han ayudado y ayudarán a mejorar el trabajo de la cosmetología. En este punto es donde surge la cirugía plástica como una herramienta indispensable para satisfacer dichas necesidades (Sánchez y Alessandrini, 2007).

A partir de la Primera Guerra Mundial, este procedimiento denominado cirugía plástica, empezó a definirse como especialidad quirúrgica, llegando a su edad de oro desde los años 60' y 70' hasta nuestros días, gracias al surgimiento de nuevas técnicas y al perfeccionismo de otras (Sánchez y Alessandrini, 2007).

La cirugía plástica podría definirse como una especialidad quirúrgica que se ocupa de la corrección de fenómenos presentes en las personas, ya sean de origen congénito, adquirido o tumoral que requieran reparación o reposición, o que afecte la forma y/o función corporal. Sus técnicas están basadas en el trasplante y la movilización de tejidos mediante injertos o incluso implantes de material inerte (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética [SECPRE], s.f.).

Según Sánchez y Alessandrini (2007), la cirugía plástica cumple un papel central en la apariencia del individuo como ser biopsicosocial; donde la imagen posee gran significado dentro de las interacciones de dicho individuo con los otros debido a que contribuye a sembrar en las personas nuevas esperanzas e ilusiones de llevar una vida sana, participativa y socialmente competitiva.

Esta especialidad se divide en dos subespecialidades, la primera es la cirugía plástica reparadora, la cual se ocupa de restaurar o mejorar la función y

el aspecto físico en las lesiones causadas por accidentes y quemaduras, por enfermedades y tumores de la piel y tejidos de sostén y por anomalías congénitas. Y la segunda, es la cirugía plástica estética, que por el contrario trata con pacientes en general sanos y su objeto es la corrección de alteraciones de la norma estética con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal o luchar contra las secuelas producidas por el envejecimiento (SECPRE, s.f.). La finalidad de este tipo de cirugía se dirige hacia modificaciones positivas de ciertas características somáticas, buscando que la imagen de sí mismo sea más agradable y aparentemente menos desagradable para los demás (Villaroel, 2007).

Esta subespecialidad es definida por la psiquiatra Montaña (2006) como un uso particular de la especialidad, que centra su capacidad operativa en la corrección de algunos rasgos morfológicos no aceptados por los pacientes o no compatibles con los cánones de belleza mediáticos en una cultura o culturas determinadas, por consiguiente, en la cirugía estética se reconoce que muchas de las indicaciones pueden ser francamente "subjetivas".

Así mismo, la cirugía estética es conceptualizada por Harris (citado en Ramos, 2012) como toda intervención en el físico del individuo que padece "dolor psicológico" causado por la autoconciencia de una apariencia anormal de no belleza o fealdad bajo un concepto sociocultural. En estas definiciones se puede observar la influencia que genera la sociedad y los referentes externos sobre la concepción y percepción del propio cuerpo.

Ante esto, Ramos (2012) amplía el concepto estético incluyendo todas las intervenciones en el cuerpo sin que necesariamente exista sufrimiento psicológico. Dichas intervenciones se enmarcan en la satisfacción de la vanidad y la sumisión ante una sociedad que ha puesto a la belleza corporal un valor estético comercial con el cual frecuentemente se lucra.

Debido a la enorme importancia actual que se le ha otorgado a la cirugía estética, esta ha experimentado una gran demanda a nivel mundial, la cual

según Elliott (trans. 2011), a través de entrevistas con cirujanos, afirma que el auge de la misma comenzó durante los 90, momento en que cirujanos cambiaron de especialidad (de la cirugía reparadora a la estética), por ser un negocio mucho más lucrativo; así mismo comenta que la mayoría de los pacientes son mujeres.

Sin embargo, la necesidad de transformar su imagen corporal no deja por fuera al sexo masculino. Una publicación realizada en el periódico Boston Globe en Estados Unidos, expone que tanto hombres como mujeres acuden a citas con asesores de imagen y con cirujanos plásticos para sacar ventaja en el mundo laboral que cada día se ha vuelto más competitivo (Elliott, trans. 2011). Por otro lado, en relación a la búsqueda de pareja las mujeres presentan una mayor presión por mantener un cuerpo perfecto y cercano al estándar de belleza para poder competir en el mundo de las relaciones interpersonales, esto se evidencia en lo planteado por Hontanilla (2002), quien expone que existen diferencias en la manera en que hombres y mujeres perciben la belleza, encontrándose que la mujer juzga al hombre como una mezcla de atractivo físico y potencial financiero mientras que los hombres suelen juzgar en la mujer exclusivamente si es bella o no a la hora de seleccionar pareja.

Durante la última década, la práctica de la cirugía plástica ha experimentado un gigantesco crecimiento, manifestado en el incremento de las intervenciones que se realizan año tras año. Si en 1992 la Sociedad Americana de Cirugía Plástica reportó 1.515.222 procedimientos quirúrgicos incluyendo los datos de intervenciones reconstructivas, en el año 2004 se registraron 14.785.814 procedimientos de cirugía plástica; de los cuales 9.210,627 fueron cosméticos y 5.575,187 correspondieron a procedimientos reconstructivos (Montaño, 2006).

Siguiendo esta línea, Elliott (trans. 2011) realiza una investigación a través de entrevistas, análisis estadísticos, artículos de periódicos y revistas para documentar el aumento en la demanda de cirugías plásticas de carácter estético, encontrando que este negocio produce de 15 a 20 mil millones de

dólares al año en Estados Unidos, y que para el año 2007 se realizaron 11 millones de cirugías plásticas, contrastando increíblemente con los dos millones de cirugías plásticas realizadas en 1998; esto evidencia el crecimiento acelerado del interés que las personas han puesto en el mejoramiento de su figura corporal, demostrando a su vez el fácil acceso económico a las mismas. En Inglaterra se puede observar también, un aumento del 50% en el 2005, y un 35% en el 2006, en el número de cirugías plásticas realizadas en este país; en el 2006 se valoró el negocio de la cirugía estética en Inglaterra en 528 millones de libras esterlinas. Así mismo, en el continente asiático se observa un auge de estos procedimientos a tal punto que en Tailandia se pusieron de moda los paquetes turísticos con propósitos de cirugía plástica y en China, según cifras del gobierno, los ciudadanos gastaban más de 2.4 billones de dólares al año en cirugías estéticas, con más de dos millones de operaciones realizadas.

En cuanto a Venezuela tras un reportaje realizado por Osío (2007), se reporta que unas tres personas viajan cada semana a Venezuela desde las Antillas Neerlandesas para ponerse en manos de los cirujanos locales. Hay empresas que comercializan paquetes de entre 3 mil y mil dólares para practicarse una cirugía plástica en Caracas o en la isla de Margarita (Osío, 2007). Esto se debe a los precios ofrecidos en el país, los cuales son considerablemente menores comparados con los distintos países a nivel mundial; y no solo se ofrecen precios mucho más razonables sino que hay distintas modalidades de pago e incluso los bancos ponen a disposición de las personas créditos para realizarse cualquier tipo de cirugía estética.

La Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS) creó una encuesta global para obtener una cifra aproximada sobre los procedimientos quirúrgicos realizados en el año 2009, la cual fue distribuida a través de los 25 países principales (Venezuela es el número 22), que representan el 75% de todos los procedimientos realizados durante ese año. Los resultados muestran que la liposucción es el principal de todos los procedimientos quirúrgicos (18,8%), seguido por el aumento de senos (17%), la blefaroplastia (colocar

plástico en el párpado superior o inferior) con un 13,5%, rinoplastia (cirugía de la nariz) con un 9,4% y abdominoplastia con 7,3% (PRNewswire Latinoamericana, 2010).

Al observar este alto porcentaje de cirugías realizadas en los distintos países, y el notable incremento que ha ocurrido con respecto a ellas a lo largo de los años, se puede presumir que existen diversos factores en las personas, tanto internos como externos, que las llevan a que conciban dicha conducta.

Montaño (2006), divide las posibles motivaciones de un paciente para acudir al cirujano plástico en dos grupos. El primero habla de la búsqueda de ganancias externas específicas tras la modificación de los rasgos anatómicos donde se pueden encontrar, las exigencias dentro del núcleo familiar por cumplir cierto criterio de belleza (presiones por algún miembro de la familia), exigencias del tipo laboral (mantenerse jóvenes), exigencias socioculturales (copiar la imagen de los ídolos y estrellas de moda), búsqueda de soluciones de problemas de carácter sexual o de parejas, motivaciones artísticas; y las motivaciones más extremas tales como evadir a la justicia a través de cambios en la fisionomía y traslado de drogas a través de implantes.

El otro grupo habla de motivaciones internas, encontrándose en éste las percepciones de imperfecciones en la apariencia física (búsqueda de corregirla), pacientes que envejecen y desean lucir más jóvenes y atractivos, personas que atraviesan una crisis vital y solicitan una intervención quirúrgica como remedio a la misma (divorcios, pérdida del trabajo, etc.), cambios físicos extremos motivados en expectativas poco realistas acerca de los resultados, percepción excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico o al presentar leves anomalías anatómicas (a pesar de las cirugías no se sienten satisfecho), obsesión por tener una gran musculatura y verse fuerte y robusto; así como trastornos más graves de distorsiones de la imagen corporal, alucinaciones, trastornos de personalidad, etc (Montaño, 2006).

Así mismo, Ramos (2012), plantea que existen ciertas poblaciones más vulnerables de recurrir a cirugías estéticas. Este autor describe tres tipos de vulnerabilidad: (a) la vital relacionada de manera directa con el proceso de vida, (b) la de subsistencia asociada con la manutención y aseguramiento de los elementos biológicos para su desarrollo, y (c) la vulnerabilidad existencial y social. La sociedad moderna ha sobrevalorado la relación del cuerpo-belleza, convirtiendo a las personas en objetos de una mayor vulnerabilidad. Algunas poblaciones al estar expuestas a factores como los medios de comunicación, la biotecnología y el racismo tienen un riesgo mayor.

Siguiendo lo anterior, Ramos (2012) expone que los grupos vulnerables pueden clasificarse por género, edad, raza, trastornos mentales, adictos a la cirugía estética y pacientes con malformaciones congénitas. Para esta investigación en particular se centrará la atención en el género y la edad, encontrándose que de acuerdo con el género, la mujer acude al cirujano estético en una relación 9:1 comparada con el hombre, explicada esta incidencia por el hecho de que las mujeres acceden con mayor facilidad a alterar su cuerpo como respuesta a presiones sociales. La experiencia corporal se transforma en una identidad, el cuerpo bello es sinónimo de “poder” y del “falso control de sus vidas”. En cuanto a la edad se observa que en los adolescentes la demanda es muy alta por la búsqueda de una nueva identidad, es frecuente la vanidad y la estigmatización de rasgos familiares que tiene un contexto simbólico; también en esta etapa la insatisfacción con la imagen corporal genera una baja autoestima, un autoconcepto inestable y desorganizado, lo que hace sentir a las personas más inseguras de sí mismas y más insatisfechas con su cuerpo.

Sin embargo, en la investigación realizada por Rasines (2012), con el objetivo de relacionar la cirugía estética con los niveles de autoestima y de autoconcepto en adolescentes, comparando a un grupo de adolescentes que se habían realizado una mamoplastia de aumento con un grupo de adolescentes que no se había realizado dicha cirugía. La muestra estaba conformada por 120

mujeres entre los 18 y 21 años, encontrando que no hay diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la autoestima y el autoconcepto de las participantes, por otro lado, sí se encontraron diferencias significativas en la subescala académico ( $r=0,67$ ,  $p=0,000$ ), en donde pertenecer al grupo de no operadas influye en que tengan un nivel más alto de autoconcepto académico; y la subescala social del cuestionario autoconcepto forma 5 ( $r=0,4$ ,  $p=0,040$ ), en donde pertenecer al grupo de operadas influye en que tengan un nivel más alto de autoconcepto social. Esto indicaría que a pesar de que las mujeres piensen que a través de las intervenciones quirúrgicas logran hacer cambios personales en autoestima y autoconcepto, esto no siempre sucede, así mismo, se observa que las personas más orientadas al desempeño académico y que le dan un alto valor al mismo presentarían menor probabilidad de realizarse alguna intervención quirúrgica, en contraste con aquellas mujeres que presentan una mayor valoración al éxito y desempeño social.

En la misma línea Wolf (citado en Ochoa y Reyes, 2011) plantea, en su libro *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*, que la belleza, en tanto se articula como mito o ficción social, impone a las mujeres una imagen de belleza inflexible y cruel. Los efectos de esta estrategia de control social se hacen evidentes en la vergüenza que admiten tener muchas mujeres al preocuparse de asuntos triviales, como la apariencia física, el cuerpo, el cabello, la ropa. Según esta autora, el mito, y el culto consiguiente, de la domesticidad ha sido reemplazado por el de la belleza, que constriñe la identidad de la mujer haciéndola vulnerable respecto de la aprobación de los otros.

Para la presente investigación se usará como foco de atención el tipo de cirugía de mamoplastia de aumento (aumento de senos), ya que en los últimos años, se ha visto en Venezuela un incremento en el interés de las mujeres por dicha cirugía. Evidenciando esto, se observa que hay aproximadamente 30.000 casos por año, de cirugías de aumento de senos, cálculo realizado por Últimas

Noticias con asesoramiento de especialistas de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica (ÚN, 2012). Así mismo, la presidenta de la sociedad ya mencionada en el año 2011, Marisol Graterol, declara que se realizan anualmente 40.000 implantes de senos, principalmente en mujeres entre los 25 y 30 años, pero que también hay casos de jóvenes de 15, 16 y 18 años (Panorama, 2011). Así mismo, en una entrevista realizada en el año 2007 al ex presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SVCPRE), Reinaldo Kube, este declara que los procedimientos quirúrgicos que más se realizaron en esa fecha fueron la liposucción y el aumento de senos, y que además, dichos procedimientos fueron los que más aumentaron en demanda (Ramírez y Rodríguez, 2008).

Uribe (2008), expone que el prototipo de la mujer delgada con senos grandes se repite en múltiples contextos. En Venezuela, como en otros países del mundo, los bancos ofrecen créditos para estos procedimientos, quitando así la limitación económica para que muchas personas tomen la iniciativa de someterse a esta cirugía; así mismo, las empresas rifan este tipo de cirugías. Por tanto, se ha convertido en un fenómeno social cuyo aumento es notable día a día en nuestro país, y que ya no está restringido a quienes trabajan en los medios de comunicación o aquellas personas que padecen algún trastorno psicológico asociado con el cuerpo, o de carácter netamente físico (Uribe, 2008).

Esta misma autora, en su investigación cualitativa sobre la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post-operadas de cirugía estética de mamas, recorre la historia y evolución de la percepción y el significado de los senos de una mujer, citando a numerosos autores (Yalom, Oiz, Mazur, Jones, Koff y Benavage, Brown, Cash y Mikulka, citado en Uribe, 2008), y llegando a la conclusión de que su concepción ha variado a lo largo del tiempo, que los senos de las mujeres han pasado por períodos de adoración debido a su evidente relación con la sexualidad femenina, y en algunas épocas, por su vínculo con la nutrición, pero también han atravesado por momentos en que su

atractivo radica en constituirse como un medio para que las personas asocien su presencia con la posibilidad de alcanzar ciertos productos comerciales o para alcanzar un estatus social y/o económico más privilegiado o mejor al actual.

En la actualidad el procedimiento quirúrgico de aumento de mama generalmente es demandado por mujeres que buscan mejorar su imagen corporal y autoestima, mujeres que quieren balancear un seno que luce más pequeño que el otro, mujeres que desean recuperar el volumen natural de sus mamas el cual puede haberse perdido a causa del embarazo, pérdida de peso o simplemente la edad (Clínica Medicina Estética Renace, s.f.).

Debido a las numerosas razones dadas por una mujer para someterse a una cirugía plástica, se ofrecen varios procedimientos quirúrgicos para satisfacerlas. A pesar de que el aumento de mamas es el procedimiento más solicitado, existen otros dos tipos de procedimientos quirúrgicos disponibles, tales como la reducción y el levantamiento de los senos.

La reducción de mamas o mamoplastia de reducción es un procedimiento quirúrgico para disminuir el tamaño de las mamas, mediante la extirpación de grasa, tejido mamario y piel, haciéndolas más pequeñas, ligeras y firmes. La finalidad de la mamoplastia de reducción es proporcionar a la mujer unos pechos más pequeños y con una forma más proporcional al resto de su cuerpo. La reducción de mamas se realiza generalmente para aliviar un problema físico, más que por motivos puramente estéticos (Linares, 2010). Esto se debe, a que las mujeres que presentan un tamaño de los senos desproporcional a su cuerpo experimentan dolores de espalda y dificultades en la postura.

La pexia mamaria o mastopexia tiene como propósito levantar y reafirmar el seno que se ha caído perdiendo tono y elasticidad en su piel, en el contenido graso y glandular, como consecuencia de la fuerza de la gravedad, acentuado por los cambios de peso, los embarazos y el paso del tiempo. Si la paciente tiene senos flácidos, pero con suficiente volumen, esta cirugía se practica de

manera aislada, pero si requiere aumento de volumen se puede acompañar de colocación de prótesis mamarias lo cual puede dar mejor forma, proyección y consistencia, además de dar más duración al resultado. (Linares, 2010).

Por último, la mamoplastia de aumento consiste en la colocación de prótesis o implantes bajo la glándula mamaria o bajo el músculo pectoral con el propósito de aumentar el volumen mamario. La prótesis mamaria puede también añadir algo de consistencia o firmeza. Este procedimiento puede practicarse por diversas vías, dependiendo de cada caso en particular. Las vías más comunes son: 1. La vía areolar: La areola es aquella zona de piel oscura que se encuentra alrededor del pezón, 2. La vía axilar o trans axilar, 3. La vía submamaria (Linares, 2010). Se recomienda hacerse esta cirugía una vez culminado el proceso de desarrollo de las mamas, el cual algunas mujeres ya lo han completado a los 17 años (Spence, s.f.), por esta razón, la mayoría de los cirujanos rechazan operar a pacientes menores de edad.

Cabe mencionar que en los últimos años ha habido polémicas en torno a los implantes mamarios utilizados para la mamoplastia de aumento, específicamente los implantes referentes a la compañía francesa Poly Implant Prothese (PIP), los cuales fueron retirados del mercado brasilero en el 2011 debido a que se descubrió que estaban hechos con silicona industrial, lo que los hacía propensos a rupturas y filtraciones (Europa Press Salud, 2012). En Venezuela, la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica (SVCP) expuso que los implantes PIP comenzaron a distribuirse en el 2005, por lo que para el año 2012, estiman que cerca de 62.500 mujeres los usan; siendo de esta manera Venezuela junto con Colombia, Brasil y Argentina, los mercados más importantes de estos implantes en Latinoamérica. Para el 2010, fue suspendida la comercialización de los PIP, sin embargo, en el 2012 aparecieron reportes de mujeres que les habían colocado dichos implantes después de la fecha de suspensión, por esto el 6 de Junio del 2012 el Tribunal Supremo de Justicia ordena a los médicos y clínicas privadas realizar de forma gratuita los chequeos o exámenes a todas las mujeres que se colocaron estos implantes (EFE, 2012).

Las mujeres afectadas por estas prótesis se organizaron en un movimiento llamado Movimiento Afectadas Prótesis PIP en Venezuela, el cual es coordinado por medio de una página web y formó parte importante de todo el proceso legal (Escorche, 2012).

A pesar de que la SVCP manifestó que no presentan ningún riesgo para la salud de las mujeres, y que no recomendaban realizarse exámenes especiales ni retirarse los implantes, la población venezolana sigue manteniendo presente la posibilidad de que los PIP puedan causarles algún daño colateral (Figueroa, 2012).

Aunque la motivación para someterse a este tipo de operaciones es muy personal, hay factores externos que indudablemente influyen. Tales como, la orientación actual de nuestra sociedad hacia la juventud, es decir, se da prioridad a un aspecto físico joven y dinámico para poder competir en igualdad de condiciones profesionales y dentro de las relaciones sociales y afectivas. Influye también la moda, hoy orientada hacia una mayor exposición del cuerpo y con un determinado patrón de belleza. Estas consideraciones influyen negativamente sobre la autoimagen corporal que, en definitiva, es la razón que impulsa a una persona a someterse a una operación de Cirugía Estética. (SECPRE, sf.). Esto mismo es expuesto por el psicoanalista Liberman (citado en Osío, 2007), quien plantea que la tendencia a realizarse cirugías estéticas es una persecución de un ideal fáustico de desmentir el paso del tiempo, cualquier cosa que signifique envejecimiento, defectos o que la mirada del otro no caiga sobre ti.

En un estudio realizado por Ochoa y Reyes (2011), a través de una serie de entrevistas a mujeres que se habían realizado alguna cirugía estética con el fin de poner a prueba la tesis postulada por Naomi Wolf en su libro *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*, en donde argumenta que las imágenes de belleza inflexibles y crueles que definen el mito de la belleza constituyen una contraofensiva al feminismo y al movimiento de las mujeres; y que esto ocurre a través de la operación de un poder represivo que

censura y desvaloriza a las mujeres reales recluyéndolas en el dominio de los intereses privados y el uso de la resistencia o el sometimiento como opciones para enfrentar esta represión sexual. Es decir, la sociedad obliga a las mujeres a cumplir ciertas expectativas de belleza.

Una de las entrevistadas, explica que los cambios sí influyen en la persona, que ella se realizó un cambio tanto por medio de la cirugía como por medio del ejercicio, presentando así un cambio en su autoestima. Plantea que lo hizo por su trabajo (bailarina exótica), pero consiguió resultados positivos en cuanto a su autoestima. Reporta que antes de la cirugía le daba pena su cuerpo y no quería que los demás la vieran. Esta entrevistada se realizó un aumento de busto y una abdominoplastia. Sin embargo, ella describe que una vez realizadas las cirugías se da cuenta que las mismas pasan desapercibidas para las demás personas, “la gente no lo observaba, pero yo sí lo sentía” (Ochoa y Reyes, 2011).

En el curso de la entrevista fue quedando claro que su motivación para realizarse las cirugías había resultado de compararse con otras empleadas, mujeres de menor edad algunas extranjeras, para quienes cumplía un papel de mentora y en comparación con ellas no se veía bien. Aquí se observa la influencia que puede tener los referentes externos en la percepción del propio cuerpo y por tanto en la toma de decisiones de transformarlo en pro de conseguir una igualdad con los mismos. Según los autores esto puede verse como la utilización de la transformación del cuerpo como una vía para ajustarse al lugar desde el cual sería bien vista por el otro; y es que el cuerpo imaginario no se moldea tan sólo con la imagen que viene del espejo este nivel podría ser designado el Yo ideal, sino que implica, desde siempre, el concurso de la palabra del otro, es decir, el punto de vista desde el cual el sujeto, varón o mujer, es visto y nombrado por el otro (Ideal del Yo) (Ochoa y Reyes, 2011).

Como puede observarse, las justificaciones o razones que ofrecen los pacientes para someterse a un procedimiento estético son innumerables, descansan en el deseo convertido en una necesidad, resultado de la

elaboración psicológica de su experiencia y sus afectos. Las razones psicológicas son de índole individual e irreplicable y hablan del sujeto como persona, de su mundo interno, apuntalados en la exigencia social introyectada que como padecer se unirá a la libertad individual (Ramos, 2012).

Según lo mencionado anteriormente ante la intención de someterse a una cirugía estética de aumento de mama influyen no sólo la representación mental o idea subjetiva que cada persona tiene de su cuerpo, conocido como imagen corporal (Montaño, 2006), lo cual contribuye al fortalecimiento de imaginarios, emociones, habilidades sociales y competencias dentro del ámbito social y personal; sino la valoración que se le da a la voluptuosidad y perfección corporal en su entorno (familia, amistades y cultura). Otra definición clásica de imagen corporal es la dada por Schilder (citado en Ribas, Botella y Benito, 2010), imagen del cuerpo que formamos en nuestra mente.

Raich (citado en Tornero, Sierra y Carmona, 2009) considera que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacen y sienten y el modo de comportarse derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentan las personas.

Pruzinsky y Cash (citado en Montaño, 2006), propusieron tres imágenes corporales que se integran en cada individuo: a) imagen perceptual, información acerca del tamaño y forma del cuerpo y sus componentes; b) imagen cognoscitiva, pensamientos automáticos, creencias referentes al cuerpo, inferencias, interpretaciones, conclusiones, diálogos internos con relación al escrutinio social; c) imagen emocional, sentimientos acerca del grado de satisfacción con la figura y las experiencias que brinda el cuerpo al individuo.

Así mismo, Slade (citado en Montaño, 2006), centra su enfoque de la imagen corporal en una representación mental, la cual es originada y modificada por diversos factores psicológicos individuales y sociales. La imagen

corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. En la actualidad se da prioridad a la figura esbelta de “Barbie”, en donde las mujeres se caracterizan por tener unos senos grandes, cintura pequeña y anchas caderas, y al verse envuelto en esta actualidad, las niñas y jóvenes crecen adorando y añorando ese estándar de belleza que al ver que no lo cumplen comienzan a sentirse incómodas con su propio cuerpo.

Montero, Morales y Carbajal (2004) realizaron un estudio en Madrid con el objetivo de comparar la imagen corporal percibida con la imagen corporal real de 158 personas (65 hombres y 93 mujeres) de 18 a 30 años. El estudio consistió en que a cada individuo se le facilitó una lámina con siete modelos anatómicos diferentes para ambos sexos. Los modelos para los hombres partían de una talla de aproximadamente 175 cm y un peso de 55 kg, 67kg, 77kg, 83 kg, 92 kg, 107 kg y 122 kg; y en los modelos femeninos se partió de una talla de aproximadamente 165 cm y un peso de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg en los femeninos.

Cada persona debía elegir el modelo con el que mejor se identificaba, respondiendo a la pregunta “cuándo se mira desnudo al espejo, ¿con cuál de estas imágenes se siente más identificado?”. A cada sujeto y, a partir del modelo elegido, le correspondió un IMC percibido. Posteriormente, se procedió a pesar y medir al sujeto obteniendo a partir de estos parámetros su IMC real, luego se restaba al valor del IMC real el del IMC percibido, obteniendo una nueva variable denominada “percepción” con las siguientes categorías: 1. Se ve igual, cuando el valor es cero; 2. Se ve más delgado de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es superior a cero, y 3. Se ve más gordo de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es inferior a cero.

Estos autores encontraron que el 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, es decir, los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres. El 29,2% de los

hombres se ven más delgados de lo que son y el 18,5% más gordos. El 8,6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41,1% se autoperciben más gordas, pudiendo observarse una mayor insatisfacción con la propia imagen corporal y una mayor distorsión de la misma por parte de las mujeres. Los autores explican los resultados por la tendencia actual de la sociedad, ya que en las sociedades post-industriales modernas se ha impuesto un modelo estético de excesiva delgadez que sueñan con alcanzar especialmente las mujeres (Núñez et al.; Cuadrado y et al.; Fulkerson et al., citado en Montero et al, 2004). Al no alcanzar este deseo las personas pueden sentir un alto grado de insatisfacción con la propia imagen llevándola a tomar acciones para mejorarla.

Por otro lado, Ribas et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de contrastar los efectos de la cirugía estética sobre la imagen corporal mediante un diseño pre-post, evaluando la imagen corporal con la versión española del cuestionario MBSRQ, en una muestra de 86 pacientes (81 mujeres y 5 hombres) con edades comprendidas entre los 18 y 70 años. Se obtuvo como resultado un aumento significativo en la puntuación general del cuestionario tras la intervención (media pre: 3,24; media post: 3,47;  $t=5,81$ ;  $p<0,001$ ), así como en los factores de Importancia Subjetiva de la Corporalidad (media pre: 3,15; media post: 3,30;  $t=4,82$ ,  $p<0,001$ ), Conductas orientadas a Mantener la Imagen Física (media pre: 3,04; media post: 3,21;  $t=2,44$ ;  $p<0,05$ ) y Atractivo Físico Autoevaluado (media pre: 3,12; media post: 3,63;  $t=6,83$ ;  $p<0,05$ ); no encontrándose diferencias significativas en el factor Cuidado del Aspecto Físico (media pre: 3,72; media post: 3,73;  $t=0,14$ ).

Según los resultados anteriores los autores concluyen de manera genérica que en los pacientes que se someten a cirugía estética se da un patrón de presentar una elevada importancia atribuida a la imagen corporal y una imagen corporal negativa general o específica. La cirugía consigue reducir los efectos de lo segundo, pero no parece afectar a lo primero, es decir, la

cirugía estética logra disminuir la percepción negativa de la imagen corporal pero no la elevada preocupación por la misma.

La explicación a esto dada por los autores es que la preocupación por la corporalidad hace que la autoestima de estos pacientes dependa excesivamente de su imagen corporal y eso hace que se centren excesivamente en la evaluación constante de su imagen y de sus posibles “defectos”, lo cual los coloca en una serie de situaciones psicosociales en que la preocupación por la imagen aumenta cada vez más. Todo ello teniendo en cuenta que forman parte de una sociedad que valora la imagen como nunca antes en la historia (Ribas et al., 2010).

Estos resultados evidencian que las personas que presenten una imagen corporal negativa tenderán a presentar una mayor intención de realizarse una cirugía plástica. De igual manera las personas que ya se han realizado una cirugía plástica tendrán una mayor probabilidad de realizarse otra en el futuro (elevada preocupación por la imagen corporal).

Siguiendo la línea de lo anterior, Swami et. al. (2008) realizaron un estudio con el objetivo de examinar diversos factores asociados con la probabilidad de realizarse una cirugía cosmética. Para esto utilizaron una muestra de 319 participantes, 168 mujeres y 151 hombres voluntarios de la población general de Viena, Austria, con una edad promedio de 31 años. A dichos participantes se les administró la escala de probabilidad de realizarse una cirugía cosmética, la escala de experiencia sobre cirugías cosméticas, la escala de experiencia personal y vicaria, y la escala de auto-raiting de atractividad. Las hipótesis planteadas por estos autores fueron que las mujeres tendrían mayor probabilidad que los hombres de realizarse una cirugía estética, y que la experiencia personal de una cirugía estética sería un predictor significativo de la probabilidad de realizarse otra cirugía estética en el futuro.

Estos investigadores encontraron que 4,7% de los participantes reportaron haberse hecho una cirugía estética, y que las mujeres tenían mayor

porcentaje que los hombres. Así mismo, encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al índice de masa corporal (hombres:  $M=23,78$ ,  $SD=3,29$ ; mujeres :  $M=22,21$ ,  $SD=3,72$ ), en la exposición a mensajes de cirugía estética por medios de comunicación (hombres:  $M=2,48$ ,  $SD= 0,74$ ; mujeres:  $M=3,09$ ,  $SD=0,87$ ), y en la experiencia vicaria sobre la cirugía estética (hombres:  $M=1,45$ ,  $SD= 0,65$ ; mujeres:  $M=1,68$ ,  $SD= 0,79$ ), es decir, las mujeres presentaban un menor índice de masa corporal, habían estado más en contacto con mensajes sobre la cirugía estética a través de medios de comunicación, y tenían más experiencia vicaria sobre las cirugías estéticas. Por otro lado, encontraron que en la Escala de Probabilidad de realizarse una cirugía estética, las mujeres puntuaron puntajes mayores en 21 de los 23 ítems de la escala, siendo los de mayor puntaje para los ítems “blanqueamiento de dientes” ( $M=4,10$ ,  $SD=2,60$ ), “retiro de pelos del cuerpo” ( $M=4,04$ ,  $SD=2,83$ ), y el de “retiro de pelo facial” ( $M=3,40$ ,  $SD=2,78$ ); lo cual indica que las mujeres presentan mayor probabilidad de realizarse una cirugía estética que los hombres.

Por último, observaron que la Escala de probabilidad de hacerse una cirugía estética correlacionaba significativamente con el sexo ( $r=0,24$ ,  $p<0,001$ ), con la exposición a los medio de comunicación ( $r=0,31$ ,  $p<0,001$ ), con la experiencia personal ( $r=0,17$ ,  $p<0,001$ ), y con la experiencia vicaria ( $r=0,16$ ,  $p<0,001$ ). Por último, al realizar modelos de regresión múltiple, encontraron que el sexo ( $b=0,14$ ,  $t=2,48$ ,  $p<0,001$ ) y la experiencia personal ( $B=0,12$ ,  $t=2,42$ ,  $p<0,001$ ) figuraban como predictores significativos, es decir, las mujeres que se hayan hecho una cirugía estética previamente tendrán mayor probabilidad de realizarse una cirugía del mismo estilo en el futuro.

En un estudio realizado por Contreras y Moya (2001) con el objetivo de identificar los rasgos de personalidad e imagen corporal en pacientes que se sometieran a cirugía plástica estética, se utilizó una muestra de 10 pacientes femeninas venezolanas, dentro de las cuales cinco se harían una mamoplastia de aumento, con edades comprendidas entre los 20 y 45 años. Estos autores

utilizaron como instrumentos de medida el Test de Figura Humana de Machover, el Test de Rorschach, una entrevista semi-estructurada y una escala para medir la presencia de trastorno dismórfico corporal. Se obtuvieron como resultados en la entrevista que toda la muestra percibe la cirugía plástica como la única solución que generaría el cambio deseado y que además es permanente; que a pesar de percibir a los procedimientos quirúrgicos como peligrosos (temor a ellos), están seguros de querer realizarse la cirugía, aquí se observa que la motivación por obtener la apariencia deseada sobrepasa los límites en relación a la preservación de su integridad personal. Seis de las diez mujeres reportaron evitar las situaciones públicas, sobre todo cuando se hacía evidente la parte del cuerpo con la que no se sentían cómodas (ej, la playa), aunque cabe destacar que en la parte más abierta de la entrevista las mujeres se contradijeron al afirmar que no suelen evitar dichas situaciones cuando están con gente de confianza (amigos, familiares, etc.), los autores explican esto a la tendencia de querer responder por deseabilidad social; tres de las diez mujeres se comparan con estándares de belleza idealizados (actores, modelos, etc.), lo cual incrementa su insatisfacción y los sentimientos de inferioridad.

En cuanto a los resultados observados en el Test de la Figura Humana, se encontraron indicadores de ansiedad (borraduras), marcada esta en las partes del cuerpo que serían sometidas a la cirugía (senos, nariz, barriga). En el test de Rorschach, se observa una mayor tendencia a puntuar en los índices de esquizofrenia, depresión, inhabilidad social y potencial suicida, indicando esto una posible distorsión al interpretar los estímulos, es decir, podría hablarse de una mal interpretación o percepciones erróneas de su propio cuerpo (x-% elevado); una autocrítica negativa y constante, lo que lleva a la autodesvalorización produciendo sentimientos negativos hacia sí mismo, presentando a su vez baja autoestima, pudiendo llegar en ocasiones a hacerse daño por no saber manejar los sentimientos negativos (V, FD y MOR aumentadas y el índice de egocentrismo disminuido [este último en seis de las 10 pacientes]); y una dificultad para desarrollar y mantener relaciones interpersonales, por la dificultad de expresión y modulación de emociones

(C=60%, no significativa pero común en varias de las pacientes); así mismo se observa, en todas las pacientes, una preocupación por el cuerpo (An+Xy) y una inflexibilidad en su manera de pensar, comportarse y aproximarse a la realidad (a:p) (Contreras y Moya, 2001).

Por último, se debe mencionar que una de las pacientes además de tener puntuaciones significativas en los cuatro índices mencionados (esquizofrenia, depresión, inhabilidad social y potencial suicida), dio positivo en la presencia de un trastorno dismórfico corporal. Estos resultados pueden iniciar el planteamiento de la hipótesis de que las personas que deciden hacerse una cirugía plástica tienen una percepción de sí mismos desvalorizada, baja autoestima, no creen que existan otras alternativas a sus dificultades más que modificar su figura corporal buscando solucionar los conflictos con su imagen corporal, los cuales en ocasiones no logran resolverse atacando sólo el componente físico.

Esta combinación de variables psicosociales que pudieran estar influyendo en la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, se pueden estudiar y explicar a través de la psicología social.

La psicología social es una rama de la psicología que estudia de manera científica el modo en que pensamos unos de otros, así como el propósito de las influencias y las relaciones mutuas. Abarca lo que se conoce como pensamiento social, la formación de creencias y actitudes, y la relación entre lo que pensamos y lo que hacemos; la influencia social sobre nuestras actitudes, creencias, decisiones y comportamientos, y estudia factores como el conformismo, la obediencia y la rebelión contra las normas; y el estudio de las relaciones sociales (Farré, Lasheras y Casas, s.f.).

Esta disciplina intenta cumplir sus objetivos mediante el uso de métodos científicos, y tiene muy en cuenta que comportamiento y pensamientos sociales están bajo la influencia de un amplio espectro de factores sociales, cognitivos, ambientales, culturales y biológicos (Baron y Byrne, 2005).

Al enmarcar esta investigación dentro de la psicología social se asume que la conducta de someterse a un procedimiento quirúrgico como la mamoplastia de aumento es un fenómeno psicosocial, el cual se ve influenciado por variables que se generan de la interacción de la persona con el mundo externo y su mundo interno, es decir, las vivencias, percepciones y valoraciones que hace la persona de sí mismo y del entorno y cómo se influyen éstas entre sí.

Dentro de la psicología social Ajzen y Fishbein (Ajzen, 2002), han desarrollado una teoría que busca explicar cómo es la influencia entre las variables psicosociales (creencias, actitudes, control percibido y norma subjetiva), sobre la intención conductual y la conducta final de una persona. El foco de atención en esta investigación es la intención de las participantes en colocarse implantes mamarios (mamoplastia de aumento), entendiéndose intención conductual como un indicador de la disposición de una persona a realizar un determinado comportamiento y se considera que es el antecedente inmediato a dicho comportamiento (Ajzen, 2002). Siguiendo a este autor (citado en Herrero y Rodríguez, s.f), en su Teoría de la Acción Planeada se considera a la intención de conducta como el mejor indicador o previsor del comportamiento, ya que expresa el esfuerzo que los individuos están dispuestos a realizar para desarrollar una determinada acción.

En cuanto a la evidencia empírica que respalda la aplicación de la teoría de la acción planeada se encuentra un meta-análisis realizado por Armitage y Conner (2001), en el cual se encontró que todas las variables propuestas por la teoría de la acción planeada (TAP), es decir, las creencias, las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido, contribuyeron a la explicación del 27% de la varianza del comportamiento de la persona, cuando esta ocurre de manera planificada. Mientras que las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido explicaron el 39% de la intención.

Aunado a esto, Barajas (2012), realizó una investigación con el objetivo de explorar la utilidad predictiva incremental de los factores complementarios de

la TAP, estudiar la influencia de las variables de personalidad, y determinar si existen diferencias de género y edad en la implementación de una dieta saludable. Para esto utilizaron una muestra formada por 100 sujetos, 50 hombres y 50 mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y 40 años, que padecen de obesidad y sobrepeso. Entre sus resultados se puede destacar, que encontraron que las variables fundamentales y complementarias de la TAP y los niveles de intención, fueron en general moderadas y significativas; además encontraron que dentro de la estructura de variables significativas de la TAP que explican la intención de llevar a cabo una dieta saludable, la variable Actitud es el mejor predictor de la intención de esta conducta con un 25% de la varianza total explicada, seguida por la variable Control percibido con una varianza del 14,2%; siguiendo con esto, se destaca que la variable Intención es el mejor predictor de la conducta con un 45% de la varianza total explicada.

Con respecto al sexo, encontraron que para las mujeres, la Actitud es el mejor predictor de la intención de llevar a cabo una dieta saludable con un 42,2% de varianza explicada, y la Intención es el mejor predictor de la conducta con un 54,5% de la varianza explicada; por otro lado, en los hombres la Conducta pasada es el mejor predictor de la intención de realizar la conducta con un 16% de la varianza explicada, y el Control percibido es el mejor predictor de la conducta con un 42,7% de la varianza explicada. Por último, en cuanto a la edad, ésta la dividieron en dos grupos (Mayores de 27 y menores de 27), donde encontraron que las variables predictoras de la Intención son la Actitud, el Control percibido y el Tesón, explicando un 46,6% de la varianza; sin embargo, en cuanto a la predicción de la conducta, no se encontraron diferencias significativas (Barajas, 2012).

En la misma línea Espí (2005), realizó una investigación con el objetivo de predecir la intención y la conducta de hacer ejercicio, usando como marco teórico dos teorías, la teoría de la conducta planeada y de las metas de logro; aquí se dará prioridad a los resultados de la teoría de la conducta planeada. Utilizando una muestra de 151 usuarios de un centro de ejercicio de la ciudad

de Valencia (España), con edades comprendidas entre los 17 y 72 años, encontrando que la intención correlacionó significativamente con todas las variables de la teoría de la conducta planeada (Actitud,  $r=0.439$ ; control conductual percibido,  $r=0,374$ ; creencias conductuales percibidas,  $r=0.169$ ; creencias de control facilitadores,  $r=0.263$ ; y creencias de control barreras,  $r=-0.182$ ), menos con la norma subjetiva. Sin embargo, las únicas variables que actúan como predictores son la actitud y el control conductual percibido, en donde ambas explican el 22% de la varianza de la intención de hacer ejercicio.

En cuanto a las creencias Espí las dividió en cuatro tipos de creencias, las creencias conductuales percibidas, las cuales mostraron una correlación positiva con actitud ( $r=0.40$ ,  $p<.01$ ), intención ( $r=0.17$ ,  $p<.05$ ), control conductual percibido ( $r=0.24$ ,  $p<.01$ ) y creencias de control facilitadoras ( $r=0.27$ ,  $p<.01$ ); las creencias normativas mostraron correlaciones positivas con norma subjetiva ( $r=0.30$ ,  $p<0.01$ ) y control conductual percibido ( $r=0.19$ ,  $p<0.05$ ); las creencias de control barreras mostraron correlaciones positivas con actitud ( $r=-0.30$ ,  $p<.01$ ), intención ( $r=-0.18$ ,  $p<0.05$ ) y control conductual percibido ( $r=-0.49$ ,  $p<0.01$ ); y las creencias de control facilitadores mostraron correlaciones positivas con intención ( $r=0.26$ ,  $p<0.01$ ), norma subjetiva ( $r=0.25$ ,  $p<0.01$ ), control conductual percibido ( $r=0.23$ ,  $p<0.01$ ), actitud ( $r=0.46$ ,  $p<0,01$ ) y creencias conductuales percibidas ( $r=0.27$ ,  $p<0.01$ ).

Por último, encontró que los mejores predictores de la conducta de hacer ejercicio fueron la variable conducta previa (asistencia a la institución durante los dos meses anteriores), la cual explica el 46% de la varianza de la conducta futura; así mismo, la intención y el control conductual percibido también mostraron ser eficaces para predecir la conducta futura de asistencia al centro de ejercicio.

Según lo mencionado se podría decir que la intención es una variable importante para la predicción de la conducta, y más aún cuando se trata de predecir la conducta de las mujeres; por ende, se podría plantear que cuando

una mujer presente una alta intención de someterse a una mamoplastia de aumento es muy probable que realice dicha conducta en un futuro.

La teoría de la acción planeada plantea que existen varios tipos de variables determinantes o explicativas de la intención: las creencias, la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y el control percibido (Herrero, 2005). Se procederá a realizar un análisis de cada variable por separado y de la evolución de la teoría.

La variable actitud ha sido definida de distintas maneras en el transcurso del tiempo, desde las más sencillas hasta las más complejas "lo que gusta y lo que no gusta" (Bem citado en Worchel et al. 2002), "un estado mental o neuronal dispuesto, organizado por medio de la experiencia, que ejerce una influencia rectora o dinámica en la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que se relaciona" (Allport citado en Worchel et al., 2002, p.126). Por otro lado, según Worchel et al. (2002) una actitud es un juicio evaluativo (bueno o malo) de un objetivo, representando así una propensión favorable o negativa del individuo hacia el objetivo. Así mismo, Herrero y Rodríguez (s.f) definen las actitudes hacia cierto comportamiento como la predisposición global, favorable o desfavorable, hacia el desarrollo de dicha conducta.

Así mismo, esta variable está conformada por tres componentes que ayudan a comprender mejor su complejidad y la relación existente con el comportamiento: a) el componente cognoscitivo, está formado por las percepciones y creencias que tiene la persona sobre un objeto, es decir, el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del que va a tomar su actitud; b) el componente afectivo, son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social; y c) el componente conductual, son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, en sí, es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera (Grupo de investigación Edufísica, s.f.).

Las actitudes son aprendidas de distintas maneras, una parte importante se adquiere de otras personas a través del proceso de aprendizaje social (interacción y observación de otras personas), evidenciando nuevamente la influencia de los pares, las familias, sociedades y culturas, las cuales transmiten a través de la socialización los estándares esperados de la belleza. Esto puede ocurrir también, con el condicionamiento clásico, encontrándose que una actitud puede ser condicionada, consciente o inconscientemente, a través de la asociación de estímulos (estímulo condicional con estímulo incondicional); condicionamiento instrumental, desde muy tempranas edades los padres moldean las actitudes de los más jóvenes recompensando con sonrisas, aprobaciones o abrazos para establecer así las posiciones “correctas”, según sus criterios; aprendizaje observacional, sucede cuando los individuos adquieren nuevas formas de comportamiento simplemente a través de la observación de las acciones de los demás, tanto niños como adultos adquieren actitudes producto de la exposición a los medios de comunicación, desde la manera de hablar, vestirse y verse físicamente (Baron y Byrne, 2005).

Así mismo, las personas tienden a utilizar el mecanismo llamado comparación social, en donde las personas se comparan con los otros para determinar si su punto de vista sobre la realidad social es o no correcto (Festinger, citado en Baron y Byrne, 2005), debido a este proceso, con frecuencia, las personas cambian sus actitudes para tener puntos de vistas más cercanos a los demás, contribuyendo a su vez en la creación de nuevas actitudes (Baron y Byrne, 2005).

Dentro del tema de las actitudes Zanna y Rempel (citado en Worchel et. al., 2002) identificaron cuatro rasgos de este concepto: las actitudes se refieren a un estímulo (siempre tienen un referente), siempre se dirigen a un objetivo (asunto, conducta, persona, grupo, etc.); se refieren a las evaluaciones que hacen los individuos de los objetivos, es decir, son juicios en el contexto de una dimensión evaluativa que reflejan impresiones agradables o desagradables hacia el objetivo; están representadas en la memoria, se ajustan a nuestra red o

estructura de representaciones en la memoria (Pratkanis y Greenwald, citado en Worchel et. al., 2002), y difieren en cuanto al grado de dificultad para recuperarlas de la misma (accesibilidad); y por último, las actitudes se desarrollan a partir de la información cognoscitiva, afectiva o conductual, es decir, las evaluaciones de los objetos se basan en el conocimiento y las ideas sobre ellos (información cognoscitiva), reacciones emocionales y sentimientos (información afectiva) y conductas y respuestas anteriores (información conductual).

Enmarcado en el tema de investigación se hablaría de la predisposición o juicio evaluativo (favorable o desfavorable), que realiza una persona hacia la cirugía plástica en general o hacia la intención de someterse a una.

Las actitudes se miden al pedirle a las personas su valoración del objetivo en varias dimensiones evaluativas, como bueno o malo, favorable o desfavorables, sensato o insensato, agrado o desagrado (Osgood, Suci y Tannenbaum, citado en Worchel et al., 2002). Otra manera de hacerlo, es pedir a la gente que califique si está de acuerdo o en discrepancia con diversos enunciados que expresan evaluaciones de los objetivos (Likert citado en Worchel et. al., 2002).

Por otro lado, las actitudes presentan dos cualidades, formación rápida y sin esfuerzo, con resistencia al cambio, que revelan que las mismas cumplen funciones psicológicas importantes, además de una función de supervivencia crucial. A parte de estas cualidades, Katz (citado en Worchel et. al., 2002) identificó cuatro funciones posibles de las actitudes: sirven para maximizar las recompensas y minimizar los castigos (función utilitaria); permiten que los observadores comprendan su entorno al proporcionar evaluaciones resumidas de objetos y grupos de objetos (función de conocimiento); algunas veces comunican los valores y la identidad de los individuos hacia los demás (función expresiva del valor); y sirven para evadir verdades dolorosas (función defensiva del ego).

Sin embargo, relacionado con la resistencia al cambio de las actitudes, se observa que en relación a la cirugía plástica sí se ha dado un cambio de actitudes, ya que anteriormente la cirugía plástica era sólo para los ricos y famosos, y se asoció con un cierto grado de desaprobación. Hoy en día, más y más personas creen que no hay ninguna buena razón para parecer mayor de lo que se sienten, y la cirugía plástica es más ampliamente aceptada y muy común. Con el énfasis actual en la salud, la actitud y la longevidad, las personas están viviendo más tiempo y quieren verse tan bien como se sienten, y ven la cirugía estética como una opción atractiva (Plástico Facial, s.f). Pero esta nueva actitud no se queda solamente con la intención de retrasar el paso del tiempo y seguir viéndose joven, sino que también llega al punto de buscar hacerse “retoques” en las distintas partes del cuerpo con las cuales la persona no se siente del todo cómoda, en este caso específico se hará referencia al tamaño de los senos de una mujer. Esto mismo lo dice Elliott (trans. 2011), que según un cirujano plástico que entrevistó (Hargraves), las condiciones que han traído la posibilidad de alargar la vida en el ser humano han hecho posible también, el auge de la cultura de la transformación corporal.

Desde 1969, se han identificado varios factores que influyen en la congruencia entre actitudes y conductas y que muestran que estas guardan una relación estrecha en algunas circunstancias pero no en otras. Un avance conceptual vino de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (citado en Worchel et. al., 2002), donde argumentan que debido a que las actitudes generales predicen solo conductas generales y que actitudes específicas pronostican solo conductas específicas, las medidas de las actitudes y las conductas deben ser compatibles.

En cuanto a las actitudes generales, estas comprenden las actitudes hacia los objetos, personas y temas, siendo las conductas generales las medidas de toda la clase de acciones hacia el objeto. Además, Fishbein y Ajzen (citado en Worchel et al., 2002) argumentaron que una actitud individual hacia un tema auguraría el carácter favorable de toda serie de conductas relevantes

para el tema, pero no pronosticará conductas específicas, es decir, las actitudes generales augurarán el carácter favorable de toda una clase o serie de actividades aún si no pronostican actos aislados. Por otro lado, una actitud específica es una postura hacia una conducta en particular, y una medida específica de una conducta es una medida de una acción hacia un objeto en un lugar particular en un momento determinado. Con relación a esto, las conductas se especifican a lo largo de cuatro dimensiones: acción (lo que es la conducta), el objeto (a que se dirige la conducta), contexto (el lugar donde la acción ocurre) y el tiempo (cuando ocurre la acción). Por ende, si la meta es predecir una conducta específica, entonces la medida de las actitudes sería compatible; entre más componentes (acción, objeto, contexto, tiempo) equipare, más elevada será la correlación entre actitudes y conducta.

Siguiendo con las conductas específicas, Fishbein y Ajzen (citado en Worchel et al., 2002) propusieron un modelo completo de las causas de las mismas. En la teoría de la acción razonada hay varios factores antecedentes que explican el comportamiento humano. Concretamente, esta teoría trata de explicar las conductas que están bajo el control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden. Para estos autores el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla, ya que por lo común se tenderá a realizar una conducta que se pretenda realizar. Dicha intención tiene dos variables que la explican, la actitud y la norma subjetiva que hace referencia al contexto socio-cultural del individuo (Carpi y Breva, citado en Worchel et al., 2002). Tanto la actitud como la norma subjetiva están determinadas por otros factores que las anteceden; la actitud viene determinada por las creencias que la persona posee hacia el objeto y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias. Por su parte, la norma subjetiva viene determinada por la percepción de las creencias que tienen otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar, y por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas que los otros significativos tienen sobre él.

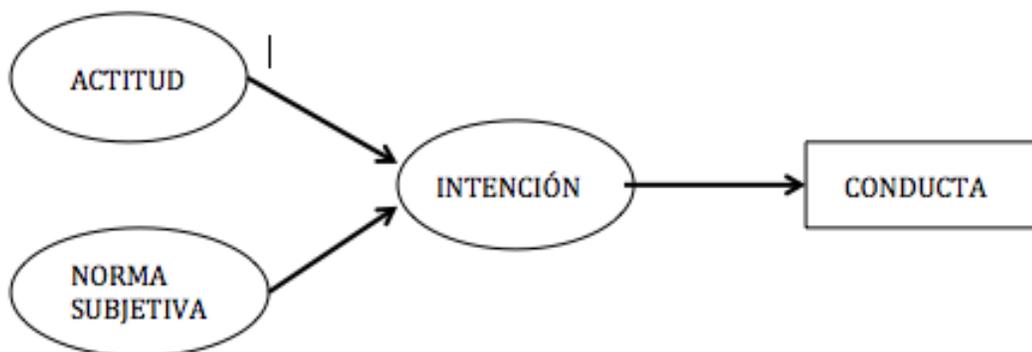


Figura 1. Modelo de la teoría de la acción razonada (Carpí y Breva, 1997).

Esta teoría postula que las acciones de las personas en una situación en particular se determinan en forma conjunta por la manera en que evalúan las conductas posibles en la situación (actitudes) y la presión social que sienten respecto de tales conductas (normas subjetivas) (Worchel et al., 2002).

Según esta investigación se diría que la intención de someterse a una mamoplastia de aumento se verá determinada por las actitudes que tengan desarrolladas las participantes sobre colocarse implantes mamarios y sobre la cirugía plástica en general, y por la percepción que tengan sobre lo que piensan o creen sus amigos(as), compañeros de clases, padres, parejas y otras personas significativas, sobre el hecho de que ellas se sometan a dicho procedimiento quirúrgico y la valoración que le dan a cada una de esas opiniones. Por tanto, al aproximarse a las actitudes, positivas o negativas, y a la norma subjetiva de cada uno de las estudiantes participantes se podrá determinar la posible intención que presentan a realizarse una mamoplastia de aumento.

Como segundo factor que influye en la congruencia entre las actitudes y la conducta, se encuentra la naturaleza de esta última. Estos mismos autores (Ajzen y Fishbein, citado en Worchel et al., 2002), en su teoría de la acción

razonada, argumentaron que las normas subjetivas son independientes de las actitudes como determinantes de la conducta, por ende, si las normas que atañen a la conducta son muy fuertes, es poco probable que las actitudes del individuo influyan en su conducta, la influencia de la norma será dominante. Esto quiere decir, que las actitudes predecirán la conducta sólo cuando las acciones no estén fuertemente controladas por las presiones sociales. Siguiendo lo anterior Ramos (2012) reporta que en el campo de la cirugía estética, los bioeticistas han centrado su atención en la discusión sobre la libertad y la autonomía del individuo que solicita el procedimiento. Sin embargo, no se puede dejar de considerar la presión social y el hecho de que el cuerpo se ha convertido en el depósito de un imaginario cultural preponderante en la sociedad contemporánea. Se podría decir entonces que, en la actualidad, un tema importante es el estándar de belleza promovido a nivel nacional y mundial, en donde las mujeres se ven presionadas para cumplir con el mismo (norma subjetiva), dejándose de cierta manera influenciar en el momento de tomar la decisión de someterse a una intervención quirúrgica.

Así mismo, esta preocupación excesiva de quien se somete a una cirugía estética surge al no adecuarse a los patrones sociales y culturales de belleza, de acuerdo con lo que dicta la moda. La molestia, pequeña a los ojos de los demás, induce gran sufrimiento psicológico, que desde “el padecer” en lo más íntimo genera dolor, vergüenza, rechazo, desequilibrio emocional y mental, que perjudican su felicidad, el nivel de satisfacción personal y productividad (Ramos, 2012), llevando a las personas a buscar soluciones a este padecer en las consultas médicas.

Según esto la norma subjetiva es una variable que juega un papel importante en la intención y posterior decisión de realizarse una cirugía plástica de aumento de senos, ya que actualmente es percibida positivamente por la cultura en la que vivimos impulsando a las mujeres a tenerla en mente cada vez más.

En 1985, Azjen (citado en Worchel et al., 2002) extendió la teoría de la acción razonada, ya que esta se limitaba explícitamente a las conductas volitivas dentro del modelo. En esta extensión incluyó conductas no controladas por completo por la voluntad, al incluir un tercer determinante de intención conductual; a esta teoría la llamó Teoría de la conducta planeada. Dentro de esta teoría Ajzen propuso que el control percibido, concepto definido como el grado en el que la persona cree que posee las habilidades y las oportunidades para realizar una acción, influye en las intenciones conductuales independientemente de las actitudes y las normas subjetivas; este concepto es parecido a la noción de autoeficacia propuesta por Bandura (citado en Worchel et al., 2002). Por otro lado, planteó que se considera si son capaces de realizar una conducta cuando formulan su intención; si les parece que una conducta no está al alcance de su control, no trata de realizarla. El control percibido es el resultado de las creencias del sujeto respecto a los factores que condicionan el comportamiento y del dominio que se tiene sobre dichos factores (Herrero y Rodríguez, s.f).

Es decir, el hecho de que una conducta se realice exitosamente dependerá no sólo de la intención que tenga una persona a realizarla sino de las habilidades de la misma, de modo que las motivaciones o intenciones influyen en el desempeño en la medida que el individuo dispone de control sobre el comportamiento, y el resultado mejorará con el control sobre la conducta en la medida en que el individuo esté motivado a ello (Ajzen, citado en Herrero, 2005).

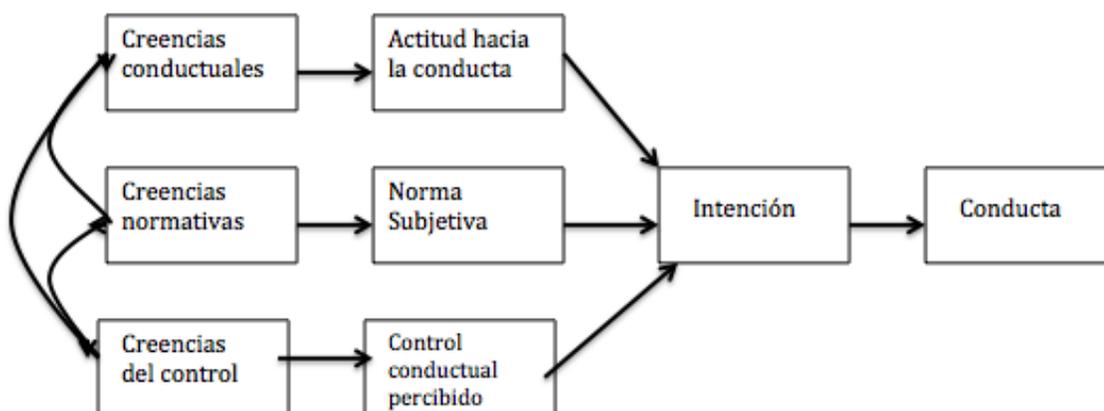
Siguiendo lo expuesto por Azjen se diría que la percepción de control sobre la conducta de someterse a una cirugía plástica determinará de una manera más directa la intención de ejecutar dicha conducta. Es decir, si las estudiantes que participan en el estudio perciben que tienen los recursos (económicos, tiempo, etc.) necesarios y suficientes para realizarse la cirugía su intención hacia dicha conducta será mayor, a si percibieran lo contrario. Por ende, aunque las actitudes y la norma subjetiva influyan positivamente sobre la

conducta de someterse a un procedimiento quirúrgico si la participante no percibe que tiene el control (oportunidades y recursos) sobre esa conducta, la intención de realizar la misma disminuirá progresivamente.

Según Capri, Breva y Palmero (2005), todas las variables influyen en la formación de la intención, siendo esta y la percepción de control las únicas que pueden intervenir directamente en el desarrollo de la conducta. Así mismo, la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control pueden modificarse entre sí, previamente al desarrollo de la intención.

En esta extensión de la teoría también se amplía el foco de atención hacia las creencias predecesoras de todas las demás variables que se encuentran dentro del modelo. Como se ha mencionado anteriormente las actitudes están conformadas por creencias acerca de un objeto en específico, las cuales se les asigna una valoración; la norma subjetiva se desarrolla a partir tanto de la percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta que la persona debe realizar como de la motivación personal para cumplir dichas expectativas; y por último, las creencias que anteceden a la percepción de control son las creencias acerca de la habilidad de ejecución y las creencias acerca de la facilidad o dificultad de realizar una acción (Capri et al., 2005).

Por tanto, tal como se muestra en la Figura 2, las creencias preexistentes de las participantes, generadas a través de la experiencia, aprendizaje y socialización, determinarán la formación de las tres variables siguientes, actitudes, norma subjetiva y control percibido, afectando de manera indirecta la intención y la conducta de someterse a una cirugía plástica (mamoplastia de aumento). Entre más positivas sean las creencias de las participantes, éstas presentarán una actitud más positiva, un mayor control percibido y una alta norma subjetiva, lo cual traerá como consecuencia una mayor intención de hacerse una mamoplastia de aumento.



*Figura 2.* Modelo de teoría de la acción planeada (Ajzen, 2006).

Evidenciando esto, Ramírez y Rodríguez (2008) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la relación de las variables sexo, rol sexual, estima corporal, locus de control de peso y creencias acerca de la liposucción, y cómo influyen estas variables en la intención de realizarse dicha operación. Para esto utilizaron una muestra conformada por 500 estudiantes de la UCAB, con edades comprendidas entre los 16 y 25 años (373 mujeres y 127 hombres), a quienes les aplicaron la escala de intención de realizarse la liposucción, la escala de creencias acerca de la liposucción, la escala de estima corporal, y la escala de rol sexual. La hipótesis general planteada por estos autores fue que las personas de sexo femenino, personas con alta feminidad, aquellos con un locus de control de peso externo, quienes tengan creencias positivas acerca de la liposucción y personas con una baja estima corporal, tendrán una mayor intención de realizarse el procedimiento quirúrgico estético de liposucción.

Dichos investigadores encontraron que las variables sexo, rol sexual, estima corporal, locus de control de peso y creencias acerca de la liposucción explicaron de modo significativo el 21,3% de la varianza total de la variable intención de realizarse la liposucción, con una correlación múltiple moderada de

$R=0.487$ . Aunado a esto, encontraron que las variables que resultaron significativas fueron: (a) estima corporal, relacionada con la figura corporal y el peso (Beta= -0.276,  $t= -4.17$ ,  $p=0.000$ ), (b) sexo (Beta= -0.266,  $t= -4.764$ ,  $p=0.000$ ), (c) creencias de que la liposucción no implica riesgos a la salud (Beta= 0.202,  $t= 4.15$ ,  $p=0.000$ ), (d) masculinidad (Beta= 0.155,  $t= 2.503$ ,  $p= 0.013$ ), y por último (e) creencias de que la liposucción conlleva beneficios físicos, estéticos y psicológicos (Beta= 0.134,  $t= 2.526$ ,  $p=0.012$ ); es decir, las mujeres con sentimientos negativos hacia la figura corporal y el peso, con creencias de que la liposucción no implica riesgos para la salud, con un rol sexual masculino, y que creen que la liposucción implica beneficios estéticos, físicos y psicológicos, tuvieron mayor intención de realizarse dicha cirugía estética. Aquí se puede observar que las creencias presentes en los participantes acerca del procedimiento quirúrgico, en este caso la liposucción, generan una influencia positiva sobre la intención de realizarse la cirugía.

Por otro lado, estos mismos autores, encontraron que la variable rol sexual y la variable sexo, explican el 18.7% de la varianza total de la variable estima corporal relacionada con la figura corporal y el peso ( $R= 0.438$ ), y el 26.9% de la varianza total de la variable estima corporal relacionada con la condición física; donde la variable sexo obtuvo un Beta= 0.182, una  $t= 3.612$  y un  $p=0.000$  para la primera, y un Beta= 0.166, un  $t= 3.477$ , y un  $p= 0.001$ , indicando con esto que el ser hombre se asocia con mayores sentimientos positivos relacionados con la figura corporal y con la condición física, es decir, que las mujeres presentan mayores sentimientos negativos hacia la figura corporal y su condición física, pudiendo indicar esto que las mujeres tienen mayor intención a modificar su figura.

Esto último fue confirmado en los análisis adicionales de su estudio, donde encontraron que la variable sexo correlacionó de manera significativa con la cantidad de cirugías estéticas realizadas ( $r_{xy}= -0.109$ ,  $p= 0.015$ ), indicando que dentro de su muestra, las mujeres fueron las que se realizaron mayor número de cirugías.

Sin embargo, Ramírez y Rodríguez concluyeron que la mayoría de los estudiantes universitarios tenían una baja probabilidad de recurrir al procedimiento quirúrgico de la liposucción en los próximos diez años, una posible explicación a este resultado la atribuyeron a la edad de los participantes, ya que personas de menor edad son más activas físicamente y tienden a tener el cuerpo en mejor estado que las personas mayores (adultos), por tanto, no tenderán a utilizar métodos quirúrgicos para modificar su figura.

Pastó y Paulos (2010) realizaron una investigación, más directamente relacionada con esta investigación, con el objetivo de 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 tal fin, utilizaron una muestra de 500 mujeres de entre 15 y 54 años, de la ciudad de Caracas, Venezuela, a quienes se les administró la escala de intención de realizarse una mamoplastia de aumento, la escala de creencias acerca de la mamoplastia de aumento, la escala de estima corporal, y el inventario del rol sexual de Ben. La hipótesis general que se plantearon fue que las mujeres de menor edad, con alta masculinidad, con 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.

Se encontró que las mujeres de la muestra presentaron una baja probabilidad de incurrir en este procedimiento quirúrgico en los próximos diez años, sin embargo, se observa que el 31,2% de las mujeres de la muestra tienen entre el 50 y el 100% de probabilidad de someterse a una mamoplastia de aumento en los próximos diez años; aunque a nivel estadístico este porcentaje es bajo, muestra que 3 de cada 10 mujeres se realizarían la cirugía. Esto demuestra que aunque las mujeres no estén seguras de realizarse una cirugía de este tipo, lo tienen en consideración y lo perciben como algo posible en un futuro. Según los resultados de este estudio y el mencionado anteriormente sobre la intención de realizarse una liposucción, se podría

concluir que las mujeres tenderán a presentar mayores sentimientos negativos hacia su figura corporal de una manera generalizada o especificando ciertas partes del cuerpo, esto conllevaría a que presentarán una mayor vulnerabilidad a buscar cambios permanentes en su propia imagen para tratar de atacar los sentimientos negativos que presentan. Así mismo se observa que las creencias son una variable importante dentro del sistema de influencias sobre la intención de realizarse una cirugía estética, y como se ha expuesto anteriormente las creencias son el origen de las actitudes, la norma subjetiva y el control percibido, por tanto, se podría suponer que estas variables también tendrán un impacto sobre la intención de realizarse una cirugía plástica.

Así mismo, se encontró una correlación múltiple moderada ( $R=0.55$ ) entre la intención de realizarse la mamoplastia de aumento y la combinación lineal de las variables predictoras (edad, el rol sexual, la estima corporal y las creencias acerca de la mamoplastia de aumento), las cuales explicaron el 29,7% de la varianza total y en cuanto al aporte de cada una de las variables resultaron significativas las creencias de que la mamoplastia de aumento conlleva a beneficios físicos, psicológicos y sociales ( $Beta=0.397$ ,  $t=9,66$ ,  $p=0.000$ ), creencias de que este procedimiento no implica riesgos para la salud y no hace lucir artificiales a las mujeres ( $beta=0.264$ ,  $t=6.47$ ,  $p=0.000$ ), mujeres jóvenes ( $beta=-0.254$ ,  $t=-6.14$ ,  $p=0.000$ ) y al presentar un mayor rol sexual masculino ( $beta=0.102$ ,  $t=2.02$ ,  $p=0.044$ ). Aquí se observa nuevamente la influencia que ejercen las creencias de la persona hacia la mamoplastia de aumento en la intención de realizarse una. Se podría suponer entonces que el presentar creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento generará unas actitudes positivas hacia dicho procedimiento aumentando así la posibilidad de intentar realizarse una mamoplastia de aumento. Así mismo, se observa que las mujeres jóvenes de esta muestra presentaron una mayor intención de realizarse la mamoplastia de aumento, por lo que se considera adecuado seleccionar una muestra universitaria, que posea este rango de edades, para realizar la presente investigación.

En los análisis adicionales, estos autores, procedieron a analizar con mayor grado de detalle la relación entre cada una de las partes o funciones del cuerpo y la intención de realizarse la mamoplastia de aumento, debido a que las dimensiones de la estima corporal no predicen dicha intención (matriz de correlaciones entre los ítems de la escala de estima corporal con la intención). Con esto, encontraron que el único ítem que correlacionó significativamente con la intención de realizarse la mamoplastia de aumento, fue el ítem “pecho o busto” ( $r = -0.337$ ,  $p < 0.001$ ), indicando con esto que a mayor sentimiento negativo asociada al “pecho o busto”, mayor es la intención de realizarse dicho procedimiento.

Siguiendo la misma línea del estudio anterior Uribe (2008), realizó una investigación cualitativa sobre la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post-operadas de cirugía estética de mamas, donde estudió, mediante un grupo focal, a siete mujeres con el objetivo de recoger la experiencia de las mismas para ofrecer una mayor comprensión de este fenómeno en nuestros tiempos; específicamente buscaba explorar el proceso de la toma de decisión de someterse a la intervención quirúrgica, explorar las expectativas de cambios psicológicos luego de la intervención, comprender el proceso de ajustes psicológicos posterior a la intervención quirúrgica, comprender el significado de la cirugía estética de mamas como un fenómeno social en nuestro contexto y tiempo. Se obtuvo como resultado varios temas comunes, siendo el primero las diversas motivaciones para realizarse una mamoplastia de aumento, entre las cuales se encuentran: (a) inconformidad con el tamaño, (b) moda, (c) intento por exaltar una feminidad amenazada por tener unos pechos pequeños; así mismo, hablan que buscaban, a través de la decisión de realizarse una mamoplastia, conseguir un beneficio personal, tratando a su vez de aminorar el papel de los otros en su decisión, lo cual según la autora es una contradicción ya que no toman en cuenta el impacto directo o indirecto en los demás (familia, pareja, pares del mismo sexo y del opuesto). Aquí se puede observar la búsqueda de mejorar o modificar la imagen corporal de la persona, pero que a su vez influye en su decisión la norma subjetiva (presión social).

El segundo tema habla de la importancia de las madres en la experiencia, siendo el fenómeno considerado netamente femenino, colocando al hombre como un participante secundario o indirecto en el mismo. El tercer tema habla de la impulsividad de la mayoría de las participantes de someterse a la operación, es decir, no esperan el tiempo necesario para reflexionar luego de la primera entrevista con el cirujano; a su vez la mayoría comienza hablando de lo importante que es colocarse implantes que sean proporcionales a su cuerpo, mas sin embargo, fueron sugiriendo de manera sutil el hecho de que hubieran querido colocarse prótesis de más tamaño (lo llamativo, interés sexual o de llamar la atención) (Uribe, 2008).

El cuarto tema es las expectativas y presencia de cambios psicológicos y/o conductuales luego de la cirugía, encontrándose que pocas admitieron el hecho de que conseguir parejas y aumentar la seguridad en sí mismas eran las expectativas principales de realizarse la cirugía plástica. Pero si lograron identificarse con el aumento de las siguientes conductas, se ven más veces al espejo, tocan más veces sus mamas y se comparan activamente con otras mujeres (Uribe, 2008).

El quinto tema es sobre el ajuste físico y psicológico a la nueva imagen, ocurriendo una disociación entre el cuerpo nuevo y el sí mismo; así como la presencia de molestias y dolores físicos, los cuales no suelen mencionar, dándole mayor importancia a los beneficios. También se observa una contradicción entre las motivaciones que parecieran netamente personales pero que dejan ver un interés por lucir atractivas para los otros. El último tema habla sobre el fenómeno social de la cirugía de mamas, incluyendo el aumento de la demanda (Uribe, 2008).

Después de todo lo señalado, se puede suponer que el tener unas creencias y actitudes positivas hacia la mamoplastia de aumento, un alto control conductual percibido, una alta norma subjetiva o alta percepción de presión social con respecto a esta cirugía estética y una alta preocupación por la imagen corporal implicaría la presencia de una mayor intención de realizarse un

aumento de senos. Debido a esto, la presente investigación busca determinar la influencia de la imagen corporal, actitudes y creencias hacia la mamoplastia de aumento, la norma subjetiva y el control percibido sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento en estudiantes universitarias.

# **Método**

## **Problema**

¿Cómo influyen la imagen corporal, las actitudes, las normas subjetivas, el control conductual percibido y las creencias hacia realizarse la mamoplastia de aumento, sobre la intención de realizarse dicha cirugía en estudiantes universitarias, y cómo se relacionan estas variables entre sí?

## **Hipótesis**

### **General**

Las mujeres que tengan insatisfacción con su imagen corporal, creencias positivas y actitudes positivas hacia la mamoplastia de aumento, altas normas subjetivas, y alto control conductual percibido, tendrán mayor intención de realizarse el procedimiento quirúrgico de mamoplastia de aumento.

### **Específicas**

A continuación en la Figura 3, el diagrama que representa la hipótesis general de estudio, donde las rutas representan las hipótesis específicas que se desean comprobar, las cuales se han derivado de la evidencia teórica y empírica encontradas en la literatura revisada.

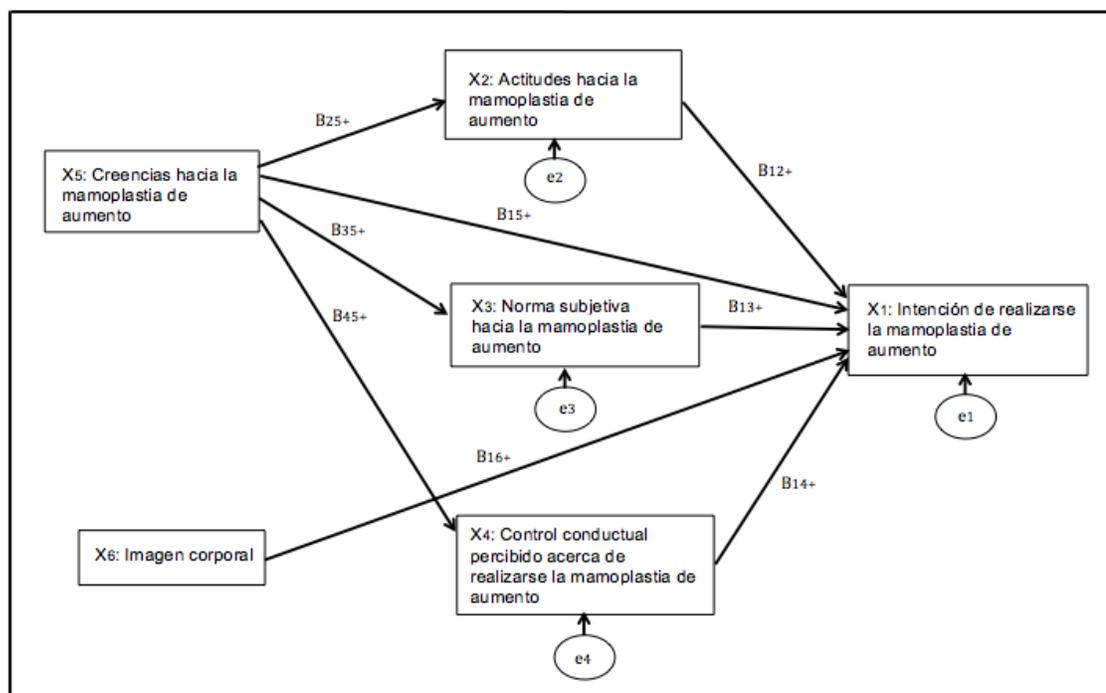


Figura 3. Diagrama de rutas propuesto

## Definición de variables

### Variables Endógenas:

Intención de realizarse la mamoplastia de aumento.

Definición conceptual: Indicador de la disposición de una persona a realizar un determinado comportamiento, y se considera que es el antecedente inmediato a dicho comportamiento (Ajzen, 2002). En este caso, a realizarse la mamoplastia de aumento.

Definición operacional: Puntaje total obtenido por el sujeto en la escala de intención de realizarse la mamoplastia de aumento, en la que el puntaje mínimo posible es 0 y el máximo es 10, siendo un mayor puntaje indicativo de una mayor intención hacia realizarse la mamoplastia de aumento (Ver Anexo B).

Actitud hacia la mamoplastia de aumento.

Definición conceptual: Juicio evaluativo (favorable o desfavorable) de un objetivo, representando así una propensión favorable o negativa del individuo hacia el objetivo (Worchel et. al., 2002). En este caso, hacia realizarse la mamoplastia de aumento.

Definición operacional: Puntaje total obtenido, a través de la suma de las respuestas, en la escala de actitudes hacia realizarse la mamoplastia de aumento, en la que el puntaje mínimo posible es 18 y el máximo es 90, siendo un mayor puntaje indicativo de una actitud más positiva hacia la realización de la mamoplastia de aumento (Ver Anexo D).

Norma subjetiva hacia la mamoplastia de aumento.

Definición conceptual: Es la presión social percibida por la persona en base a la cual estima la probabilidad de que su conducta resulte o no aceptable para los otros (Ajzen, 2002). En este caso, hacia realizarse la mamoplastia de aumento.

Definición operacional: puntaje total obtenido, a través de la suma de las respuestas dadas por el sujeto, en la escala de norma subjetiva hacia la realización de la mamoplastia de aumento, en la que el puntaje mínimo posible es 12 y el máximo es 60, siendo un mayor puntaje indicativo de una mayor percepción individual de que la conducta de realizarse la mamoplastia de aumento es más aceptable para los demás (Ver Anexo E).

Control conductual percibido sobre la realización de la mamoplastia de aumento.

Definición conceptual: se refiere a la percepción de las personas de su capacidad para llevar a cabo determinada conducta (Ajzen, 2002). En este caso, hacia realizarse la mamoplastia de aumento.

Definición operacional: puntaje total obtenido a través de la suma de todas las respuestas dadas en la escala de control conductual percibido hacia la realización de la mamoplastia de aumento, en la que el puntaje mínimo posible es 10 y el máximo es 50, siendo un mayor puntaje indicativo de una mayor percepción de que se tiene la capacidad para poder realizarse la mamoplastia de aumento (Ver Anexo F).

### **Variables exógenas:**

Creencias acerca de la mamoplastia de aumento.

Definición conceptual: 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 conexas procedente de diferentes fuentes (Schiffman y Kanuk, 2001). En este caso, las creencias hacia la mamoplastia de aumento.

Definición operacional: puntaje total obtenido a través de la suma de las respuestas dadas en la escala de creencias hacia la mamoplastia de aumento (una vez invertidos los ítems de creencias negativas), en la que el puntaje mínimo posible es 25 y el máximo 125, siendo un mayor puntaje indicativo de creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento (Ver Anexo C).

Imagen corporal.

Definición conceptual: representación mental o idea subjetiva que cada persona tiene de su cuerpo (Montaño, 2006).

Definición operacional: puntaje total obtenido en el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ), donde el puntaje mínimo posible es 30 y el máximo es 180, siendo un puntaje menor a 81 indicativo de que no hay preocupación por la imagen corporal, puntajes entre 81 y 110 indican una leve preocupación,

puntajes entre 111 y 140 indican una preocupación moderada, y puntajes por encima de 140 son indicativos de una preocupación extrema por la imagen corporal (Ver Anexo G).

### **Variables a controlar:**

Nivel de instrucción: grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (Eustat, 2004). Se utilizó la homogenización, seleccionando para la muestra únicamente estudiantes de postgrado con un nivel de instrucción superior, y bachilleres cursantes del último año (5to) de estudio de pregrado, lo cual se confirmará en el espacio destinado para esto colocado en la hoja de datos de identificación, antes de empezar a contestar las escalas.

Sexo: es el conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras entre las diferentes especies. Los factores que diferencian el sexo son fundamentalmente biológicos y ambientales, marcados por la morfología genital externa y la educación (Farré, Lasheras y Casas, sf.). Se utilizó la homogenización como técnica de control, ya que se seleccionaron únicamente mujeres para la muestra.

Historia de mamoplastia: pregunta introducida en el cuestionario de datos de identificación, donde se les preguntó a las participantes si se han realizado la mamoplastia de aumento, seleccionando, mediante la homogenización, únicamente a aquellas que no se hayan realizado la cirugía.

Afección médica: pregunta donde se consultó si se van a someter a la mamoplastia de aumento por alguna afección médica como cáncer, deformación, etc. Se seleccionaron, mediante la homogenización, únicamente a aquellas participantes que no padecen de una afección médica que requiera de una mamoplastia de aumento. Esto se obtuvo a través de la realización de una encuesta inicial donde se preguntó a las participantes si se realizarían la cirugía

por motivos estéticos, o para corregir alguna afección médica, de esta manera se pudo descartar desde un principio a las personas que no cumplan con el criterio.

## **Tipo de investigación**

Según el grado de control, la investigación que se realizó es de corte no experimental, ya que no se controlaron directamente las variables independientes (imagen corporal, creencias, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido acerca de realizarse la mamoplastia de aumento), debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido y son inherentemente no manipulables, es decir, son intrínsecas o propias de los sujetos (Kerlinger y Lee, 2002). Además, según el tiempo en que se desarrolló, es un diseño transversal ya que las mediciones de dichas variables fueron realizadas en un momento y tiempo definidos (Grajales, 2000). En concreto, esta investigación buscó estudiar las influencias de la imagen corporal, las creencias y actitudes acerca de la mamoplastia de aumento, las normas subjetivas y el control conductual percibido, sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento.

Por otro lado, según el propósito esta investigación es de tipo explicativo ya que buscó las relaciones de causalidad entre las variables antes mencionadas, basándose en un diseño de rutas, el cual es una representación gráfica de dichas relaciones. Específicamente en este diseño se planteó un número de rutas para estudiar hipótesis complejas y se calcularon las influencias directas e indirectas de las variables exógenas (Imagen corporal, creencias acerca la mamoplastia de aumento) y endógenas (actitudes acerca la mamoplastia de aumento, normas subjetivas, control conductual percibido) sobre la variable endógena (intención de realizarse la mamoplasta de aumento) (Kelinger y Lee, 2002).

## Diseño de investigación

Se realizará un diseño multivariado, ya que se deseaba medir o evaluar más de un atributo o característica de cada unidad experimental (cualquier objeto o concepto que se pueda medir o evaluar de alguna manera). Estos métodos son útiles para ayudar a que tengan sentido conjuntos grandes, complicados y complejos de datos que constan de una gran cantidad de variables medidas en números grandes de unidades experimentales. A menudo, el objetivo primario de los análisis multivariado es resumir grandes cantidades de datos por medio de relativamente pocos parámetros (simplificación) (Johnson, 2000).

En concreto se realizó un diseño de rutas, el cual es un método de medida de la influencia directa en un sistema a lo largo de cada parte, y de hallar de este modo el grado con que la variación de un efecto dado es determinada por cada causa particular (Wright; citado en Sierra-Bravo, 1981). Específicamente en esta investigación, se buscó evaluar en qué medida la variabilidad de la intención a realizarse la mamoplastia de aumento es explicada por la imagen corporal, las creencias, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido hacia dicha cirugía.

Cabe mencionar que para realizar este diseño se cumplió todos los presupuestos de manera efectiva, los cuales, según Kerlinger y Lee (2002), y Sierra-Bravo (1981), son los siguientes:

- Debe representar relaciones de causa-efecto entre las variables
- Las relaciones planteadas deben ser únicamente lineales y aditivas.
- El modelo debe ser un sistema cerrado o completo.
- Los errores no deben estar correlacionados entre sí, y ejercen influencia sólo sobre una variable endógena.
- Debe ser recursivo. No se debe asumir relaciones bidireccionales entre las variables.
- El modelo debe ser lineal.

- El nivel de medida de las variables debe ser de intervalo o razón. Se pueden emplear variables cualitativas a condición de que sean dicotómicas o se puedan dicotomizar.
- Las variables utilizadas son medidas sin error.
- No deben existir errores de especificación.
- No debe existir subidentificación o indeterminación.
- Tamaño adecuado de la muestra para evaluar la significancia.
- Uso de la misma muestra para verificar todas las relaciones planteadas.
- Normalidad de los datos de las variables individuales.
- Debe existir nula o baja multicolinealidad.
- Los errores deben estar normalmente distribuidos y ser independientes entre sí.
- Debe existir homocedasticidad.
- El rol de las variables será el de endógenas, para todas aquellas variables que se ven influidas por una o varias variables, y exógenas para todas aquellas variables que no se ven influidas por una o más variables.

## **Población y muestra**

La población en la que se realizó esta investigación estuvo conformada por mujeres estudiantes de 5to año de pregrado y estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), mayores de 21 años, que estaban inscritas y cursando el periodo académico 2012-2013, que no se habían realizado un aumento de senos previamente, y que si pensaban hacérselo en un futuro el motivo fuera únicamente estético.

En cuanto a la muestra para el estudio piloto muestral, el tamaño de ésta fue de 100 mujeres estudiantes de la carrera de Psicología de la UCAB.

El tamaño de la muestra definitiva fue de 200 sujetos ya que este es un tamaño adecuado para un diseño de rutas, duplicando de esta manera el

mínimo deseable según Hair, Anderson, Tatham y Black (1999), quienes postulan que para un diseño que emplee análisis de regresión múltiple, el nivel deseado de observaciones es de 15 o 20 por cada nivel de la variable independiente (en este caso, se poseen cinco variables endógenas).

Dicha muestra se considera no probabilística, la cual no dependió de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación; en el marco de la presente investigación, se seleccionaron participantes mujeres, estudiantes universitarias, que no se hubieran realizado la mamoplastia de aumento y que no tuvieran ninguna afección médica que así lo requiera (Kerlinger y Lee, 2002). A su vez, se realizó un muestreo accidental seleccionando a las estudiantes que estaban disponibles en el momento de la recolección de datos (Kerlinger y Lee, 2002).

## **Instrumentos**

### *Hoja de datos de identificación*

Cuestionario creada para esta investigación, el cual está conformada por dos ítem de escala para descartar a aquellas participantes que se hayan realizado el aumento de senos, y aquellas que no cumplan con el criterio de realizarse la mamoplastia de aumento por un motivo estético; y otros en los cuales se le pregunta la edad, la carrera y el semestre, con el objetivo de caracterizar la muestra (ver Anexo A).

### *Escala de Intención de realizarse la Mamoplastia de Aumento (Ver Anexo B).*

Esta escala fue creada por Pastó y Paulo (2010), basada en la escala de intención de realizarse la liposucción de Ramírez y Rodríguez (2008) quienes encontraron, mediante la técnica tet-retest, una correlación de Spearman de 0.877, y una significancia  $p < 0.000$  en una muestra de 500 estudiantes de la

UCAB (373 mujeres y 127 hombres) con edades entre los 16 y 25 años, lo cual indica que presenta una adecuada consistencia interna.

Este instrumento está constituido por un ítem, el cual está basado en una escala Likert de 11 puntos, donde 0 significa “con toda seguridad no me la realizaría” y 10 puntos significa “con toda seguridad si me la realizaría”, con la finalidad de medir la intención que tienen los sujetos de realizarse la mamoplastia de aumento.

Ramírez y Rodríguez (2008), después de presentar su escala ante cinco jueces expertos en las áreas de psicometría, estadística, metodología y psicología social, aplicaron la misma en una fase de test a 75 estudiantes de la UCAB de las carreras de: derecho, psicología y economía. Luego de cinco semanas administraron el mismo planteamiento, en una fase de re-test, a solo 42 participantes que pudieron contactar de la fase anterior, los cuales constituyeron la muestra definitiva para el cálculo de la confiabilidad. Pastó y Paulo (2010) utilizaron esta misma escala, variando únicamente el objeto de la investigación, el cual se cambió de Liposucción a mamoplastia de aumento.

Para la presente investigación se modificó el tiempo en que se realizarían la mamoplastia de aumento. Se cambió de 10 años, como lo habían realizado en las investigaciones anteriormente mencionadas, a 4 años. Por esto mismo, se realizó un estudio piloto muestral, donde se encontró que la media de la Escala fue de 2,47 puntos y la mediana fue 2, lo que indica que la mitad de las respuestas se encuentran entre las opciones 0, 1 y 2, y la otra mitad de las respuestas se encontraron distribuidas entre las opciones que van desde la 3 hasta la 10; observando así que hubo mayor concentración de respuestas (73,1%) en las opciones que indican tener poca intención de realizarse un aumento de senos en los próximos 4 años.

*Escala de Creencias acerca de la Mamoplastia de Aumento (Ver Anexo C).*

Esta escala fue creada por Pastó y Paulo (2010), basada en la escala de creencias acerca de la liposucción diseñada por Ramírez y Rodríguez (2008), la cual arrojó un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.848, y correlaciones medias y altas de los ítems con el puntaje total (entre 0.212 y 0.626) en una muestra de 500 estudiantes de la UCAB (373 mujeres y 127 hombres) con edades entre los 16 y 25 años.

Este instrumento está constituido por 25 ítems, los cuales se corrigen en base a una escala Likert de cinco puntos, donde 1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo, con la finalidad de medir las creencias que poseen las mujeres acerca de la mamoplastia de aumento. Los ítems de esta escala están distribuidos en dos dimensiones: creencias positivas acerca de la mamoplastia de aumento la cual está conformada por trece ítems (1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 21 y 24), y creencias negativas acerca de la mamoplastia de aumento la cual está conformada por doce ítems (3, 4, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22, 23 y 25). Para obtener la puntuación total, se invirtieron los puntajes de los ítems de creencias negativas, es decir, Totalmente de acuerdo=1 y Totalmente en desacuerdo=5, para luego sumar todas las respuestas de los sujetos, obteniéndose como resultado un puntaje mínimo de 25 y un puntaje máximo de 125, donde a mayor puntaje mayores creencias positivas acerca de esta cirugía.

En la presente investigación se procedió a revisar dicha escala con los jueces expertos en las áreas de psicometría, metodología y psicología social, con la finalidad de adaptarla al objeto de estudio. Aunado a esto, tras aplicar la escala en un estudio piloto muestral, se realizó un análisis factorial de la misma para corroborar que los factores que mide dicha escala fueran los que se deseaban medir en la investigación (creencias de actitudes, de normas subjetivas, y de control percibido). En este estudio piloto muestral se encontró que dentro de un rango de respuesta que va desde 1 a 5, el promedio de respuesta dado a la escala fue de 3,39 (en su mayoría respondieron a la opción

“indiferente”) con una varianza de 0,95, con un puntaje mínimo de 2,51 y un puntaje máximo de 4,31. Por otro lado, para comprobar la confiabilidad de la Escala, se analizaron los datos a través del estadístico de Alpha de Cronbach, obteniendo como resultado una alta consistencia interna (Alfa= 0,76, nivel de confianza=95%).

Para conocer si era pertinente realizar un análisis factorial, se realizó el análisis del estadístico KMO, el cual arrojó un índice aceptable ( $KMO=0,76$ ); y la prueba de esfericidad de Bartlett, el cual arrojó un nivel de significancia de la escala de 0,00, lo cual en conjunto indicó que el análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para esta Escala.

Tras realizar el análisis factorial de los datos, junto con una rotación Varimax, se encontró que los datos arrojaron 4 factores. Dichos factores explican el 54,34% de la varianza total, donde el Factor 1, con un autovalor, mayor a 1,5 de 4,73 explica el 18,90%; el Factor 2, con un autovalor, mayor a 1,5 de 3,44 explica el 13,76%; el Factor 3, con un autovalor, mayor a 1,5 de 2,74 explica el 10,95%; y el Factor 4, con un autovalor mayor a 1,5 de 2,68, explica el 10,72% de la varianza total. Por otro lado, se encontró que el Factor 1, definido como Imagen Corporal Personal y Social Positiva, está compuesto por los ítems 1, 2, 5, 6, 8, 9, 13, 18, 19 y 24; el Factor 2, definido como Percepción Negativa de los Resultados Físicos de la Cirugía está compuesto por los ítems 4, 7, 14, 15, 17 y 25; el Factor 3, definido como Percepción Positiva de los Resultados Físicos de la Cirugía, está compuesto por los ítems 11, 20, 21, y por el ítem 23 que carga negativamente; y el Factor 4, definido como Imagen Personal y Social Negativa, está compuesta por los ítems 10, 12, 16 y 22 (Ver Anexo H1).

Al realizar el análisis factorial en la muestra definitiva de esta investigación, se encontró un KMO cercano a 1 ( $KMO=0.87$ ), y un nivel de significancia igual a 0.00 en la prueba de esfericidad de Bartlett. Igualmente, tras realizar el análisis factorial de componentes principales y la rotación Varimax de los datos, se encontró que los tres primeros factores explican el 48,

53% de la varianza total, donde el Factor 1 con un autovalor de 6,45, explica el 25,78%; el Factor 2 con un autovalor de 2,99, explica el 11,96%; y el Factor 3 con un autovalor de 2,69, explica el 10,77% de la varianza total. Por otro lado, se encontró que el Factor 1 definido como Imagen corporal personal y social positiva, está compuesto por los ítems 2, 6, 8, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 21, 24 y por el ítem 23 que carga negativamente; el Factor 2 definido como Rechazo a los resultados de la cirugía, está compuesto por los ítems 4, 14, 15, 16 y 17; y el Factor 3 definido como Imagen corporal personal y social negativa, está compuesto por los ítems 3, 7, 10, 12, 22, 25, y los ítems 1 y 5 que cargan negativamente (Ver Anexo H2).

*Escala de Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento.* (Ver Anexo D).

La escala que se empleó se elaboró a partir de la versión de la Escala de actitud hacia la compra de cerveza elaborada por Rauseo y Rodríguez (2007), la cual arrojó una confiabilidad adecuada (Alpha de Cronbach = 0.89). Este estudio se realizó con una muestra de 119 estudiantes de pregrado de la UCAB (63 hombres y 56 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 22 años, de los cuales 7 estudiaban Administración y Contaduría, 2 Ciencias Sociales, 6 Comunicación social, 2 de Economía, 87 de Ingeniería y 15 de Psicología. Este resultado es similar al encontrado por los autores originales de la escala, quienes fueron Marcoux y Shope (citado en Rauseo y Rodríguez, 2007), a los cuales les arrojó una confiabilidad entre moderada y alta (Alpha de Cronbach= 0.54 y 0.87).

Este instrumento está conformado por nueve reactivos, los cuales se corrigen en base a una escala Likert de siete puntos, donde 1= extremadamente en desacuerdo y 7= extremadamente de acuerdo, con la finalidad de medir las actitudes, positivas o negativas, que tienen las mujeres acerca de la mamoplastia de aumento. El puntaje total se obtiene sumando todas las respuestas de los sujetos, donde el mínimo de esta escala es de 9

puntos y el máximo es de 63 puntos; un mayor puntaje refleja una actitud más positiva hacia la mamoplastia de aumento.

En la presente investigación se procedió a revisar dicha escala con los jueces expertos en las áreas de psicometría, metodología y psicología social, con la finalidad de adaptarla al objeto de estudio. Tras la revisión de los jueces expertos, se redujo las opciones de respuesta de 7 a 5 opciones (1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Indiferente, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo), para facilitar la resolución de los ítems, disminuir el tiempo de ejecución, y de igual manera, a la hora de analizar los datos, que estos queden menos dispersos. Se agregó la frase introductoria “el aumento de senos es:”. Por último, tras una lluvia de ideas se agregaron 9 adjetivos, redactados de manera positiva, quedando un total de 18 ítems en la escala.

Para comprobar la confiabilidad de la escala con las nuevas modificaciones realizadas por los jueces expertos, se realizó un estudio piloto muestral, cuyos datos obtenidos fueron analizados a través del estadístico Alpha de Cronbach, obteniendo como resultado una alta confiabilidad con un Alpha= 0,92 a un nivel de confianza del 95%.

#### *Escala de Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento (Ver Anexo E).*

La escala que se empleó se elaboró a partir de la versión de la Escala de norma subjetiva hacia la compra de cerveza elaborada por Rauseo y Rodríguez (2007), la cual arrojó una confiabilidad alta (Alpha de Cronbach= 0.86), resultada de la muestra descrita anteriormente. Este resultado es similar al encontrado por Murgraft, McDermott y Walsh (citado en Rauseo y Rodríguez, 2007), quienes encontraron con esta escala una confiabilidad alta de 0.78.

Este instrumento está conformado por siete reactivos, los cuales se corrigen en base a una escala Likert de siete puntos, donde 1= extremadamente en desacuerdo y 7= extremadamente de acuerdo, con la

finalidad de medir la presión social percibida por las personas en base a la cual se estima la probabilidad de que realizarse la mamoplastia de aumento, resulta aceptable o no para los demás.

El puntaje total se obtiene sumando todas las respuestas de los sujetos, donde el mínimo de esta escala es de 9 puntos y el máximo es de 63 puntos; un mayor puntaje refleja una mayor presión social percibida por la persona a realizarse dicha cirugía.

En la presente investigación, se procedió a revisar dicha escala con los jueces expertos en las áreas de psicometría, metodología y psicología social, con la finalidad de adaptarla al objeto de estudio. Tras la revisión de los jueces expertos, se redujo las opciones de respuesta de 7 a 5 opciones (1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Indiferente, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo), para facilitar la resolución de los ítems, disminuir el tiempo de ejecución, y de igual manera, a la hora de analizar los datos, que estos queden menos dispersos.

Por otra parte, se agregó la frase introductoria “Me haría un aumento de senos:” para delimitar el concepto sobre el cual se está hablando; se redactaron los ítems tanto en femenino como en masculino para evaluar la influencia del sexo en las respuestas, se agregaron ítems con respecto a la motivación por parte de la cultura quedando un total de 12 ítems, y se modificó la redacción del ítem cuatro de “porque mi familia piensa...” a “porque en mi familia piensan...”.

Para comprobar la confiabilidad de la escala con las nuevas modificaciones realizadas por los jueces expertos, se realizó un estudio piloto muestral, cuyos datos obtenidos fueron analizados a través del estadístico Alpha de Cronbach, obteniendo como resultado una alta confiabilidad con un Alpha= 0,94 a un nivel de confianza del 95%.

*Escala de Control Conductual Percibido acerca de Realizarse la Mamoplastia de Aumento.* (Ver Anexo F).

La escala que se empleó se elaboró a partir de la versión de la “escala de control conductual percibido hacia la compra de cerveza” elaborada por Rauseo y Rodríguez (2007), la cual arrojó una confiabilidad alta de 0.82, resultada de la muestra descrita anteriormente. Este resultado es similar al encontrado por Murgraft, McDermott y Walsh, y Marcoux y Shope (citado en Rauseo y Rodríguez, 2007), a quienes sus estudios les arrojaron correlaciones de moderadas a altas (Alpha de Cronbach= 0,65 y 0.91).

Este instrumento está conformado por seis reactivos, los cuales se corrigen en base a una escala Likert de siete puntos, donde 1= extremadamente en desacuerdo y 7= extremadamente de acuerdo, con la finalidad de medir la evaluación que hacen las personas acerca de si poseen o no la capacidad o los recursos para realizarse la mamoplastia de aumento.

El puntaje total se obtiene sumando todas las respuestas de los sujetos, donde el mínimo de esta escala es de 9 puntos y el máximo es de 63 puntos; un mayor puntaje refleja una mayor percepción de que se tiene la capacidad para poder realizarse la mamoplastia de aumento.

En la presente investigación se procedió a revisar dicha escala con los jueces expertos en las áreas de psicometría, metodología y psicología social, con la finalidad de adaptarla al objeto de estudio. Tras la revisión, se redujo las opciones de respuesta de 7 a 5 opciones (1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Indiferente, 4= De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo), para facilitar la resolución de los ítems, disminuir el tiempo de ejecución, y de igual manera, a la hora de analizar los datos, que estos queden menos dispersos.

Por otra parte, se cambió la redacción del primer ítem de “soy capaz...” a “me siento capaz...”, y la del ítem cuatro de “Tengo las habilidades suficientes para...” a “Tengo las condiciones de salud para...”. Se eliminó el ítem 6, y por último se agregaron cinco ítems relacionados con la seguridad para realizarse

la cirugía, apoyo de otros, y conocimiento del procedimiento, quedando un total de 10 ítems en la escala.

Para comprobar la confiabilidad de la escala con las nuevas modificaciones realizadas por los jueces expertos, se realizó un estudio piloto muestral, cuyos datos obtenidos fueron analizados a través del estadístico Alpha de Cronbach, obteniendo como resultado una alta confiabilidad con un  $\text{Alpha} = 0,88$  a un nivel de confianza del 95%.

En conclusión se encontraron indicadores psicométricos que indican que las escalas de: (a) Intención de realizarse una mamoplastia de aumento, (b) Creencia acerca de la mamoplastia de aumento, (c) Actitud hacia la mamoplastia de aumento, (d) Normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento, y (e) Control conductual percibido hacia la mamoplastia de aumento, presentan una alta consistencia interna, lo cual, junto con la revisión hecha por los jueces expertos, confirman que poseen la confiabilidad y validez adecuada para haber sido utilizadas como instrumentos finales en la muestra definitiva para esta investigación.

#### *Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (1987) (Ver Anexo G).*

El BSQ es un cuestionario elaborado por Cooper et al. (citado en Pereira y Verdura, 2008), y fue adaptado al español por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (citado en Raich, 2004). Dicho cuestionario representa una medida objetiva del grado de insatisfacción corporal y preocupación por el peso, es decir, el grado de insatisfacción con la propia imagen corporal. El instrumento original arrojó un alfa de Cronbach de 0.93, el cual fue parecido al encontrado por Jorquera, Baños, Perpiña y Botella (citado en Pereira y Verdura, 2008), donde el instrumento arrojó un alfa de Cronbach que estuvo entre los 0.95 y 0.97.

Este instrumento está constituido por 34 ítems, los cuales se corrigen en base a una escala Likert de seis puntos, donde 1=nunca, 2=raramente, 3=algunas veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, y 6= siempre, con la finalidad de medir las experiencias subjetivas o sentimientos acerca de la imagen corporal que presenten los sujetos. Los ítems de este cuestionario están distribuidos en cuatro dimensiones: (a) insatisfacción corporal, conformada por diez ítems (1, 3, 5, 10, 13, 16, 23, 24, 28 y 30), (b) miedo a engordar, conformado por 8 ítems (4, 6, 11, 14, 17, 22, 26 y 32), (c) sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia, conformada por trece ítems (7, 8, 8, 12, 15, 18, 19, 20, 25, 27, 29, 31 y 33), y (d) deseo de perder peso, conformado por tres ítems (2, 21 y 34) (Baile, Guillén y Garrido, citado en Pereira y Verdura, 2008). La puntuación total se obtiene sumando todas las respuestas de los sujetos, a partir de la cual es posible conformar cuatro categorías que son: no hay preocupación por la imagen corporal <81, leve preocupación 81-110, preocupación moderada 111-140, y preocupación extrema >140 puntos (Carbajal, Estela, Salazar y Vásquez, citado en Pereira y Verdura, 2008)

Para la validación del instrumento, los autores originales empezaron realizando un estudio en el cual se utiliza una primera versión del cuestionario con 51 ítems, utilizando una muestra de mujeres con trastornos alimentarios (en riesgo y normal), con lo cual conformaron las puntuaciones sobre la base de una escala Likert de seis puntos donde 1=nunca, 2=raras veces, 3=a veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, y 6= siempre. En un siguiente estudio, tomaron tres muestras de sujetos no pacientes y una muestra de pacientes, con lo cual eliminaron diecisiete de los 51 ítems del instrumento, tomando sólo aquellos ítems que alcanzaron el nivel de significancia 0.001 y cuya correlación superó  $r=0.60$  (Cooper et al., citado en Pereira y Verdura, 2008).

Posteriormente, evaluaron por segunda vez la validez, sacando dos grupos de la muestra no paciente, un primer grupo población en riesgo y un segundo grupo población normal. Con esto se evidenció que existen claras

diferencias en los sujetos ( $t= 19.6$ ,  $p<.000$ ) a partir de la versión final de 34 ítems, ya que el primer grupo puntuó más alto en el cuestionario (109 puntos) que el segundo grupo (Cooper et al., citado en Pereira y Verdura, 2008).

En una última evaluación tomaron dos muestras de la comunidad de Cambridge, donde un primer grupo estuvo conformado por los llamados “casos probables”, mientras que el segundo se conformó por los llamados “casos no definidos”. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos, donde el primero obtuvo una media de 129,3 puntos en el cuestionario, y el segundo obtuvo una media de 71,9 puntos, con nivel de significancia  $p<0.000$  (Cooper et al., citado en Pereira y Verdura, 2008).

En la presente investigación, se utilizó la versión venezolana del Cuestionario de la Figura Corporal, la cual fue adaptada por Guzmán (citado en Pereira y Verdura, 2008). Esta versión está conformada por 30 ítems referentes a la autoimagen que se evalúa mediante una escala de frecuencia de seis puntos, que recorren un continuo desde “nunca” hasta “siempre”. Para la validez del constructo, dicho autor empleó un análisis factorial en el que se realizó un análisis de componentes principales con rotación de Varimax, estableciendo un criterio de autovalores mayores a 1,5 para la extracción de los factores, lo que dio un solo factor principal. Por otro lado se obtuvo una estructura unifactorial que explicó el 65,719% de la varianza total, agrupando los ítems en el factor insatisfacción con la imagen corporal; reflejando con esto, que dicha versión venezolana presenta una adecuada validez de constructo. Por último, esta adaptación obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.981, indicando consistencia interna y alta homogeneidad entre los ítems (Guzmán, citado en Pereira y Verdura, 2008).

## **Procedimiento**

Tras la aprobación del presente proyecto de investigación, se procedió a realizar diferentes pasos para poder poner en marcha la ejecución del mismo.

En un primer momento se hizo la revisión de las diferentes escalas que se emplearon para medir las variables investigadas (Intención de compra, actitud, creencias, normas subjetivas, control percibido). Para la validez de las mismas, se contó con la participación de tres profesores, en las áreas de psicometría, metodología y psicología social, con lo cual se logró la revisión por jueces expertos.

Por otra parte, para obtener la confiabilidad de dichas escalas, se realizó un estudio piloto muestral, con la participación de 100 estudiantes femeninas de la escuela de psicología de la UCAB, con edades comprendidas entre 17 y 24 años, a las cuales se les administró un modelo de las escalas modificadas. Dichas estudiantes, se abordaron al final de diferentes clases, se les expuso la finalidad de la intervención, y se les pidió que respondieran los instrumentos con la mayor sinceridad posible, y que si se daba el caso de que tuvieran alguna duda en cuanto a la redacción o comprensión de los ítems expuestos, los anotaran para poder tomar sus sugerencias como recomendaciones. Luego de tener todas las escalas, se realizaron los análisis pertinentes y se obtuvo la confiabilidad de las mismas.

Luego de esta revisión y de realizar todos los análisis pertinentes se construyeron los instrumentos definitivos que se utilizaron en la investigación.

Después de tener listos los instrumentos, se procedió a armar los juegos de escalas para cada participante de la muestra, colocando en primer lugar la hoja de identificación, luego la Escala de Intención de realizarse la Mamoplastia de Aumento, la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento, la Escala de Normas Subjetivas hacia la realización de la Mamoplastia de Aumento, la Escala de Control Conductual Percibido hacia realizarse la

mamoplastia de aumento, y por último la Escala de Imagen Corporal. Posteriormente se asistió a la UCAB, se seleccionaron 200 mujeres, las cuales se abordaron al final de cada clase y en los tiempos intermedios entre cada una de ellas, se les expuso brevemente a qué se debía tal intervención y se les pidió que respondieran con la mayor sinceridad posible el cuestionario y las escalas que se le presentaron en ese momento, aclarando que su participación es voluntaria y que estaban en la libertad de entregar los instrumentos y retirarse si se sentían incómodas con las preguntas realizadas. Luego se les brindó las instrucciones pertinentes, dejando el espacio libre para cualquier duda que se les presentara, y estimando un tiempo máximo de aplicación de 40 minutos. Después de esto se retiraron los instrumentos, verificando cuidadosamente que cada instrumento estuviera contestado en su totalidad. Cabe mencionar que muchas de las participantes en un principio mostraron rechazo a la ejecución de las escalas debido a que les parecía que la batería en sí era muy larga, lo cual igualmente se mostró en una conducta fatigada cuando iban finalizando los instrumentos.

Por último, se procedió a corregir los instrumentos, se vaciaron y codificaron los resultados en la base de datos y se obtuvieron las puntuaciones totales de cada uno de ellos. Luego se realizaron los análisis estadísticos pertinentes en el programa estadístico SPSS (versión 18), y se procedió a su interpretación y a la discusión de los resultados.

## Análisis de Datos

Este análisis de datos es producto de medidas válidas y confiables. En cuanto a la confiabilidad, se utilizó la prueba de Alpha de Cronbach, resultando lo siguiente: para la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento un Alpha de 0,861; para la Escala de Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento un Alpha de 0,945; para la Escala de Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento un Alpha de 0,963; para la Escala de Control Percibido para realizarse una Mamoplastia de Aumento un Alpha de 0,831; y para la escala de Imagen Corporal un Alpha de 0,965. Lo anterior confirma que los instrumentos utilizados presentan una alta confiabilidad.

En cuanto a la validez, los instrumentos fueron revisados previa, aplicación, por un panel de jueces expertos, pero además, se realizó un análisis factorial para corroborar los factores presentes en la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento, encontrándose un KMO cercano a 1 ( $KMO=0.87$ ), indicando que sí era pertinente realizar un análisis factorial; así mismo, la prueba de esfericidad de Bartlett, arrojó un nivel de significancia de la escala de 0,00, lo cual en conjunto indicó que el análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para esta Escala.

Tras realizar el análisis factorial de componentes principales y la rotación Varimax de los datos, se encontró que los tres primeros factores explican el 48,53% de la varianza total, donde el Factor 1, con un autovalor de 6,45 explica el 25,78%; el Factor 2, con un autovalor de 2,99 explica el 11,96%; y el Factor 3, con un autovalor de 2,69 explica el 10,77% de la varianza total. Los ítems que conforman cada uno de los factores se encuentran expuestos en la Tabla 1 (Ver Anexo H2).

Tabla 1.

*Clasificación de los Ítems de la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumentos, en Cada Factor Obtenido.*

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>
Factor 1: Imagen corporal personal y social positiva	2, 6, 8, 9, 11,13, 18, 19, 20, 21 y 24. Carga negativo: 23
Factor 2: Rechazo a los resultados de la cirugía	4, 14, 15, 16 y 17
Factor 3: Imagen corporal personal y social negativa	3, 7, 10, 12, 22 y 25 Cargan negativo: 1 y 5

### **Análisis descriptivo de la muestra**

Con el objetivo de evaluar y obtener el comportamiento y la distribución de los datos en cada una de las variables de investigación, se procedió a calcular los estadísticos descriptivos correspondientes a cada una.

En la Tabla 2 se observan los estadísticos descriptivos de la muestra total del estudio. Se trata de una muestra de 200 participantes, todas mujeres, con un rango de edad de 21 a 53 años, una media de 25,59 años de edad, una mediana de 24 y una moda de 22 años; lo cual indica que la mayoría de las participantes se encuentran entre los 22 y los 25 años de edad. Cabe resaltar, que ninguna de las participantes se había realizado una mamoplastia de aumento.

Tabla 2.  
*Estadísticos Descriptivos de la Variable Edad*

		Edad
N	Valid	200
	Missing	40
Mean		25,59
Median		24,00
Mode		22
Std. Deviation		5,197
Variance		27,007
Skewness		2,197
Std. Error of Skewness		,172
Kurtosis		6,226
Std. Error of Kurtosis		,342
Minimum		21
Maximum		53

En la Tabla 3 se observa que dentro de la muestra total, 104 participantes (52%) eran estudiantes de 5to año de pregrado en la Universidad Católica Andrés Bello, y 96 de las participantes (48%) eran estudiantes de postgrado de la misma universidad

Tabla 3.  
*Tabla de Frecuencias de la Variable Nivel de Instrucción.*

Nivel de Instrucción					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	5to año de Pregrado	104	43,3	52,0	52,0
	Postgrado	96	40,0	48,0	100,0
	Total	200	83,3	100,0	
Missing	System	40	16,7		
Total	240	100,0			

En la Tabla 4, se expone la cantidad de participantes que se habían realizado una cirugía estética anteriormente, encontrándose que 17 (8,6%) participantes se habían realizado una cirugía estética previa (no se incluye mamoplastia de aumento), y 181 (91,4%) participantes no se habían realizado ninguna cirugía estética.

Tabla 4.

*Tabla de Frecuencias de la Variable Cirugías Estéticas Anteriores*

Cirugías estéticas anteriores					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Sí	17	7,1	8,6	8,6
	No	181	75,4	91,4	100,0
	Total	198	82,5	100,0	
Missing	System	42	17,5		
Total	240	100,0			

En resumen, la muestra utilizada para esta investigación estuvo conformada por 200 mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 53 años, con una edad promedio de 25,59 años, cursantes de 5to año de pregrado (52%) y postgrado (48%) de la Universidad Católica Andrés Bello en el período académico 2012-2013 y que no se han realizado una mamoplastia de aumento.

### **Intención de realizarse una mamoplastia de aumento**

En el análisis descriptivo de la variable Intención de realizarse una mamoplastia de aumento se encontró que el rango de puntuación fue de 0 a 10 (siendo estos los valores mínimo y máximo respectivamente), una media de 3,13 y una desviación estándar de 3,26, lo que indica que, tomando en cuenta más/menos una desviación de la media, el 82% de la muestra se encuentran entre las puntuaciones que van de 0 a 6 (Ver Anexo H).

En cuanto a los estadísticos de forma, se observa una asimetría coleada hacia afuera (asimetría=0,694), indicando que la mayoría de los datos se encuentran agrupados hacia los puntajes inferiores, alejándose de una distribución normal. Así mismo, se obtuvo una kurtosis de -0,660, indicando que la distribución es platicúrtica (Ver Anexo H).

En la Tabla 5 se pueden observar más específicamente las distribuciones de las respuestas dadas por las participantes a la escala, encontrándose que dentro de un rango de respuestas que va del 0 al 10, el 39,2% de las participantes respondieron la opción 0 (con toda seguridad no me realizaría un aumento de senos), el 39,1% se encuentra dentro del rango de respuestas que va desde la opción 1 hasta la 5, el 21,5% se encuentra por encima de la opción de respuesta 5, y el 8% de las participantes contestaron la opción 10 (con toda seguridad sí me realizaría un aumento de senos).

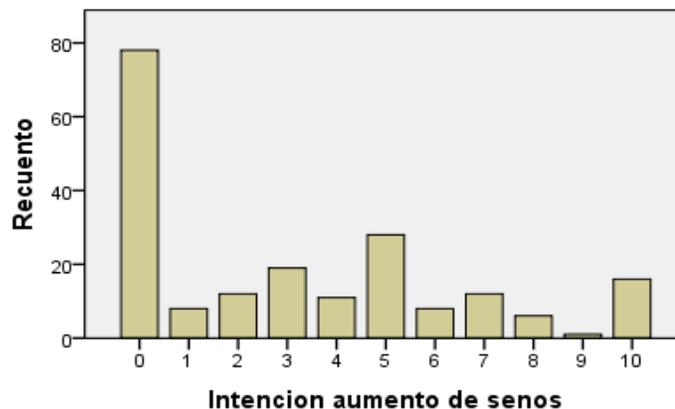
Si se toma la opción de respuesta 5 como punto medio y criterio de corte para separar a las participantes con poca o mucha intención de realizarse el aumento de senos (las opciones 0, 1, 2, 3 y 4 representan poca intención, y las opciones 5, 6, 7, 8, 9 y 10 representan mucha intención de realizarse el aumento de senos en los próximos 4 años), entonces se puede observar que el 64,3% de las participantes presentan poca intención, y el 35,7% de las participantes mostraron una intención entre moderada y elevada, de realizarse el aumento de senos en los próximos 4 años.

Tabla 5.

*Distribución de Frecuencias de la Variable Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	78	39,0	39,2	39,2
	1	8	4,0	4,0	43,2
	2	12	6,0	6,0	49,2
	3	19	9,5	9,5	58,8
	4	11	5,5	5,5	64,3
	5	28	14,0	14,1	78,4
	6	8	4,0	4,0	82,4
	7	12	6,0	6,0	88,4
	8	6	3,0	3,0	91,5
	9	1	,5	,5	92,0
	10	16	8,0	8,0	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
	Total	200	100,0		

Con base a este análisis se observa que la mayoría de las participantes mostraron una baja intención a realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos cuatro años (Figura 4).



*Figura 4.* Representación gráfica de la distribución de la variable Intención de realizarse una mamoplastia de aumento.

### **Actitud hacia la mamoplastia de aumento**

Esta escala está conformada por 18 ítems, con cinco opciones de respuesta que van desde 1= Totalmente en desacuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo, siendo el puntaje mínimo posible 18 y el puntaje máximo 90, donde mientras más alto el puntaje, las actitudes de las participantes serán más positiva hacia la mamoplastia de aumento.

En la variable Actitud hacia la mamoplastia de aumento, se obtuvo un rango de puntuaciones que fue de 18 hasta 90 puntos, siendo estos los valores mínimo y máximo respectivamente. Se encontró una media de 53,55 y una desviación estándar de 13,25, lo que indica que, tomando en cuenta más/menos una desviación de la media, el 74,5% aproximadamente de la muestra se encuentra entre un rango de puntuaciones que va de 40 a 66.

En cuanto a los estadísticos de forma, se obtuvo una asimetría negativa de -0,403, lo que indica que la mayoría de las respuestas se encuentran ubicadas hacia puntajes por encima de la media, alejándose de una distribución normal. Así mismo se obtuvo una curtosis de 1,133, indicando que la distribución es leptocúrtica (Ver Anexo H).

Según los análisis realizados se puede observar que, en su mayoría, las participantes presentan actitudes de indiferencia y medianamente positivas hacia la mamoplastia de aumento (Figura 5).

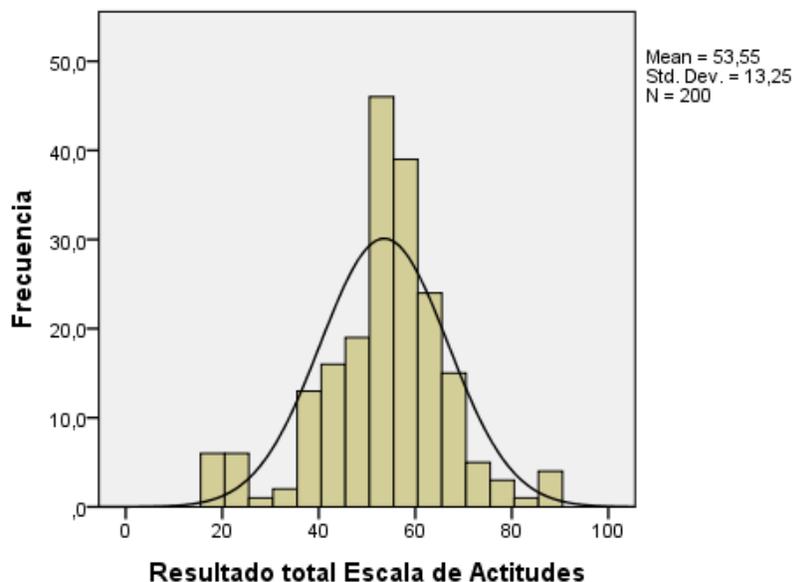


Figura 5. Representación gráfica de la distribución de la variable actitud hacia la mamoplastia de aumento.

### **Norma Subjetiva hacia la mamoplastia de aumento**

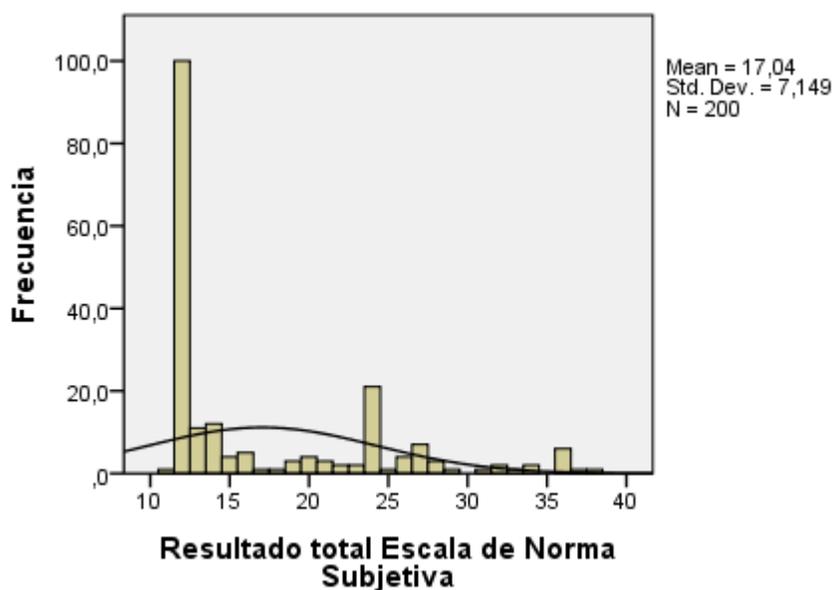
Esta escala está compuesta por 12 ítems, con cinco opciones de respuesta que van desde 1= totalmente en desacuerdo, hasta 5= totalmente de acuerdo, siendo el puntaje mínimo 12 y el máximo 60, donde un mayor puntaje refleja una mayor presión social percibida por las participantes a realizarse la mamoplastia de aumento.

En la variable Norma Subjetiva hacia la mamoplastia de aumento, la mínima puntuación obtenida por un sujeto fue de 11 puntos y la máxima puntuación fue de 38 puntos. La media fue de 17,05 y una desviación estándar de 7,15, indicando que, tomando en cuenta más/menos una desviación de la

media, aproximadamente el 85,5% de la muestra se encuentra entre un rango de puntuaciones que van de 10 a 24.

En cuanto a los estadísticos de forma se obtuvo una asimetría positiva de 1,265, lo que indica que la mayoría de las respuestas se encuentran ubicadas hacia los puntajes más bajos, alejándose de una distribución normal. Así mismo se observa una kurtosis de 0,484, indicando que la distribución es leptocúrtica.

En la Figura 6 se puede observar que la mayoría de las participantes no sienten una presión social, o no percibe una norma subjetiva hacia la realización de la mamoplastia de aumento.



*Figura 6.* Representación gráfica de la distribución de la variable norma subjetiva hacia la mamoplastia de aumento.

A pesar de que esta variable no es significativa, se realizó un análisis cualitativo de los ítems, en el cual se encontró que las pocas participantes que puntuaron entre las opciones de respuesta “indiferente” (7,3%) y “de acuerdo”

(1,6%) mostraron un patrón de respuesta en donde se le daba mayor importancia a las opiniones de personas cercanas como amigos, amigas, familiares y pareja (53% de estas dos opciones de respuesta), y a los hombres en general (11,5%); además mostraron una posible influencia del estándar de belleza actual y la naturalización de la cirugía (23,5%). Cabe mencionar que entre todos estos ítems, el que tuvo mayor porcentaje de acuerdo fue el referente a la pareja (indiferente=11,5%, de acuerdo=9%, total=20,5%), lo que quiere decir que las mujeres se dejan influenciar en mayor medida por la opinión que tenga su pareja con respecto a los cambios que debería hacerse en su cuerpo (Ver Anexo J).

### **Control conductual percibido para realizarse una mamoplastia de aumento**

Esta escala está conformada por 10 ítems, con cinco opciones de respuestas que van desde 1=totalmente en desacuerdo, hasta 5=totalmente de acuerdo, siendo el puntaje mínimo 10 y el puntaje máximo 50, donde un mayor puntaje es indicador de una mayor percepción de que se tiene la capacidad y los recursos necesarios para realizarse la mamoplastia de aumento.

La variable Control percibido para realizarse una mamoplastia de aumento presenta una puntuación mínima de 10 puntos y una máxima puntuación de 50 puntos. Se encontró una media de 33,75 y una desviación típica de 7,30, indicando que, si se toma en cuenta una desviación por encima y por debajo de la media, aproximadamente el 79,5% de la muestra se ubica en el rango que va de 26 a 41, mostrando que las participantes perciben que tienen un control alto sobre la posibilidad de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos 4 años (Ver Anexo H).

En cuanto a los estadísticos de forma se obtuvo una asimetría negativa de -0,626, lo que indica que la mayoría de las respuestas se encuentran ubicadas hacia los puntajes más altos, alejándose de una distribución normal.

Así mismo, se observa una kurtosis de 1,032, indicando que la distribución es leptocúrtica (Ver Anexo H).

Después de los análisis se observa que la mayoría de las participantes perciben que tienen las capacidades y recursos necesarios para realizarse una mamoplastia de aumento (Figura 7).

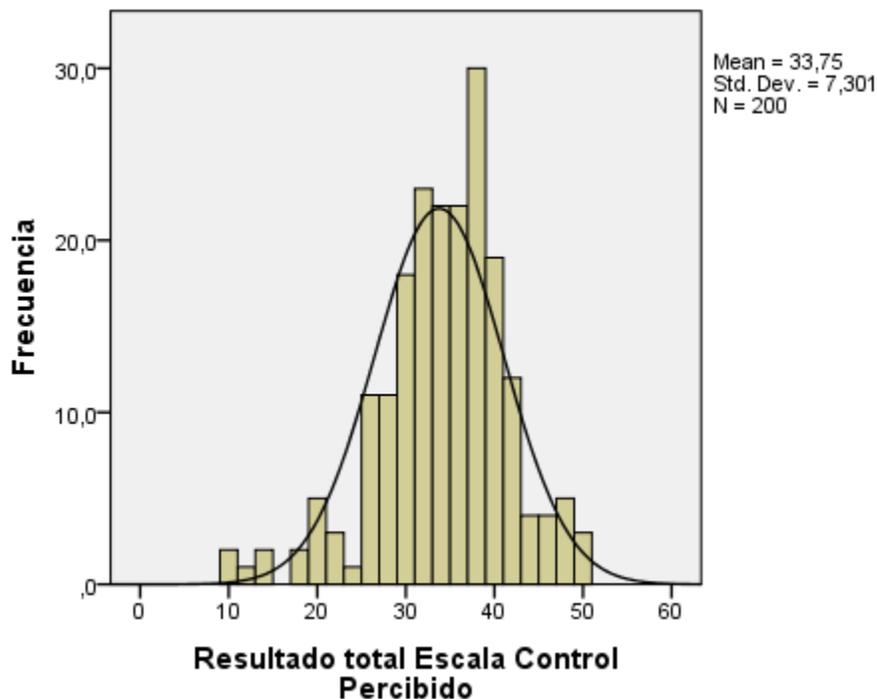


Figura 7. Representación gráfica de la distribución de la variables control conductual percibido para realizarse una mamoplastia de aumento.

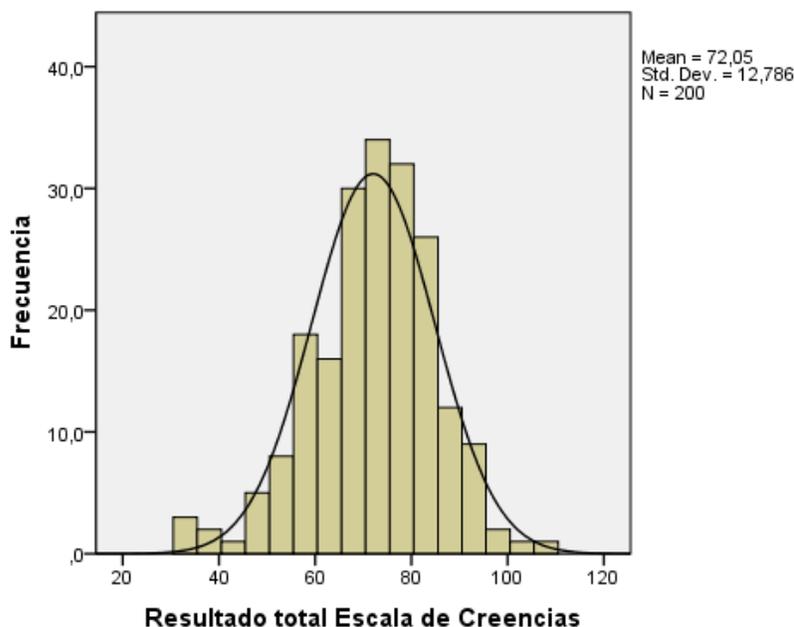
### Creencias hacia la mamoplastia de aumento

Esta escala está compuesta por 25 ítems los cuales se corrigen en una escala tipo likert que va desde 1=Totalmente en desacuerdo, hasta 5=Totalmente de acuerdo, siendo la puntuación mínima 25 y la máxima 125, donde a mayor puntaje total mayores son las creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento.

La variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento presenta una puntuación mínima de 33 puntos y una máxima puntuación de 106 puntos. Se encontró una media de 72,05 y una desviación estándar de 12,79, indicando que, si se toma en cuenta una desviación por encima y por debajo de la media, aproximadamente el 71,5% de la muestra se encuentra entre un rango de puntuación que va de 59 a 84, mostrando que la mayoría de las participantes presentan creencias entre indiferentes y positivas hacia la mamoplastia de aumento (Ver Anexo H).

En cuanto a los estadísticos de forma se obtuvo una asimetría negativa de -0,470, lo que indica que la mayoría de las respuestas se encuentran ubicadas hacia los puntajes más altos, alejándose de una distribución normal. Así mismo, se observa una kurtosis de 0,582, indicando que la distribución es leptocúrtica (Ver Anexo H).

En la Figura 8 se puede observar que la mayoría de las participantes presentan unas creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento a pesar de tener poca intención de realizarse una.



*Figura 8.* Representación gráfica de la distribución de la variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento.

### **Imagen Corporal**

Esta escala está compuesta por 34 ítems, con seis opciones de respuesta que van desde 1= nunca, hasta 6= siempre, siendo el puntaje mínimo 34 y el máximo 205, a partir de la cual se conforman 4 categorías, sugeridas por Carbajal, Estela, Salazar y Vasquez (citado en Pereira y Verdura, 2008): <81 no hay preocupación corporal, 81-110 leve preocupación corporal, 111-140 preocupación moderada, y >140 preocupación extrema.

La variable Imagen Corporal presenta un puntaje mínimo obtenido de 30 y el máximo de 160. Se encontró una media de 60,85 y una desviación típica de 26,63, indicando que, si se toma en cuenta más/menos una desviación de la media, aproximadamente el 74% de la muestra se encuentra entre un rango que va de 34 a 87, mostrando que las participantes no presentan preocupación

por su imagen corporal, o presentan una preocupación leve por la misma (Ver Anexo H).

En cuanto a los estadísticos de forma se obtuvo una asimetría positiva de 1,266, lo que indica que la mayoría de las respuestas se encuentran ubicadas hacia los puntajes más bajos, alejándose de una distribución normal. Así mismo, se observa una kurtosis de 1,657, indicando que la distribución es leptocúrtica (Ver Anexo H).

Como se observa en la Figura 9 la mayoría de las participantes no muestran una preocupación marcada por su imagen corporal.

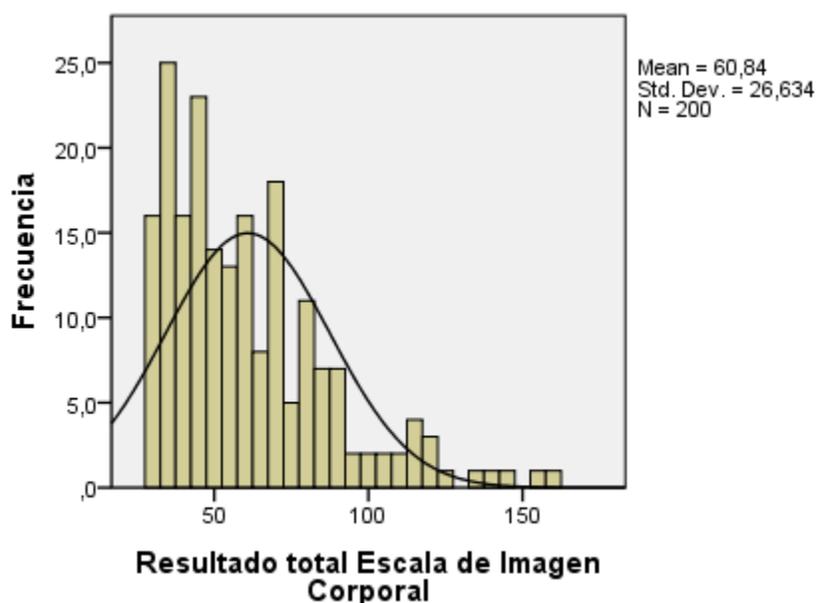


Figura 9. Representación gráfica de la distribución de la variable imagen corporal.

En resumen, el análisis descriptivo de las variables evidencia que las estudiantes de la muestra seleccionada presentan una baja intención de realizarse la mamoplastia de aumento en los próximos 4 años. En cuanto a las otras variables, se encontró que las estudiantes presentan creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento, que tienen actitudes medias y altamente

positivas hacia esta, que la percepción de presión social no influye en ellas para realizarse esta cirugía, que sí perciben que tienen la capacidad y los recursos necesarios para realizarse la misma, y que, en general, no tienen una preocupación marcada por su imagen corporal.

### **Verificación de hipótesis**

Para la verificación de hipótesis planteadas en el estudio se realizó un análisis de ruta, con la finalidad de determinar la influencia que ejercen las diferentes variables sobre la Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento, y cómo se relacionan estas entre sí.

Con el objetivo de comprobar el supuesto de la no multicolinealidad de las variables en el análisis de ruta, se calculó la matriz de correlaciones (Ver Tabla 6), observándose que existen correlaciones menores a 0.5 entre las variables predictoras del estudio, exceptuando la relación entre la variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento y Actitudes hacia la mamoplastia de aumento, la cual arrojó un valor de 0,71. Igualmente se encontró que los valores de tolerancia y VIF, que debían ser cercanos a 1, resultaron de esta manera en todos los casos menos en el de las variables antes mencionadas (Actitudes: tolerancia=0,42 y VIF=2,4; Creencias= tolerancia=0,47 y VIF=2,12), indicando la existencia de multicolinealidad imperfecta entre las mismas. Cabe mencionar que, debido a que se espera que no exista multicolinealidad entre las variables, se eliminó la variable Actitudes hacia la mamoplastia de aumento del modelo, sin embargo, se observó que el poder predictivo del mismo no tuvo mayor diferencia al compararlo con el que tenía cuando estaba la variable Actitudes, por lo que se decidió no eliminar esta variable para el análisis del modelo definitivo.

Aunado a esto, no se observaron correlaciones entre los errores, ya que el puntaje de Durbin-Watson fue cercano a dos (1,954). Por último, mediante los gráficos P-P de normalidad de cada variable predictora, se encontró normalidad

en las mismas, exceptuando en la variable Norma subjetiva, la cual muestra una distribución asimétrica alejada de una curva normal (Ver Anexo I). Sin embargo, Courvoiseir y Renaud (2010) encontraron que los métodos robustos, como el empleado en esta investigación (regresión múltiple), son capaces de tolerar la no normalidad de las variables, por lo que el dejar esta variable dentro del modelo no afectará los resultados.

Tabla 6.

*Matriz de Correlaciones entre las Variables Predictoras*

		Resultado total Escala de Actitudes	total Escala de Norma Subjetiva	total Escala Control Percibido	Resultado total Escala de Creencias	total Escala de Imagen Corporal
Resultado total Escala de Actitudes	Pearson Correlation	1	,297**	,502**	,721**	,203**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,004
	N	200	200	200	200	200
Resultado total Escala de Norma Subjetiva	Pearson Correlation	,297**	1	,081	,187**	,143*
	Sig. (2-tailed)	,000		,252	,008	,043
	N	200	200	200	200	200
Resultado total Escala Control Percibido	Pearson Correlation	,502**	,081	1	,453**	,172*
	Sig. (2-tailed)	,000	,252		,000	,015
	N	200	200	200	200	200
Resultado total Escala de Creencias	Pearson Correlation	,721**	,187**	,453**	1	,224**
	Sig. (2-tailed)	,000	,008	,000		,001
	N	200	200	200	200	200
Resultado total Escala de Imagen Corporal	Pearson Correlation	,203**	,143*	,172*	,224**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	,043	,015	,001	
	N	200	200	200	200	200

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En cuanto al ajuste del modelo se encontró que el mismo resultó significativo, es decir, todas las variable (Creencias hacia la realización de la mamoplastia de aumento, actitudes hacia la mamoplastia de aumento, normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento, control conductual percibido hacia la mamoplastia de aumento, e imagen corporal), en su conjunto explican el 42% ( $F=29,14$ ,  $p=0,00$ ) de la variación de la intención de realizarse una mamoplastia de aumento, con una fuerza predictiva igual a 0.66 (Ver Tabla 7).

Tabla 7.

*Resumen del Modelo Resultante*

**Model Summary<sup>f</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,533 <sup>a</sup>	,284	,280	2,763	
2	,534 <sup>b</sup>	,285	,278	2,768	
3	,597 <sup>c</sup>	,357	,347	2,631	
4	,654 <sup>d</sup>	,428	,416	2,488	
5	,656 <sup>e</sup>	,430	,415	2,490	1,954

Para la comprobación de las hipótesis planteadas en el diagrama de rutas, se procedió a realizar análisis de regresión múltiple, a un nivel de significancia del 0,05. Igualmente se utilizó el siguiente criterio de valoración para puntualizar el efecto: de 0 a 0,25 es escaso o nulo, de 0,26 a 0,50 es débil, de 0,51 a 0,75 es moderada a fuerte, y de 0,76 a 1 es de fuerte a perfecta (Cabrera, 2009).

En la Tabla 8 se presentan todos los efectos totales, directos e indirectos de las variables predictoras de la investigación, observándose que la variable Actitud hacia la mamoplastia de aumento tuvo un efecto total significativo, positivo y moderado de 0,53 ( $p=0.00$ ) sobre la variable Intención de realizarse el aumento de senos, lo que indicaría que al presentar actitudes positivas hacia la mamoplastia de aumento habrá una mayor intención de realizarse el aumento de senos. Sin embargo, este efecto total está conformado en su mayoría por los efectos indirectos de la Actitud hacia la mamoplastia de aumento en conjunto con las otras variables del modelo, teniendo de esta manera un efecto directo no significativo, escaso o nulo sobre la variable predicha de 0,101 ( $p=0.23$ ). Esta disminución en la significancia del poder predictivo de la variable Actitud, se observó al incluir la variable Creencias en el modelo, lo cual podría explicarse por la alta correlación que existe entre estas dos variables.

La variable Norma subjetiva hacia realizarse la mamoplastia de aumento tuvo un efecto total escaso o nulo de 0,037 ( $p=0,56$ ), siendo este un efecto no significativo y el más bajo encontrado en comparación con las otras variables. De igual forma, se encontró que su efecto directo es de 0,071 ( $p=0,22$ ), el cual, a pesar de no ser significativo, aumenta su poder predictivo cuando no están incluidas las demás variables en el modelo.

Por otro lado, se observa que la variable Control Conductual Percibido hacia realizarse una mamoplastia de aumento tuvo un efecto total significativo, positivo débil de 0,312 ( $p=0,00$ ), indicando que a mayor control conductual percibido habrá una mayor intención de realizarse la cirugía. De igual forma, se encuentra un efecto directo significativo, positivo y débil de 0,27 ( $p=0,00$ ), lo que indica que al incluir las variables Creencias hacia la mamoplastia de aumento e Imagen corporal, disminuye su poder predictivo.

La variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento tuvo un efecto total significativo, positivo débil de 0,388 ( $p=0,00$ ). De igual forma, su efecto directo fue de 0,396 ( $p=0,00$ ), lo cual indica que esta es la variable del modelo que mejor predice la Intención de realizarse el aumento de senos, actuando de manera aislada o en conjunto con las demás variables del modelo. Esto indica que al tener creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento se tendrá una mayor intención de realizarse la cirugía de la mamoplastia de aumento.

Por último, la variable Imagen Corporal, la cual tuvo un efecto total negativo débil y no significativo de -0,048 ( $p=0,39$ ), indicando que mientras menos satisfechas se encuentran las mujeres con su cuerpo, más intención tendrán de realizarse una mamoplastia de aumento. De igual forma, su efecto directo fue de -0,048 ( $p=0,39$ ).

Tabla 8.

*Tabla Resumen de Todos los Efectos Producidos por las Variables Predictoras.*

	<i>Actitud</i>	<i>Norma Subjetiva (NS)</i>	<i>Control Conductual Percibido (CC)</i>	<i>Creencia (C)</i>	<i>Imagen Corporal (IC)</i>
<i>Efecto total</i>	0,533	0,037	0,312	0,388	-0,048
<i>Efecto directo</i>	0,101	0,071	0,270	0,396	-0,048
<i>Efecto indirecto</i>	NS: 0,011 CC: 0,164 C: 0,258 IC: 0,001	CC: -0,021 C: -0,008 IC: -0,005	C: 0,046 IM: -0,004	IM: -0,008	-0,048
<i>Error</i>	0,015	0,029	0,030	0,020	0,007

En cuanto a la capacidad predictiva de la variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento sobre las variables Actitud hacia la mamoplastia de aumento, Norma subjetiva hacia la mamoplastia de aumento y Control percibido para realizarse una mamoplastia de aumento se encontró los siguientes resultados. Con respecto a la variable Actitud hacia la mamoplastia de aumento, se obtuvo un coeficiente de determinación positivo de 0.52 ( $F=214,26$ ,  $p=0.00$ ), es decir, que el 52% de la varianza de la variable Actitud hacia la mamoplastia de aumento es explicada por la varianza de la variable Creencias hacia la mamoplastia de aumento, con una fuerza predictiva de 0.72 (Ver Tabla 9).

Tabla 9.

*Estadísticos que Reflejan el Efecto Total que ejerce la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Actitud hacia la Mamoplastia de Aumento.*

<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
0.72	0.52	214,26	0.000	0.72	0.000

Con relación a las Normas subjetiva hacia realizarse la mamoplastia de aumento, se observó que presentó un coeficiente de determinación significativo de 0.03 ( $F=7,19$ ,  $p=0,008$ ), es decir, el 3% de la varianza de Normas subjetivas hacia realizarse la mamoplastia de aumento es explicado por la varianza de las Creencias hacia la mamoplastia de aumento, con una fuerza predictiva de 0.19 (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

*Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento.*

<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
0.19	0.03	7.19	0.008	0.19	0.008

Con respecto al Control conductual percibido hacia realizarse la mamoplastia de aumento, se obtuvo un coeficiente de determinación significativo de 0.20 ( $F=51.16$ ,  $p=0.00$ ), es decir, el 20% de la varianza del Control conductual percibido es explicado por la varianza de las Creencias hacia la mamoplastia de aumento, con una fuerza predictiva de 0.45 (Ver Tabla 11).

Tabla 11.

*Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la Variable Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento sobre la Variable Control Conductual Percibido para Realizarse una Mamoplastia de Aumento.*

<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
0.45	0.20	51.16	0.000	0.45	0.000

Tras realizar los análisis estadísticos respectivos se encontró que las mujeres que tengan creencias positivas hacia la mamoplastia de aumento tendrán una mayor intención de realizarse la misma en los próximos 4 años. Así mismo, al presentar un mayor control percibido para realizarse una mamoplastia de aumento se tendrá una mayor intención de realizarse la cirugía en los próximos 4 años. Es decir, el sentirse con la capacidad y los recursos necesarios para realizarse la cirugía y el presentar juicios o percepciones positivas hacia la misma generará una mayor probabilidad de realizar ese comportamiento en un futuro cercano.

A pesar que las variables Actitud y Normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento no muestran una influencia directa significativa sobre la variable Intención de realizarse una mamoplastia de aumento, las primeras son predichas de manera significativa por las Creencias hacia esta cirugía. Lo anterior indica que si las mujeres presentan juicios o percepciones positivas sobre esta cirugía, explicaría cierta parte del hecho de que posean una propensión favorable hacia la misma, y de que perciban que realizarse esta cirugía es aceptable para los demás.

### **Análisis adicionales**

Durante la recolección de datos, y de acuerdo a referencias en la revisión de la literatura, se observó que existía una posible relación entre la presencia

de cirugías estéticas previas en las participantes y una marcada intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos 4 años; por lo cual, se procedió a realizar un análisis estadístico adicional para comprobar esta relación.

Se realizó una regresión lineal entre las variables mencionadas, encontrándose que la variable cirugías previas explica el 10% de la varianza de la Intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos 4 años, con una fuerza predictiva de 0,32. Así mismo, esta influencia significativa es débil negativa ( $B = -0,32$ ), indicando que las participantes que se habían realizado una cirugía estética previamente presentaban una alta intención de realizarse un aumento de senos (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

*Estadísticos que Reflejan el Efecto Total de la variable Cirugías Previas sobre la Variable Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento.*

<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>p</i>
0.32	0.10	22,946	0.000	- 0.32	0.000

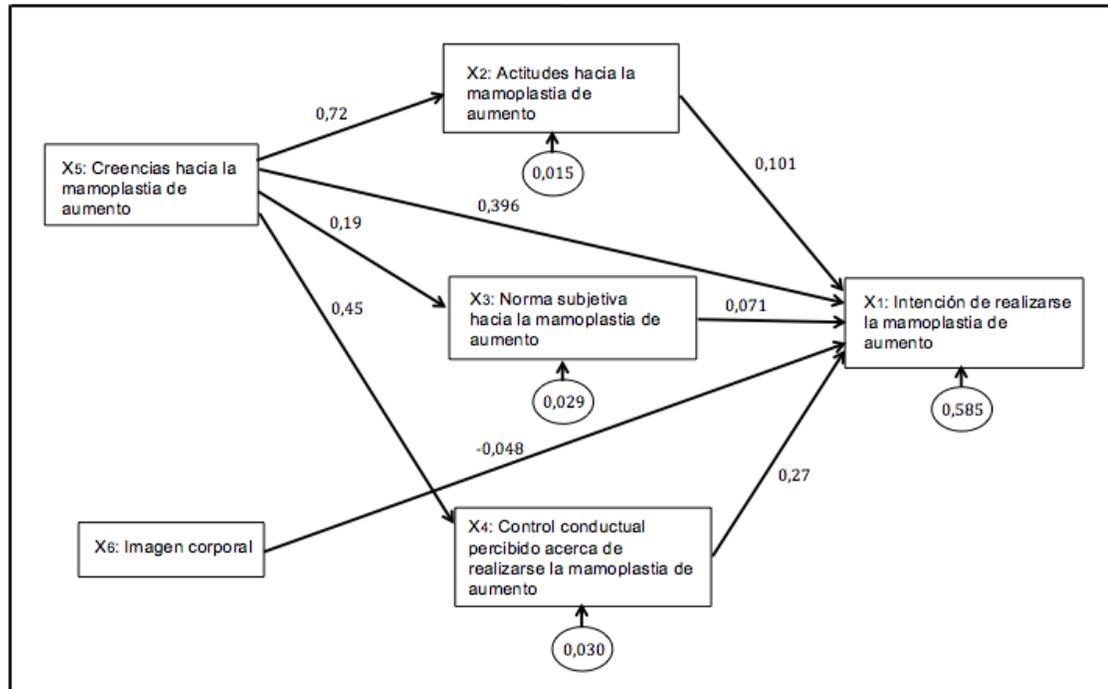


Figura 10. Diagrama de ruta resultante

En el apartado que viene a continuación, se interpretarán estos hallazgos a la luz de la teoría y se le dará explicación a los que no resultaron congruentes con la misma, para así tener una mejor comprensión de ellos.

## Discusión

En la presente investigación el objetivo fue determinar la influencia de las variables psicosociales actitudes, norma subjetiva, control conductual percibido hacia la mamoplastia de aumento y la imagen corporal sobre la intención conductual de realizarse dicha cirugía en los próximos cuatro años, en mujeres estudiantes universitarios de final de pregrado y de postgrado de la U.C.A.B en Caracas, para lo cual se planteó un diseño de rutas.

En cuanto al modelo en general, tal y como se observó en el meta-análisis realizado por Armitage y Conner (2001) sobre la efectividad de la teoría de la acción planeada, se encontró que el mismo predice la intención de realizarse una mamoplastia de aumento. Esto confirma lo planteado por la teoría mencionada anteriormente, donde las variables actitud, norma subjetiva, control conductual percibido, creencias hacia la mamoplastia de aumento y la imagen corporal (variable agregada al modelo), predicen de manera eficaz la variable intención de realizarse dicha cirugía.

Sin embargo, se observó que las estudiantes de 5to año de pregrado y las estudiantes de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello presentan una baja intención de realizarse una mamoplastia de aumento en los próximos cuatro años. Este resultado es similar al obtenido por Pasto y Paulos (2010), en donde se encontró que las mujeres que participaron presentaron una baja intención de realizarse un aumento de senos en los próximos 10 años. La muestra utilizada en esta investigación fue de mujeres entre los 15 y 54 años también de Caracas, que aunque presentan un rango de edad más amplio, el mismo abarca el utilizado en la investigación actual, por tanto, los resultados son comparables.

Es importante destacar que al diseñar el estudio se pensaba que la muestra de mujeres universitarias iba a ser propicia para conocer los factores

que predecía la intención, por el hecho de que las participantes son estudiantes y profesionales jóvenes que se están insertando en el mercado profesional, con un proyecto de pareja, probablemente sin expectativas de reproducción a corto plazo, con la búsqueda del éxito laboral e independencia económica. Sin embargo, las mismas parecen estar más enfocadas en el éxito académico y laboral, que en su propia imagen, y además puede que se sientan avergonzadas de admitir que sí les importa su imagen y temas relacionados con la belleza, los cuales podrían concebir como banales y superficiales, esto puede verse reflejado en lo expuesto por Wolf (citado en Ochoa y Reyes, 2011) de que las mujeres admiten avergonzarse por darle importancia a asuntos tan triviales como la imagen y la belleza.

Así mismo, el hecho de que la muestra está conformada por adultas jóvenes ya inmersas o a punto de iniciar una vida profesional, que ya han pasado la etapa de las inseguridades y confusiones con respecto a su imagen e identidad propias de la adolescencia (Ramos, 2012), podría explicar la baja preocupación por su imagen corporal y por su posible modificación.

Esto concuerda con lo obtenido en la investigación de Rasines (2012), en donde se encontró que el grupo de adolescentes que no se habían realizado una mamoplastia de aumento presentaba un mayor autoconcepto académico, es decir, una mayor valoración a su desempeño académico en comparación con las adolescentes que se habían realizado dicha operación, quienes presentaban mayor valoración al desempeño social.

Con respecto a las hipótesis planteadas, se realizó un análisis parcelado por variable encontrándose que las creencias, control conductual percibido y actitudes resultaron, en ese orden, ser las mejores y significativas predictoras de la intención de realizarse un aumento de senos. Adicionalmente, aunque no resultaron significativas, se encuentran las variables normas subjetivas e imagen corporal.

Primeramente se encontró en esta investigación que las creencias hacia la mamoplastia de aumento es el mejor predictor de la intención de realizarse dicha cirugía, ya que al encontrarse en interacción con las demás variables incluidas en el modelo, la variable creencias presenta la misma capacidad predictiva de cuando trabaja de manera aislada sobre la intención conductual. Es decir, el que las mujeres tengan creencias positivas fuertes hacia la mamoplastia de aumento es un factor importante para que dichas mujeres realicen esta conducta en un futuro, comprobando lo expuesto por Capri et al. (2005), quienes explican la posición de las creencias como predecesoras y predictoras de las demás variables del modelo (actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido), actuando de manera directa e indirecta sobre la intención. Esta capacidad predictiva de las creencias sobre la intención conductual también se observa en las investigaciones realizadas por Rodríguez y Ramírez (2008), y Pastó y Paulos (2010), en donde las creencias positivas hacia las cirugías estéticas (liposucción y mamoplastia de aumento, respectivamente) aumenta la probabilidad de que una persona se realice una de estas en el futuro.

Estas creencias pudieran tener su origen en la cultura venezolana actual. Una cultura que le ha dado gran importancia a la belleza de las mujeres, y a las medidas perfectas que debería tener el cuerpo de las mismas, logrando que interioricen esta concepción desde la infancia a través de padres, madres, tíos y familiares en general, y/o por la experiencia al salir a la calle y encontrarse con numerosas publicidades, programas de televisión, y personas en general que constantemente exaltan la belleza corporal femenina. Todo esto ha logrado que la cirugía estética sea una intervención muy utilizada, hasta el punto de ser vista como algo normal y cotidiano más que como el último recurso para lograr la belleza deseada. Por esto mismo pudiera ser que las creencias de la muestra de este estudio resultaron ser positivas a pesar de presentar una baja intención de realizarse la cirugía; por el hecho de estar bombardeadas del concepto de belleza desde los primeros años, por estar la belleza física asociada con las relaciones interpersonales, la facultad de conseguir empleo y la salud moral

(Hontanilla, 2002), y por ver muchas personas en el entorno (cercano y distante) que se han realizado cirugías, lo que hace que al final la cirugía estética esté naturalizada en nuestra sociedad.

Con respecto a la relación de las creencias con las otras variables del modelo (actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido), se encontró que, tal y como dicen Capri et al. (2005), las creencias presentan una influencia sobre las demás variables. Igualmente se observa en la investigación realizada por Espí (2005), donde a pesar de que las creencias estaban divididas en cuatro subtipos, las mismas mostraron estar relacionadas con todas las variables del modelo TAP. Sin embargo, en la presente investigación, se evidenciaron relaciones distintas, en donde la más fuerte se dio con las actitudes y la más débil con norma subjetiva, lo cual puede deberse al instrumento empleado, ya que este no estaba diseñado para medir las creencias específicas de cada variables, pudiendo tener ítems muy relacionados con las actitudes hacia la cirugía de aumento de senos.

Aunado a esto, la revisión de la literatura evidencia que las actitudes son básicamente originadas por las creencias, siendo estas la información aprendida a través de la socialización con padres y pares, más la propia experiencia de vida de la personas, lo que genera valoraciones o juicios hacia un objeto específico (actitudes). Por lo tanto, el que las mujeres tengan creencias positivas hacia la cirugía de mamoplastia de aumento, fomenta en gran medida que tengan actitudes positivas hacia las mismas.

Con respecto a la variable control conductual percibido se encontró una relación con la variable creencias debido a que estas últimas, además de estar conformadas por información o concepciones aprendidas, surgen de las experiencias que ha tenido la persona lo que le permite hacer valoraciones sobre sus propias capacidades y recursos disponibles para ejecutar una conducta en específico.

En cuanto a la variable norma subjetiva, se encontró una relación, aunque débil, con las creencias debido a que las primeras son parte de la cultura y los valores inculcados por los diferentes grupos de socialización, tales como familia, escuela, pares e inclusive medios de comunicación social, los cuales siempre están presente a lo largo del desarrollo de la persona resaltando y explotando la belleza, sobre todo la femenina; y el hecho de que esta relación con las creencias sea débil puede deberse a que están presentes desde tempranas edades y por eso son introyectadas y vistas como normales y propias, y no como una presión del entorno actual, convirtiéndose el cuerpo en el depósito de un imaginario cultural preponderante a la sociedad contemporánea (Ramos, 2012). Según lo antes expuesto se podría decir que las creencias son un factor importante y fundamental para el desarrollo de las demás variables del modelo.

Así mismo, el control conductual percibido actúa como un predictor adecuado de la intención de realizarse un aumento de senos, comprobando lo planteado por la TAP. Este resultado va en la misma línea al encontrado por Espí (2005), en donde las variables de la TAP que actuaron como predictores de la intención de hacer ejercicio fueron la actitud y el control conductual percibido. Adicionalmente Barajas (2012), al igual que en la investigación actual, encontró que la segunda variable que mejor predice la intención conductual y por ende la conducta futura es el control conductual percibido.

Esto también es explicado por los autores de la teoría de la acción planeada Azjen y Fishbein (citado en Worchel et al., 2002), quienes presentan al control conductual percibido como una variable que puede actuar de manera independiente de las actitudes y las normas subjetivas al momento de predecir la intención conductual y la conducta futura de un individuo, es decir, que el control conductual presenta un efecto directo sobre la intención de realizarse un aumento de senos y un efecto indirecto modulando las variables actitud y norma. Esta relación se puede explicar debido a que las mujeres pueden tener un contacto directo con personas que se han realizado esta cirugía estética o con

medios que le proporcionen información sobre cómo es el procedimiento, dónde se lo pueden realizar, cuánto cuesta, cuáles son las condiciones de salud necesarias para realizarse dicho procedimiento, lo cual llevaría a que la persona pudiera hacer una evaluación de sus propios recursos y capacidades personales para realizar este tipo de intervención quirúrgica. Adicionalmente, las facilidades económicas que para este tipo de procedimiento ofrece el país (créditos, facilidades de pago, seguros, etc.) promueve la sensación en las mujeres de que esta conducta está a su alcance y control.

Con respecto a la variable actitud se encontró que, tal y como expone Barajas (2012), este constructo es uno de los principales predictores de la intención, y más específicamente, en las mujeres representan un factor importante en el momento de tomar decisiones futuras. Esto es consistente con lo obtenido en la presente investigación, donde las estudiantes universitarias que poseen mayor intención de realizarse el aumento de senos en un futuro, son aquellas que mostraron actitudes más positivas hacia dicha cirugía. Así mismo, esto concuerda con el cambio de actitudes y valores hacia la cirugía estética a nivel general en la población planteado por Vargas (2012), debido a la mayor importancia dada por la cultura a la juventud y a la imagen sobre la palabra.

Estas actitudes positivas hacia la mamoplastia de aumento, están conformadas por un componente cognitivo, afectivo y conductual; el componente cognitivo consiste en lo ya mencionado, de que el estándar de belleza está implantado en la sociedad, que a lo largo de la vida se recibe constante información sobre cómo debe lucir una persona para ser aceptada, generando creencias y cogniciones positivas hacia esta cirugía que se encuentran en la cultura y en el entorno cercano de la persona (familias y amigos); el componente afectivo consiste en las valoraciones que se le dan a estas cogniciones acerca de la cirugía estética, las cuales pudieron originarse por la relación de confianza que se tiene con las personas significativas, donde si estas presentaron valoraciones positivas hacia la cirugía de la mamoplastia

de aumento desde un principio y a lo largo de sus vidas, promovieron de la misma manera a que las mujeres de la muestra tuvieran actitudes positivas hacia dicha cirugía; y el componente conductual consiste en las conductas propiamente dichas que tienen las mujeres relacionadas con las intervenciones y tratamientos estéticos.

Por otro lado, las actitudes permiten a las personas comprender y desenvolverse en su entorno al proporcionar evaluaciones resumidas de objetos y grupos de objetos, y en ocasiones comunicar los valores y la identidad de los mismos hacia los demás (Katz, citado en Woerchel et. al., 2002), es decir, la valoración que hicieron las mujeres desde un principio sobre la cirugía estética, a través de la información recopilada y la experiencia de vida, es la que utilizarán como base para aceptar o rechazar información y experiencias futuras sobre este tema (puede funcionar como ahorro cognitivo), ya sea que van a realizarse una cirugía o que van a emitir una opinión sobre la misma. Por esto mismo, las actitudes positivas que mostraron las mujeres en la investigación apoya la idea de que estas mujeres tengan más probabilidad de realizarse una mamoplastia de aumento más adelante.

Espí (2005), en su investigación para predecir la intención y conducta de hacer ejercicio observó que los predictores eficaces de la intención fueron las variables actitudes y control conductual percibido; lo cual es acorde a lo encontrado en esta investigación.

En cuanto a la norma subjetiva, la misma no actúa como un predictor de la intención de realizarse un aumento de senos, resultado similar al encontrado por Espí (2005) en donde todas las variables del modelo TAP correlacionaron significativamente con la variable intención de hacer ejercicio, exceptuando la norma subjetiva.

El hecho de que la norma subjetiva no actúe como un predictor pudiera explicarse debido a que las participantes tienen unas actitudes fuertes y positivas hacia la cirugía plástica en general, y específicamente de la

mamoplastia de aumento, lo que lleva a que sean poco influenciados por las presiones sociales o por las normas culturales del momento. Esta independencia entre actitudes y norma subjetiva fue planteada por Azjen y Fishbein (citado en Worchel et al., 2002), los cuales exponen que si las normas que atañen a la conducta son débiles es más probable que las actitudes del individuo influyan en la conducta, es decir, que las actitudes predicen la conducta sólo cuando las acciones no están fuertemente controladas por las presiones sociales. Por lo tanto, el resultado sugiere que las participantes no perciben que las normas sociales para realizarse una mamoplastia de aumento sean fuertes, eliminando esta variable como posible predictora de una intención futura de realizarse dicha cirugía y dejando a las actitudes como un predictor importante de su conducta futura.

Sin embargo, se puede pensar que este resultado también puede deberse a la deseabilidad social experimentada por las participantes, es decir, pudieron no haber contestado sinceramente sobre la influencia que tiene su entorno sobre ellas debido a que piensan que esto las colocaría como personas más sugestionables frente a los demás. Este resultado igualmente es consonante con el estudio realizado por Uribe (2008) donde las mujeres que se habían realizado la mamoplastia de aumento manifestaron que se habían hecho dicha cirugía solo para conseguir un beneficio personal, tratando así de disminuir el papel de los otros en su decisión.

Igualmente una última explicación que se le podría dar a este resultado es que el instrumento utilizado se enfocó en la influencia de las relaciones cercanas de la persona, dejando por fuera las variables macroculturales que influyen en la norma subjetiva, tales como las mencionadas por Elliot, trans. (2011): la globalización avanzada, los cambios de la economía, el desarrollo de alta tecnología, y la reinvención inmediata actual de la cirugía estética, además de la historia y la importancia de la belleza para un país y sus habitantes, que en el caso de Venezuela es alta esta importancia lo que se puede ver en los numerosos certámenes de belleza y en el reconocimiento de los mismos a nivel

internacional. Aunado a esto hay que tomar en cuenta que la belleza, y cómo debería ser la misma, está inscrita en estos ideales de la cultura venezolana, convirtiéndose en una presión social tácita que está fuera del control de las mujeres; presión social que estas mismas mujeres han introyectado y la toman como una presión personal (motivación personal), que a su vez hace que decidan realizarse el aumento de senos, y que no muestren que hay una norma subjetiva que influya en su decisión.

Por otro lado, aunque las mayoría de las participantes no mostraron norma subjetiva, las que sí lo hicieron destacaron una importancia por las opiniones de familiares, pareja y amigo cercanos, lo cual se puede deber a los vínculos de confianza y afecto que se desarrollan con estas personas lo que puede promover a que las opiniones de las mismas sean tomadas como constructivas y positivas. Este vínculo de confianza se puede observar en el estudio de Contreras y Moya (2001) en el cual la mayoría de las mujeres reportaron evitar situaciones públicas en las que se hacían muy evidentes partes del cuerpo con las que no estaban conformes, pero que no evitaban dichas situaciones cuando se encontraban en compañía de personas de confianza como familiares y amigos.

Con respecto a la imagen corporal se observó que esta no resultó ser un predictor adecuado de la intención de realizarse una mamoplastia de aumento en el futuro, contradiciendo lo encontrado en la literatura de que la imagen corporal actúa como un factor importante que influye en la decisión futura de someterse a una cirugía estética, tal y como lo plantean Ribas et al. (2010) de que las personas que se someten a cirugías estéticas presentan una elevada importancia atribuida a la imagen corporal y una imagen negativa general o específica. Relacionado con lo anterior se encuentra el estudio realizado por Contreras y Moya (2001), en donde se encontró que las personas que decidían someterse a cirugías presentaban indicadores en la prueba figura humana de baja autoestima, percepción de sí mismos desvalorizada, y conflictos con su imagen corporal.

En la misma línea Rodríguez y Ramírez (2008), encontraron que la estima corporal, relacionada con la figura corporal y el peso, era un predictor adecuado de la intención de realizarse una liposucción en los próximos 10 años. Sin embargo, esta misma variable no dio significativa en la investigación realizada por Pastó y Paulos (2010), en donde se buscaba determinar la relación entre las variables edad, rol sexual, estima corporal y creencias acerca de la mamoplastia de aumento. Este resultado al igual que el de la actual investigación podría ser explicado por la muestra ya que, a diferencia de la muestra utilizada por Rodríguez y Ramírez (2008), estas estaban conformadas únicamente por mujeres, pudiendo indicar que a las mujeres les cuesta hablar de manera honesta y directa sobre su imagen corporal, pero una vez que lo hacen se expresan de una manera más negativa. Otra posible explicación puede estar relacionada con lo expuesto por Wolf (citado en Ochoa y Reyes, 2011), de que estas mujeres pueden sentirse avergonzadas por el hecho de darle importancia a temas triviales como la imagen y la belleza estética del cuerpo.

Así mismo, cabe destacar que en la investigación de Rodríguez y Ramírez (2008) se estudió la intención de realizarse una liposucción, procedimiento utilizado para corregir un defecto físico, lo cual conlleva percepciones negativas de la propia imagen corporal. A diferencia de la intervención quirúrgica estudiada en la investigación de Pastó y Paulo (2010), y en la investigación actual, la cual fue la mamoplastia de aumento, procedimiento utilizado actualmente como manera de destacar o maximizar un atributo femenino más que como corrección de un defecto corporal, lo que pudiera explicar por qué en estos estudios no se encontró la presencia de distorsiones corporales en las participantes, resaltando así lo subjetivo que puede llegar a ser el concepto de imagen corporal mencionado por Montaña (2006).

Igualmente, hay que tomar en cuenta el hecho de que la Escala de imagen corporal es la más larga, se encontraba en la última posición de la

batería de instrumentos, y las participantes al final de la batería ya se encontraban fatigadas de responder, lo que pudo ocasionar que estas personas respondieran con rapidez y sin leer detenidamente los ítems, afectando de esta manera el resultado final. Aunado a esto, la muestra de postgrado empleada eran estudiantes de turno nocturno abordadas al final de las clases, lo que pudo intensificar la fatiga de estas personas y la premura con la que quisieran responder los instrumentos.

Así mismo, aunque no corresponde al objetivo de investigación, hay una información valiosa que tiene que ver con la relación entre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento y las cirugías estéticas anteriores, encontrándose que las mujeres que se habían realizado previamente una cirugía estética presentan mayor intención de realizarse un aumento de senos en el futuro.

Este mismo resultado fue encontrado por Ribas et. al (2010), donde las personas que se habían realizado una cirugía estética tenían mayor probabilidad de realizarse otra en el futuro, lo cual explicaron debido a que la cirugía estética disminuye la percepción negativa de la imagen corporal, pero no la gran preocupación que sienten las personas por la misma. Siguiendo esta misma línea, Swami et. al (2008) encontraron que las mujeres que se habían realizado una cirugía estética previamente tienen mayor probabilidad de realizarse una cirugía del mismo estilo en el futuro, lo cual explicaron por el hecho de que al realizarse una primera cirugía estética se rompe con las percepciones erróneas, malas concepciones y miedos que puedan tener las personas con respecto al realizarse dicha intervención, es decir, una experiencia previa positiva con intervenciones quirúrgicas aumentará la probabilidad de que esta conducta se repita en el futuro, tal y como encontró Barajas (2012) en su investigación, donde el mejor predictor de la intención de realizar una conducta (seguir una dieta saludable), específicamente en hombres, es la conducta previa.

Las explicaciones anteriores no son excluyentes, ya que el aumento en la probabilidad de realizarse una cirugía estética teniendo ya hecha una previa puede deberse a que, una vez superado el miedo a la primera cirugía y ya habiendo roto con las percepciones de que pudiera causar un daño para la salud, estas personas que presentan una preocupación constante por aspectos corporales utilizarían esta técnica como una salida rápida e inmediata para tratar de calmar sus angustias.

Finalmente, es importante destacar el papel que juega la diferencia de género en la sociedad, donde las mujeres son víctimas de una violencia no reconocida, tal y como menciona Wolf (citado en Ochoa y Reyes, 2011) en donde el mito y el culto de la domesticidad ha sido reemplazado por el de la belleza, que constriñe la identidad de la mujer y la vulnera ante la aprobación de los otros. Esta diferencia se evidencia en la conceptualización y la vivencia de la belleza, ya que al vivir en una sociedad aún machista las mujeres se han visto guiadas a utilizar y modificar el cuerpo como un medio para conseguir status social, reconocimiento por parte de los otros, oportunidades laborales e interpersonales, etc.; más específicamente se puede evidenciar en el hecho de que las mujeres suelen juzgar al hombre como una mezcla de atractivo físico y potencial financiero, mientras que los hombres suelen juzgar a la mujer sólo por si es bella o no a lo hora de seleccionar una pareja (Hontanilla, 2002).

Resumiendo lo antes expuesto el modelo propuesto funciona para predecir la intención de realizarse un aumento de senos, donde las variables más importantes para esto son las creencias que tengan las mujeres sobre esta cirugía y el control conductual percibido de las mismas. Sin embargo, no puede ignorarse el hecho de que la variable estudiada, y la estética en general, ya no figura como una variable individual que se puede explicar fácilmente por determinadas variables, sino que ahora estos constructos forman parte de dinámicas más complejas que sobrepasan la capacidad explicativa de estos modelos, por lo que hacen falta otras variables diferentes a las estudiadas en la

presente investigación, para poder explicar con mayor profundidad la intención de realizarse la mamoplastia de aumento.

## Conclusiones

En la actualidad se ha visto en las personas, específicamente en las mujeres, un incremento en la preocupación por su imagen, la cual buscan modificar a través de cirugías y tratamientos estéticos con el fin de mantener la juventud o alcanzar el estándar de belleza establecido por la sociedad. Por esto la presente investigación buscó estudiar el efecto de variables psicosociales insertas en la TAP, creada por Ajzen y Fishben en 1985, tales como las actitudes, norma subjetiva, control conductual percibido, creencias, y la imagen corporal, que influyen en la intención futura de someterse a una mamoplastia de aumento.

Para conseguir este objetivo se utilizó una muestra de 200 mujeres universitarias cursantes del último año de pregrado, y los diferentes años de postgrado de la UCAB, las cuales no se habían realizado una cirugía de aumento de senos previamente. Se les aplicó una serie de escalas, entre las cuales se encontraban la Escala de Intención de Realizarse una Mamoplastia de Aumento, la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de Aumento, la Escala de Normas Subjetivas hacia la Mamoplastia de Aumento, Escala de Control Conductual Percibido para realizarse una Mamoplastia de Aumento, y el Cuestionario de Figura Corporal. Por último, para la comprobación de las hipótesis se utilizó un modelo de rutas, el cual se analizó a través del programa SPSS versión 18.

Se encontró que el modelo planteado explica de manera efectiva la intención de las participantes a realizarse una mamoplastia de aumento, exponiendo a su vez, que las mismas mostraron una baja intención de realizarse dicho procedimiento quirúrgico en los próximos cuatro años. De igual manera, mostraron percepciones y una valoración positiva hacia la mamoplastia de aumento, una alta percepción de poseer la capacidad y los recursos

necesarios para realizarse la cirugía, una baja percepción de presión social, y un bajo nivel de preocupación por su imagen corporal.

En cuanto a las creencias, se encontró que las mismas son la base para la formación de las actitud, norma subjetiva y control conductual percibido. Por último, los mejores predictores de la intención de realizarse una mamoplastia de aumento son que la persona posea información y haya tenido experiencias positivas con dicha cirugía, y que además perciba que posee los recursos y capacidades necesarias para realizarse esta intervención.

Adicionalmente, aunque no era parte de las relaciones planteadas en la investigación, se encontró que el hecho de que una mujer tuviera una cirugía estética previa influye en la presencia de una mayor intención de realizarse una mamoplastia de aumento en el futuro.

Según lo expuesto se podría decir que se alcanzó el objetivo planteado, ya que se determinó la influencia existente entre las variables predictoras y la variable predicha, así como la relación entre algunas variables predictoras. Por otro lado, se identificó los mejores predictores de la intención de realizarse una mamoplastia de aumento aunque se observó que existe otra parte de esta intención que no es explicada por las variables planteadas en el estudio.

A partir de los resultados obtenidos se puede determinar que el modelo propuesto por Azjen y Fishbein sí es una herramienta adecuada para predecir la intención de someterse a una cirugía estética, aportando variables aisladas y conjunto de variables novedosas que pueden predecir la conducta de las personas que deciden modificar su imagen corporal. Así mismo, la investigación propone una nueva visión acerca de la cirugía de aumento de senos, ya que la misma, en la actualidad, ha pasado a ser una variable social que no basta con estudiarla de una manera individual o parcial, dejando de lado lo subjetivo que puede llegar a ser la decisión de someterse a una; y la influencia de variables más macro, tales como la economía, la política, las diferencias de género, entre otras. Por último, no sólo brinda información al área de la psicología social, sino

que amplía el conocimiento en la medicina estética al ofrecer una visión de los posibles factores que influyen a una persona al decidir acudir a la consulta de un cirujano plástico.

Es importante destacar las limitaciones observadas en este estudio, una de ellas fue el hecho de que la medida de la variable Norma Subjetiva estuvo apegada a la teoría pero desapegada del objeto de estudio, es decir, estas medidas no estuvieron creadas específicamente para evaluar las presiones sociales que influyen en la intención de realizarse un aumento de senos desde un nivel más profundo. Así mismo, el instrumento de creencias no estaba diseñado para medir la variable tal cual como la propone el modelo de la TAP, aunque a pesar de esto la evidencia se impuso.

Para futuras investigaciones se recomienda la inclusión de variables demográficas tales como la talla de sostén, si tienen trabajo o no, qué tipo de trabajo desempeñan, y si presentan pareja actual o no. En cuanto a variables psicosociales, se recomienda incluir los valores sobre la belleza que presentan las mujeres; el rol sexual de las mismas para conocer si su identidad está alineada a un estereotipo de cómo ser mujer; la opinión de los hombres, ya que los temas de estética y belleza son constructos contruidos tanto por las mujeres como por los hombres; la manera en cómo utilizan su cuerpo las mujeres, si es como un medio de expresión o como un instrumento para llegar a un fin; y las variables autoestima y autoconcepto, ya que se observó que pareciera que las mujeres sí se valoran y presentan una autoestima aceptable, y lo que intentan con la cirugía es resaltar atributos.

De igual forma, se sugiere construir nuevamente las escalas de creencias, actitudes, y normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento, para lo cual se recomienda utilizar técnicas de exploración como estudio de grupos focales, o entrevistas a profundidad (metodología cualitativa) para así tener suficiente información para ir armando las Escalas. Posteriormente se sugiere realizar un estudio piloto para poner a prueba estas escalas, con un

mayor número de participantes y con un mayor número de características heterogéneas.

En cuanto a la Escala de Creencias, sería conveniente construirla con base a las creencias mencionadas en el modelo: a) creencias de las actitudes, b) creencias de las normas subjetivas, y c) creencias del control conductual percibido. Por otro lado, también se sugiere ampliar la muestra de estudio y lograr que esta sea más heterogénea, incluyendo a otras mujeres que no sean de la población universitaria, para así poder comparar las mismas y observar si esto puede ser una variable que influya en la intención de realizarse un aumento de senos.

Para la construcción de la Escala de Normas Subjetivas, se sugiere realizar grupos focales y entrevistas a profundidad, para así examinar las presiones percibidas por parte de los participantes, tratando de indagar en las razones más profundas de estas presiones como la economía, la cultura, la familia, entre otras; que darán pie a la construcción de nuevos ítems.

Por último, en futuras investigaciones de imagen corporal, evaluar el contacto que han tenido las mujeres con mensajes sobre cirugía estética a través de los medios de comunicación, y el aprendizaje vicario que han tenido las mismas con este procedimiento en específico.

## Referencias

- Ajzen, I. (2002). *The theory of planned behavior*. Recuperado de <http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/>.
- Ajzen, I. (2006). *The theory of planned behavior*. Recuperado de <http://people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Armitage, C., y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour. *British Journal*, 40,471-499. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466601164939/pdf>.
- Barajas, B. (2012). La influencia de los cinco grandes factores y la teoría de la conducta planificada en el desarrollo de una dieta saludable. *CP&P*, 1 (1). Recuperado de <http://cursoojs.fcdmurcia.es/index.php/revalu43/article/view/122>.
- Baron, R., y Byrne, D. (2005). *Psicología social* (10° ed.). Madrid, España: Pearson Educación.
- Borro, S. (2008). Aspectos psicológicos de lpa cirugía plástica en adolescentes. *Matrices Centro Médico Psicológico*. Recuperado de [http://www.matices.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=65&Itemid=30](http://www.matices.org/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=30).
- Capri, A., Breva, A. y Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología*, 21 (1), 84-91. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/10-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/10-21_1.pdf).
- Clínica de Medicina Estética Renace (s.f). *Cirugía plástica y estética*. Recuperado de <http://www.clinicarendice.com/cirugias.asp>.
- 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). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela
- Contreras, E. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman. Caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8 (2).

Recuperado de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017)

- Courvoisier, D., y Renaund, O. (2010). Robust analysis of the central tendency, simple and multiple regression and ANOVA: a step by step tutorial. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 78-87. Recuperado de [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=ba0a809ecf&view=att&th=13fe32291f6843f6&attid=0.1&disp=inline&realattid=b8176711ed126197\\_0.1&safe=1&zw&saduie=AG9B\\_P91VAUHBORcCgkYfntrylVf&sadet=1373905313468&sads=y0ahl3KRawexOr04TCbaumA5ahQ](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=ba0a809ecf&view=att&th=13fe32291f6843f6&attid=0.1&disp=inline&realattid=b8176711ed126197_0.1&safe=1&zw&saduie=AG9B_P91VAUHBORcCgkYfntrylVf&sadet=1373905313468&sads=y0ahl3KRawexOr04TCbaumA5ahQ).
- EFE. (2012). Ordenan a comercializadores pagar retiros urgentes de implantes PIP. *El mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.com.ve/noticias/economia/politicas-publicas/ordenan-a-comercializadores-pagar-retiros-urgentes.aspx>.
- Europa Press Salud (2012). Brasil reforzará los controles de calidad de los implantes mamarios. *Eleconomista*. Recuperado de <http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/3842930/03/12/Brasil-Brasil-reforzara-los-controles-de-calidad-sobre-los-implantes-mamarios.html>.
- Eustat (2004). *Instituto vasco de estadística*. Recuperado de [http://www.eustat.es/documentos/opt\\_0/tema\\_303/elem\\_2376/definicion.html#axzz2TBgqoHTT](http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz2TBgqoHTT)
- Escorche, A. (2012). El movimiento de afectadas por prótesis PIP en Venezuela reúne a más de 1.800 mujeres. *Correo del Orinoco*. Recuperado de <http://www.correodelorinoco.gob.ve/nacionales/movimiento-afectadas-por-protesis-pip-venezuela-reune-a-mas-1-800-mujeres/>.
- Escuela de Psicología (2002). Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología (1era ed.). Caracas, Venezuela: Publicaciones U.C.A.B.

- Espí, L. (2005). *Variables conductuales y psicológicas relacionadas con la intención y la conducta de ejercicio* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15390/espi.pdf?sequence=1>.
- Farré, J., Lasheras, M, y Casas, J. (s.f.). *Enciclopedia de la psicología* (Vol. 4). Barcelona, España: Editorial Oceano.
- Figuroa, J. (2012). Disparidad de cifras refuerza dudas sobre venta ilícita e implantes PIP. *Movidaoriental*. Recuperado de <http://eltiempo.com.ve/venezuela/salud/disparidad-de-cifras-refuerza-dudas-sobre-venta-ilicita-de-implantes-pip/41904>.
- Fundación Imagen y Autoestima (2008). *Cuando no gustarse hace enfermar. Relación entre la presión social por la imagen corporal, la baja autoestima y la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el peso (anorexia y bulimia nerviosas) y sus consecuencias más alarmantes (alteraciones de peso y obesidad)*. Recuperado de <http://www.f-ima.org/doc/Informe%20IMA%20Cuando%20no%20gustarse%20hace%20enfermar.pdf>.
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>.
- Grupo de investigaciones Edufisica (s.f.). Las actitudes. *Revista EDU-FISICA*. Recuperado de <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R, & Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (2da ed.). Madrid, España: Prentice-Hall Iberia.
- Herrero, A (2005). *El proceso de adopción de nuevos sistemas de venta: Aplicación al comercio electrónico entre particulares y empresas* (Tesis de Doctorado, Universidad de Cantabria, Santander, Colombia). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10589/AHCtesis.pdf;jsessionid=03512280B9F057B7E480C0E96886C476.tdx2?sequence=1>.

- Herrero, A. y Rodríguez, I. (s.f.). La adopción del comercio electrónico B2C: Una comparación empírica de dos modelos alternativos. *Revista Española de Investigación del Marketing Esic*. Recuperado de [http://www.esic.es/documentos/revistas/reim/070704\\_190628\\_E.pdf](http://www.esic.es/documentos/revistas/reim/070704_190628_E.pdf).
- Hontanilla, B. (2002). Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales. *Rev Med Univ Navarra*, 46(3), 45-51.
- Johnson, D. (2000). *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*. D.F., México: International Thomson.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en las ciencias sociales* (4ta ed.). D.F., México: McGrawHill.
- Lange, A. (2001). *Todo sobre sus senos*. Recuperado de [http://books.google.co.ve/books/about/Todo\\_Sobre\\_Sus\\_Senos.html?id=Qjo0WSNel4YC&redir\\_esc=y](http://books.google.co.ve/books/about/Todo_Sobre_Sus_Senos.html?id=Qjo0WSNel4YC&redir_esc=y)
- Linares, L. (2010). *Mamoplastia*. Recuperado de <http://drlinolinares.com/es/cirugia-plastica/mamoplastia/49-mamoplastia.html>.
- Lo que cuesta la belleza venezolana. (2012, Enero 31). *Últimas Noticias*. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/lo-que-cuesta-la-belleza-venezolana.aspx>.
- Montaño, I. (2006). *La cirugía estética y las modificaciones en la imagen corporal*. 7° Congreso de Virtual de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3702>.
- Montero, P., Morales, E. y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropodo*, 8, 107-116. Recuperado de <http://www.didac.ehu.es/antropo/8/8-8/Montero.pdf>.
- Ochoa, M. y Reyes, M. (2011). Los imperativos de belleza y el dispositivo médico. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 4(33), 73-116. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=107155f1-f73c-48fe-9bff-e39741a4304c%40sessionmgr14&vid=7&hid=18>

- Osío, R. (2007). La pujante industria de los sacerdotes del. *Debates IESA*, 12(3), 66-72. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=107155f1-f73c-48fe-9bff-e39741a4304c%40sessionmgr14&vid=7&hid=18>.
- Panorama (2011). 40 mil implantes mamarios se realizan al año en Venezuela. *Informes21.com*. Recuperado de <http://informe21.com/content/40-mil-implantes-mamarios-se-realizan-al-o-en-venezuela>.
- Panzarelli, A. (2009). *Todo por la belleza*. editorial Dermatol Venez. Recuperado de <http://www.svdcd.org.ve/revista/2009/2/DERMA.V3y42009.edi.pdf>
- Pastó, A, Paulos, R (2010). *Influencia de la edad, el rol sexual, la estima corporal y las creencias acerca de la mamoplastia de aumento, sobre la intención de realizarse una mamoplastia de aumento* (Trabajo de Grado de Especialidad). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Pereira, M., y Verdura, J. (2008). *Influencia de la autoestima, la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, la edad y el sexo en las conductas alimentarias asociadas al riesgo de presentar anorexia nerviosa de tipo restrictiva en adolescentes* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Pérez, H. (2011, Febrero 3). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética [Revisión del libro Making the cut: how cosmetic surgery is transforming our lives, por Elliott, A]. *Anagrama*, 9 (8), 145-144. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/angr/v9n18/v9n18a12.pdf>.
- Plástico facial (s.f). *La ciencia del envejecimiento, ¿cómo envejecer con dignidad?*. Recuperado de <http://www.plasticofacial.com/envejecimiento/retardar-evitar-envejecimiento.html>.
- PRNewswire Latinoamérica (2010). Venezuela es el país 25 a nivel mundial en cirugía plástica. *Opinión y Noticias.com*. Recuperado de <http://www.opinionynoticias.com/noticiassalud/5349-venezuela-es-el-pais-25-a-nivel-mundial-en-cirugia-plastica>.

- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- 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 la liposucción* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Ramos, M. (2012). La vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética. Un análisis bioético. *Revista Médica*, 50 (1), 81-86. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=107155f1-f73c-48fe-9bff-e39741a4304c%40sessionmgr14&vid=9&hid=127>.
- Rasines, C. (2012). *Relación de la cirugía estética con los niveles de autoestima y autoconcepto en mujeres adolescentes* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Recuperado de <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGBF7243S35R382012.pdf>.
- Rauseo, J. y Rodriguez, R. (2007). *Aplicación de la teoría de la acción planeada a la conducta de compra de cerveza en jóvenes: un diagrama de ruta* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bellos, Caracas, Venezuela.
- Ribas, E., Botella, L., y Benito, J. (2010). Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 28 (3), 457-472. Recuperado de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/apuntes\\_psicologia/vol\\_28\\_3/Vol\\_28\\_3\\_9.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/apuntes_psicologia/vol_28_3/Vol_28_3_9.pdf).
- Sanchez, K. y Alessandrin, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Cubana*, 46 (4). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46\\_4\\_07/cir12407.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_4_07/cir12407.htm)
- Schiffman, L y Kanuk, L. (2001). *Comportamiento del consumidor*. México: Prentice Hall.

- Sierra Bravo, R. (1981). *Ciencias sociales: análisis estadísticos y modelos matemáticos*. Madrid, España: Paraninfo.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (s.f.). *Qué es la cirugía plástica*. Recuperado de [http://www.secre.org/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=42&Itemid=74](http://www.secre.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=42&Itemid=74).
- Spence, B. (s.f.). *Mamoplastia de aumento*. Recuperado de [http://www.billyspence.com/procedimientos/mamoplastia\\_aumento.php](http://www.billyspence.com/procedimientos/mamoplastia_aumento.php).
- Swami, V., Arteché, A., Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Stieger, S., Haubner T., Voracek, M. (2008). Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *Eur J Plast Surg*, 30, 211–218. Recuperado de [http://home.ku.edu.tr/eorhon/public\\_html/research%20paper's%20article/fulltext%201.pdf](http://home.ku.edu.tr/eorhon/public_html/research%20paper's%20article/fulltext%201.pdf)
- Tornero, I., Sierra, A. y Carmona, J. (2009). *Imagen corporal y actitud hacia la obesidad*. Recuperado de <http://www.altorendimiento.com/es/congresos/salud/1052-imagen-corporal-y-actitud-hacia-la-obesidad>.
- ÚN. (2012). La pareja plástica. Últimas Noticias. Recuperado de <http://www.ultimasnoticias.com.ve/infography/f247e769-9415-42e0-8694-11bf3eab806e/index.swf>
- Vargas, M. (2012). *La civilización del espectáculo* (1era ed.). Caracas, Venezuela: Santillana Ediciones Generales S.L.
- Vemeer, J (2009). ). *La evolución del ideal de belleza femenino a lo largo de la historia del arte*. Recuperado de <http://albagutierrez.wordpress.com/la-evolucion-del-ideal-de-belleza-femenino-a-lo-largo-de-la-historia-del-arte/>.
- Villaroel, R. (2007). ¿Cirugía estética un lujo o una necesidad?. *Revista Médica (Cochabamba)*, 18 (28). Recuperado de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092007002800008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es).

Worchel, S., Cooper, j., Goethals, G. y Olson, J. (2002). *Psicología social*. México: Thomson.

**ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **Hoja de datos de identificación**

## **ANEXO A1**

**Hoja de datos de identificación original**

Edad: \_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Año/Semestre que cursa: \_\_\_\_\_

¿Se ha hecho alguna cirugía anteriormente? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_

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 solo debe marcar un espacio.

En los próximos 10 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  
me la realizaría

Con toda seguridad **No**  
**SI** me la realizaría

ANEXO A2

**Hoja de datos de identificación modificada.**

¿Usted se ha realizado una mamoplastia de aumento? **SI** **NO**\_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO, continúe respondiendo las siguientes hojas, de lo contrario **NO** siga respondiendo y entregue los instrumentos a los investigadores.

¿Tiene usted alguna afección médica diagnosticada por la que requiera hacerse un aumento de senos? **SI**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO continúe respondiendo las siguientes hojas, de lo contrario **NO** siga respondiendo y entregue los instrumentos a los investigadores.

Edad: \_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Año/Semestre que cursa:\_\_\_\_\_

¿Se ha hecho alguna cirugía anteriormente? **SI**\_\_\_\_\_ **No**\_\_\_\_\_

A continuación se te presentará una serie de afirmaciones acerca de la mamoplastia de aumento. Para cada afirmación debe responder colocando una "X" en la que mejor describa tu caso particular, basándose en la siguiente escala:

## ANEXO B

**Escala de Intención de realizarse la mamoplastia de aumento.**

ANEXO B1

**Escala de Intención de realizarse la mamoplastia de aumento original.**

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 solo debe marcar un espacio.

En los próximos 10 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  
me la realizaría

Con toda seguridad **No**  
**SI** me la realizaría

ANEXO B2

**Escala de Intención de realizarse la mamoplastia de aumento  
modificada.**

En los próximos 4 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  
me la realizaría

Con toda seguridad **No**  
**SI** me la realizaría

## ANEXO C

**Escala de Creencias acerca de la mamoplastia de aumento.**

ANEXO C1

**Escala de Creencias acerca de la mamoplastia de aumento original.**

A continuación se te presentará una serie de afirmaciones acerca de la mamoplastia de aumento. Para cada afirmación debe responder colocando una "X" en la que mejor describa tu caso particular, basándose en la siguiente escala:

	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 llevar 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 C2

**Escala de Creencias acerca de la mamoplastia de aumento  
modificado.**

El 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 llevar a complicaciones médicas durante 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 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 D

**Escala de Actitud hacia la mamoplastia de aumento.**

ANEXO D1

**Escala de Actitud hacia la mamoplastia de aumento original.**

A continuación se te presentará una serie de adjetivos acerca de la mamoplastia de aumento, donde para cada adjetivo debe responder colocando una "X" a la alternativa que mejor describa tu evaluación personal, basándose en la siguiente escala.

La Mamoplastia de aumento es:

	Extremadamente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Poco en Desacuerdo	Indiferente	Poco de Acuerdo	Bastante del Acuerdo	Extremadamente de acuerdo
1. Recompensante							
2.-Apropiado							
3 –Divertido							
4 –Útil							
5 - Beneficioso							
6.- Prudente							
7.- Necesario							
8.- Agradable							
9.- Placentero							

## ANEXO D2

**Escala de Actitud hacia la mamoplastia de aumento modificada.**

El aumento de senos es:	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Recompensante					
2.-Apropiado					
3 –Divertido					
4 –Útil					
5 – Beneficioso					
6.- Prudente					
7.- Necesario					
8.- Agradable					
9.- Placentero					
10.- Estético					
11.- De buen gusto					
12.- Elegante					
13.- Sexy					
14.- Sensual					

15.- Llamativo					
16.- Atractivo					
17.- Sugerente					
18.- Poderoso					

## ANEXO E

**Escala de normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento.**

## ANEXO E1

**Escala de normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento original.**

A continuación se te presentará una serie de afirmaciones acerca de la mamoplastia de aumento. Para cada afirmación debe responder colocando una "X" en la que mejor describa tu caso particular, basándose en la siguiente escala:

	Extremadamente en Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Poco en Desacuerdo	Indiferente	Poco de Acuerdo	Bastante del Acuerdo	Extremadamente de acuerdo
1.- Me haría una mamoplastia de aumento si mis amigos consideran que debo hacerlo.							
2.- Me haría una mamoplastia de aumento porque a mi pareja le gustaría que lo hiciera.							
3.- Me haría una mamoplastia de aumento porque mi familia piensa que debo hacerlo.							
4.- Me haría una mamoplastia de aumento porque las personas con las que me encuentro lo hacen.							

5.- Me haría una mamoplastia de aumentosi mis compañeras de clase lo hacen.							
6.- Mis compañeros de clase consideran importante que yo me haga una mamoplastia de aumento.							
7. Para mis vecinos es importante que yo me haga una mamoplastia de aumento.							

## ANEXO E2

**Escala de normas subjetivas hacia la mamoplastia de aumento modificada.**

Me haría un aumento de senos:	Totalmente en Desacuerdo	Poco en Desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Si mis amigos consideran que debo hacerlo.					
2.- Si mis amigas consideran que debo hacerlo.					
3- Porque a mi pareja le gustaría que lo hiciera.					
4.- Porque en mi familia piensan que debo hacerlo.					
5.- Porque las mujeres con las que me encuentro lo hacen.					
6.- Porque a los hombres con los que me encuentro les parece bien que lo haga.					
7.- Si mis compañeras de clase lo hacen.					
8.- Si mis compañeros de clase consideran importante.					
9.- Porque para mis vecinos es importante.					

10.- Porque está de moda.					
11.- Porque cada vez más mujeres se lo hacen.					
12.- Porque ya es normal hacérselo.					

## ANEXO F

**Escala de control conductual percibido hacia la realización de la  
mamoplastia de aumento.**

## ANEXO F1

**Escala de control conductual percibido hacia la realización de la  
mamoplastia de aumento original.**

A continuación se te presentará una serie de afirmaciones acerca de la mamoplastia de aumento. Para cada afirmación debe responder colocando una "X" en la que mayor describa tu caso particular, basándose en la siguiente escala:

	Extremadament e en Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Poco en Desacuerdo	Indiferente	Poco de Acuerdo	Bastante del Acuerdo	Extremadament e de Acuerdo
1.- Soy capaz de ir a un cirujano para hacerme una mamoplastia de aumento							
2.- Existen suficientes centros médicos donde puedo realizarme la mamoplastia de aumento.							
3.- Cuento con el dinero necesario para hacerme una mamoplastia de aumento.							
4.- Tengo la habilidad suficiente para poder ir a realizarme la mamoplastia de aumento.							
5.- Ser mayor de edad me permite realizarme la mamoplastia de aumento.							
6.- Los sitios a los que voy me facilitan el poder realizarme la mamoplastia de aumento.							

## ANEXO F2

**Escala de control conductual percibido hacia la realización de la  
mamoplastia de aumento modificado.**

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1.- Me siento capaz de ir a un cirujano para hacerme un aumento de senos					
2.- Existen suficientes centros médicos donde puedo realizarme un aumento de senos.					
3.- Cuento con facilidades económicas para hacerme un aumento de senos.					
4.- Tengo las condiciones de salud adecuadas para poder realizarme un aumento de senos.					
5.- Ser mayor de edad me permite realizarme un aumento de senos.					
6.- Conozco los lugares donde podría realizarme un aumento de senos.					
7.- Cuento con amigas que me pueden asesorar al realizarme un aumento de senos.					
8.- Conozco mujeres que se han realizado la cirugía, y ha resultado todo bien.					

9.- Conozco los procedimiento que implica la cirugía de aumento de senos.					
10.- Siento que la medicina ha avanzado, por tanto es un procedimiento seguro.					

ANEXO G

**Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ).**

<b>EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Muy Amenudo</b>	<b>Siempre</b>
1. ¿Te sentiste enfadado(a) al hacer un examen sobre tu figura?						
2. ¿Te sentiste tan preocupado(a) por tu figura que deberías ponerte a dieta?						
3. ¿Sentiste temor a volverte gordo(a) (o a engordar)?						
4. ¿Te sentiste preocupado(a) porque tu piel no era suficientemente firme?						
5. ¿La sensación de plenitud (por ejemplo después de una comida abundante) te hizo sentir gordo(a)?						
6. ¿Te sentiste tan mal en relación con tu figura que tuviste que gritar?						
7. ¿Evitaste correr a causa de que tu piel podía tambalearse?						
8. ¿El hecho de estar junto a una persona delgada de tu mismo sexo te hizo tomar conciencia sobre tu figura?						

9. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida te hizo sentir gordo(a)?						
10. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra persona de tu mismo sexo, al compararla hizo que sintieras la tuya en desventaja?						
11. ¿El hecho de pensar sobre tu figura interfirió en tu capacidad para concentrarte (por ej. Mientras veías TV, leías o escuchabas una conversación)?						
12. ¿El estar desnudo(a) (por ej. al tomar un baño) te hizo sentir gordo(a)?						
13. ¿Imaginaste el desprenderte de determinadas zonas de tu cuerpo?						
14. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico te hizo sentir gordo(a)?						
15. ¿No asististe a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que te sentías mal con tu figura?						
16. ¿Te sentiste excesivamente grueso(a) y redondo(a)?						

17. ¿Te sentiste avergonzado(a) de tu cuerpo?						
18. ¿La preocupación sobre tu figura te hizo estar a dieta?						
19. ¿Te sentiste más feliz con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ej. Por la mañana)?						
20. ¿Pensaste que la causa de tu figura era tu falta de autocontrol?						
21. ¿Te sentiste preocupado(a) porque otras personas vieran cauchitos en tu cintura o estómago?						
22. ¿Sentiste que no es justo que otros(as) hombres (o mujeres) sean mas delgados(as) que tú?						
23. ¿Vomitaste con la intención de sentirte más ligero?						
24. ¿En compañía de otras personas, te sentiste preocupado(a) por el hecho de ocupar más espacio (por ej. Sentado(a) en un sofá o en el asiento del autobús)?						
25. El verte reflejado(a) por ej. En un						

espejo. ¿Te hizo sentir mal con tu figura?						
26. ¿Pellizcaste zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa contienen?						
27. ¿Evitaste situaciones donde otras personas podrían haber visto tu cuerpo, (por ej. piscinas)?						
28. ¿Tomaste laxantes para sentirte más ligero(a)?						
29. ¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otras personas?						
30. ¿La preocupación por tu figura te hizo sentir que deberías hacer ejercicios?						

ANEXO H

**Cargas Factoriales de la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de  
Aumento.**

ANEXO H1

**Cargas Factoriales de la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de  
Aumento de la muestra piloto.**

## KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	,757
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	1085,425
	df
	300
	Sig.
	,000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,168	24,671	24,671	6,168	24,671	24,671	4,726	18,904	18,904
2	4,052	16,208	40,878	4,052	16,208	40,878	3,442	13,766	32,671
3	1,817	7,269	48,147	1,817	7,269	48,147	2,737	10,949	43,620
4	1,547	6,187	54,335	1,547	6,187	54,335	2,679	10,715	54,335
5	1,264	5,056	59,391						
6	1,139	4,556	63,947						
7	,931	3,723	67,670						
8	,848	3,393	71,062						
9	,768	3,071	74,133						
10	,756	3,023	77,156						
11	,701	2,806	79,962						
12	,657	2,627	82,589						
13	,583	2,334	84,923						
14	,553	2,213	87,136						
15	,509	2,036	89,172						
16	,434	1,736	90,908						
17	,385	1,539	92,447						
18	,375	1,501	93,948						
19	,333	1,334	95,282						
20	,292	1,167	96,449						
21	,228	,914	97,363						
22	,203	,812	98,175						
23	,192	,770	98,945						
24	,155	,619	99,564						
25	,109	,436	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
Creen_1	,298	,336	,002	-.458
Creen_2	,697	,374	-.202	-.028
Creen_3	-.263	,231	,158	,258
Creen_4	-.291	,508	-.253	,266
Creen_5	,392	,473	,290	-.323
Creen_6	,725	,308	-.144	,134
Creen_7	-.298	,548	-.053	,087
Creen_8	,698	,273	-.314	-.104
Creen_9	,541	,281	,182	-.066
Creen_10	-.368	,597	,122	-.250
Creen_11	,573	,118	,401	,299
Creen_12	-.350	,622	,112	-.278
Creen_13	,697	,286	-.445	-.083
Creen_14	-.269	,495	-.500	,254
Creen_15	-.393	,569	-.411	,069
Creen_16	-.238	,505	,431	,154
Creen_17	-.346	,562	,057	,404
Creen_18	,650	,151	-.052	-.143
Creen_19	,533	,508	,101	-.168
Creen_20	,642	,114	,151	,466
Creen_21	,522	,202	,286	,374
Creen_22	-.259	,473	,543	-.189
Creen_23	-.458	,323	-.197	-.202
Creen_24	,617	-.019	-.056	,182
Creen_25	-.607	,272	-.021	,216

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
Creen_1	,534	-.092	-.164	,303
Creen_2	,771	,064	,256	-.057
Creen_3	-.236	,309	,150	,200
Creen_4	-.002	,687	-.028	,070
Creen_5	,525	-.095	,124	,516
Creen_6	,688	,057	,411	-.119
Creen_7	,007	,551	-.068	,302
Creen_8	,789	,006	,141	-.166
Creen_9	,498	-.120	,322	,207
Creen_10	,035	,384	-.265	,592
Creen_11	,252	-.171	,695	,127
Creen_12	,072	,385	-.279	,606
Creen_13	,830	,081	,097	-.259
Creen_14	,093	,768	-.142	-.111
Creen_15	,068	,745	-.292	,087
Creen_16	-.149	,324	,231	,583
Creen_17	-.169	,676	,193	,281
Creen_18	,626	-.187	,202	-.027
Creen_19	,656	,026	,222	,317
Creen_20	,327	-.018	,736	-.128
Creen_21	,263	-.011	,678	,076
Creen_22	-.098	,107	,019	,774
Creen_23	-.068	,388	-.442	,210
Creen_24	,414	-.141	,410	-.239
Creen_25	-.406	,524	-.130	,181

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 8 iterations.

ANEXO H2

**Cargas Factoriales de la Escala de Creencias hacia la Mamoplastia de  
Aumento de la muestra definitiva.**

## KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy:	,866
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	1882,488
	df
	300
	Sig.
	,000

## Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,633	26,532	26,532	6,633	26,532	26,532	6,447	25,789	25,789
2	3,884	15,536	42,068	3,884	15,536	42,068	2,991	11,965	37,753
3	1,615	6,460	48,527	1,615	6,460	48,527	2,694	10,774	48,527
4	1,184	4,736	53,263						
5	1,091	4,363	57,626						
6	,969	3,877	61,503						
7	,882	3,526	65,029						
8	,865	3,460	68,489						
9	,795	3,181	71,670						
10	,740	2,961	74,632						
11	,673	2,691	77,322						
12	,624	2,496	79,819						
13	,603	2,413	82,232						
14	,546	2,186	84,418						
15	,515	2,060	86,478						
16	,501	2,003	88,481						
17	,441	1,764	90,246						
18	,437	1,747	91,993						
19	,383	1,532	93,525						
20	,353	1,411	94,936						
21	,306	1,223	96,159						
22	,283	1,133	97,292						
23	,257	1,027	98,319						
24	,233	,932	99,251						
25	,187	,749	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
Item 1 escala de Creencias	,371	-,194	,555
Item 2 escala de Creencias	,700	-,221	,117
Item 3 escala de Creencias	,231	,425	-,314
Item 4 escala de Creencias	,242	,585	,278
Item 5 escala de Creencias	,331	-,231	,527
Item 6 escala de Creencias	,741	-,142	,070
Item 7 escala de Creencias	,217	,579	-,075
Item 8 escala de Creencias	,725	-,289	,030
Item 9 escala de Creencias	,628	-,121	,109
Item 10 escala de Creencias	,361	,624	-,203
Item 11 escala de Creencias	,698	-,067	-,112
Item 12 escala de Creencias	,304	,536	-,295
Item 13 escala de Creencias	,745	-,216	-,108
Item 14 escala de Creencias	,114	,640	,402
Item 15 escala de Creencias	,199	,431	,424
Item 16 escala de Creencias	-,003	,528	,117
Item 17 escala de Creencias	,106	,712	,286
Item 18 escala de Creencias	,802	-,152	-,072
Item 19 escala de Creencias	,757	-,205	,085
Item 20 escala de Creencias	,709	-,103	-,263
Item 21 escala de Creencias	,781	-,078	-,015
Item 22 escala de Creencias	,078	,546	-,180
Item 23 escala de Creencias	,474	,324	-,020
Item 24 escala de Creencias	,563	,049	-,310
Item 25 escala de Creencias	,246	,413	-,127

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component		
	1	2	3
Item 1 escala de Creencias	,415	,295	-,473
Item 2 escala de Creencias	,734	,047	-,102
Item 3 escala de Creencias	,109	,145	,548
Item 4 escala de Creencias	,085	,655	,206
Item 5 escala de Creencias	,386	,242	-,483
Item 6 escala de Creencias	,753	,082	-,009
Item 7 escala de Creencias	,059	,412	,463
Item 8 escala de Creencias	,776	-,054	-,076
Item 9 escala de Creencias	,639	,102	-,045
Item 10 escala de Creencias	,185	,388	,614
Item 11 escala de Creencias	,691	,008	,167
Item 12 escala de Creencias	,151	,252	,616
Item 13 escala de Creencias	,775	-,088	,078
Item 15 escala de Creencias	,085	,631	-,009
Item 16 escala de Creencias	-,138	,461	,247
Item 17 escala de Creencias	-,079	,727	,257
Item 18 escala de Creencias	,813	-,008	,101
Item 19 escala de Creencias	,785	,049	-,058
Item 20 escala de Creencias	,708	-,115	,259
Item 21 escala de Creencias	,774	,080	,103
Item 22 escala de Creencias	-,069	,293	,496
Item 23 escala de Creencias	,374	,311	,306
Item 24 escala de Creencias	,528	-,064	,365
Item 25 escala de Creencias	,129	,262	,402

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

ANEXO I

**Estadísticos Descriptivos de las Variables de Estudio**

	<i>Intención</i>	<i>Actitudes</i>	<i>Norma Subjetiva</i>	<i>Control Percibido</i>	<i>Creencias</i>	<i>Imagen Corporal</i>
<i>Media</i>	3,13	53,55	17,05	33,75	72,06	60,85
<i>Error de la media</i>	0,23	0,94	0,51	0,52	0,90	1,88
<i>Límites al 95% (inferior-superior)</i>	2,67-3,58	51,70-55,39	16,05-18,04	32,73-34,77	70,27-73,84	57,13-64,56
<i>Desviación</i>	3,26	13,25	7,15	7,30	12,79	26,63
<i>Asimetría</i>	0,69	-0,40	1,27	-0,63	-0,47	1,27
<i>Curtosis</i>	-0,66	1,13	0,48	1,03	0,58	1,66
<i>Recorrido de la variable</i>	0-10	18-90	12-60	10-50	25-125	30-180

ANEXO J

**Análisis Cualitativo de la Variable Norma Subjetiva hacia la Mamoplastia de Aumento.**

