

Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, afrontamiento y optimismo como predictores de aceptación de cirugías plásticas cosméticas

Eating disorders, body image, coping, and optimism as predictors for acceptance of cosmetic plastic surgery

Karen Liseth Cabarcas Acosta y Constanza Londoño Pérez¹

RESUMEN

La presente investigación correlacional de corte transversal hecha en residentes de las ciudades de Bogotá, Barranquilla e Ibagué (Colombia) tuvo el objetivo de evaluar la existencia de una relación predictiva entre el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, satisfacción con la imagen corporal, estilo de afrontamiento y el optimismo o pesimismo y la aceptación de cirugías plásticas cosméticas. Los resultados se analizaron mediante el uso de ecuaciones estructurales. Conclusión: la interacción entre la preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos y por los alimentos mismos, el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social, la edad, la bulimia, el afrontamiento centrado en la evitación y el optimismo disposicional predicen la aceptación de cirugías plásticas cosméticas.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria; Cirugía plástica; Afrontamiento; Optimismo; pesimismo; Imagen corporal.

ABSTRACT

This cross-sectional correlational study in a population living in the cities of Bogotá, Barranquilla, and Ibagué (Colombia), had the objective of assessing the existence of predictive relationship between the risk of eating disorders, body image satisfaction, coping strategies, optimism or pessimism, and acceptance of cosmetic plastic surgery. Results were analyzed using structural equations. Conclusion: concerns about the amount of calories in food, obsessive preoccupation with food, coping focused on the search for social support, age, bulimia, avoidance-focused coping, and dispositional optimism, predict acceptance of cosmetic plastic surgery.

Key words: Eating disorders; Plastic surgery; Coping behavior; Optimism; Pessimism; Body image.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Postgrados de Psicología, Av. Caracas 46-44, Piso 1ª, tel. 327-73-00, ext. 5071, Bogotá, Colombia, correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co. Artículo recibido el 8 de julio y aceptado el 10 de diciembre de 2013.

La cirugía plástica ha tenido como propósito la reconstrucción funcional y estética de tejidos que han sufrido daños asociados a malformaciones congénitas, traumas o envejecimiento. No obstante, en la actualidad ha sido usada con fines estéticos por personas que consideran que su aspecto físico afecta sus relaciones interpersonales y su posibilidad de conseguir pareja (Sánchez, 2007; Sánchez y Alessandrini, 2008). Las cifras muestran un franco aumento en la práctica de cirugías con fines cosméticos; la Sociedad Americana de Cirugía Plástica (2007) reportó que hubo un aumento de 59% de procedimientos quirúrgicos no invasivos en comparación con los realizados en el año 2000, y asimismo que se practicaron 1,837,118 cirugías plásticas mayores en Estados Unidos en ese lapso. El aumento del busto, el levantamiento de senos y de nalgas y las abdominoplastias fueron las operaciones más frecuentes. En ese mismo año (2007) y país, 42% de los pacientes repitieron cirugías cosméticas o se practicaron múltiples procedimientos, en comparación con 40% que lo habían hecho el año anterior.

Por otra parte, aunque los riesgos asociados a la realización de cirugía plástica estética (CPC en lo sucesivo) han disminuido gracias al desarrollo tecnológico, en la actualidad la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) (2009) resalta la existencia de múltiples riesgos y aclara que aunque en su mayoría son ambulatorias, no por ello revisten un menor riesgo (Galán y Castillo, 2001; Rados, 2004; Yoho, Romaine y O'Neil, 2005). Igualmente, ya que implican transformaciones corporales, es preciso valorar la capacidad de ajuste que tiene la persona operada. Por ello, los cirujanos deben identificar la posible morbilidad psicológica que pueden manifestar los candidatos, establecer las motivaciones para someterse a la CPC y analizar la historia previa de CPC, como la realización de múltiples cirugías (Galán y Castillo, 2001; Mallick, Howard y Koo, 2008). Sin embargo, cabe anotar que la preparación académica de los cirujanos plásticos en Colombia no incluye el entrenamiento para llevar a cabo tamizajes referidos a la salud mental de los candidatos a la CPC², a pe-

sar de que las investigaciones realizadas sobre CPC han mostrado que variables psicológicas tales como la imagen corporal (Swami, 2009; Von Soest, Kvaem, Skolleborg y Roald, 2006), la satisfacción con la imagen corporal (Didie y Sarwer, 2003; Sarwer et al., 2003), la comorbilidad con trastornos mentales (Crerand, Infield y Sarwer, 2007; Mallick et al., 2008) y la interacción de factores como la edad, el sexo, el índice de masa corporal y el conocimiento de personas que se han realizado CPC (Brown, Furnham, Glanville y Swami, 2007; Frederick, Lever y Pleplau, 2007; Henderson-King y Henderson-King, 2005; Swami, 2009), entre otros, tienen un peso importante en la toma de decisiones respecto a someterse a estos procedimientos quirúrgicos.

Frente a la comorbilidad con otros trastornos, las investigaciones no son concluyentes; aunque algunas reportan una mayor patología entre quienes se someten a estos procedimientos (Aouizerate et al., 2003; Bellino et al., 2006; Crerand, Franklin y Sarwer, 2008; Kisely, Morkell, Allbrook, Briggs y Jovanovic, 2002), otras sugieren que no hay diferencias significativas entre ellos y quienes no han pensado o no desean practicarse cirugías plásticas (Ferraro, Rossano y D'Andrea, 2005; Sarwer y Crerand, 2004). Aun así, son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA en adelante) los que más frecuentemente se identifican como la causa en las personas interesadas o sometidas a CPC (Sansone, Schumacher, Wiederman y Routsong-Weichers, 2008). En Colombia, tales trastornos han venido aumentando, evidenciándose 39.7% de prevalencia (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa, 2007), además de que son altamente comórbiles con otros trastornos o diagnósticos, como depresión, consumo de cigarrillo o alcohol y trastornos de personalidad, entre muchos otros (Anzengruber et al., 2006; Echeburúa y Marañón, 2001; Jones, Hamer, Cowen y Cooper, 2008; Kaye et al., 2004; Luce, Engler y Crowther, 2007; Lunde, Fasmer, Akiskal, Akiskal y Oedegaard, 2009; Pompili, Girardi, Tatarelli, Ruberto y Tatarelli, 2006; Santos, Richards y Bleckley, 2007; Vardar, Arzu y Kurt, 2007).

² A este efecto, véanse los planes de estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (2009), la Universidad del Rosario (2009),

la Universidad del Valle (2009) y la Universidad Nacional de Colombia con sede en Bogotá (2009).

Factores psicológicos tales como la imagen corporal y la satisfacción con la misma, el afrontamiento y el optimismo (Engler, Crowther, Dalton y Sanftner, 2006; Ghaderi y Scott, 2000; Luggi y Vivas, 2006; Markey y Wal, 2007) desempeñan un importante papel en el desarrollo de los TCA. La imagen corporal, la satisfacción corporal y las actitudes hacia la figura han sido variables de marcado interés en la investigación sobre estos trastornos (Boschi et al., 2003; Ganem, Heer y MORA, 2008; George, Erb, Harris y Casazza, 2008; Gusella, Clark y Roosmalen, 2004), en los cuales se ha definido la imagen corporal como un constructo multifacético que incluye el atractivo y morfología, la funcionalidad, las actitudes subjetivas y las experiencias perceptuales del cuerpo, con dos dimensiones: valencia y valor, tal como lo exponen Sarwer, Wadden, Pertschuk y Whitaker (1998); por consiguiente, la insatisfacción corporal es la relación discrepante entre la imagen mental corporal deseada y la imagen corporal real.

Adicionalmente, la investigación de los estilos de afrontamiento ha permitido identificar que las estrategias dirigidas a la emoción pueden estar relacionadas con la presencia de trastornos mentales o de psicopatologías como los TCA (Gómez y McLaren, 2006; Hernández y Londoño, 2010). Dicho afrontamiento es conceptualizado como el conjunto de intentos comportamentales, cognitivos y emocionales cambiantes que se llevan a cabo con el fin de manejar situaciones evaluadas por las personas como estresantes. Tiene dos categorías primarias: la primera corresponde al afrontamiento orientado a la emoción, y la segunda al afrontamiento dirigido a la solución de problemas (Lazarus y Folkman, 1983).

Los investigadores también se han interesado por entender las razones de las diferentes respuestas de afrontamiento mediante el estudio del optimismo, ante el cual existen dos posiciones teóricas: una propuesta por Peterson y Seligman (1984) y la otra por Scheier y Carver (1985).

Peterson y Seligman (1984) suponen dos estilos globales de afrontamiento: el pesimista y el optimista; el primero hace referencia a la tendencia de los individuos a explicar los eventos negativos como debidos a una causa interna, que está presente todo el tiempo y que tiene un efecto igual en todas las áreas de la vida; el segundo es la ten-

dencia a explicar las situaciones negativas a través de una causa externa, de duración variable y que únicamente afecta un aspecto específico.

Por otra parte, el optimismo disposicional propuesto por Scheier y Carver (1985) alude al hecho de esperar o creer de forma estable y generalizada que ocurrirán cosas positivas (definición que se acepta en el presente estudio); esta creencia se encuentra asociada negativamente con la ocurrencia de síntomas de malestar físico (Remor, Amorós y Carrobbles, 2006). En esta línea, se ha buscado relacionar los estilos de afrontamiento con el optimismo disposicional (Chico, 2002; Extremera, Durán y Rey, 2007; Hatchett y Park, 2004; Martínez, Reyes, García y González, 2006; Vera y Guerrero, 2003), hallándose en general que quienes son optimistas suelen utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas.

Con base en el incremento de TCA, sumado al aumento ya mencionado en la práctica de la CPC, vale la pena averiguar cuáles son los factores psicológicos relacionados con la aceptación de este procedimiento en un grupo de personas de nacionalidad colombiana. Podría pensarse que quienes se someten a procedimientos quirúrgicos cosméticos no necesarios, en comparación con la población general, pueden tener una pobre imagen corporal, baja percepción de su atractivo y bajos niveles de satisfacción corporal, dando mayor importancia a la imagen y al peso como entidades que valorizan y por tanto interiorizan y validan los ideales de belleza y delgadez actuales; por tanto, tendrán un mayor riesgo de tener un diagnóstico positivo de TCA, utilizarán frecuentemente estilos de afrontamiento evitativos o dirigidos a la emoción con el fin de manejar las situaciones problemáticas que se les presentan, las que evaluarán como más estresantes, así como una mayor probabilidad de traspasar la solución de su problema corporal a los profesionales de la salud. Al parecer, hasta hoy no hay estudios en Colombia ni en el mundo que aborden de esta forma la práctica de las cirugías cosméticas y su probable relación con diversas alteraciones psicológicas.

Esta investigación, con diseño correlacional con análisis multivariante de corte transversal, buscó comprobar la hipótesis de que existe una relación predictiva y estadísticamente significativa entre el riesgo de padecer TCA y la aceptación de ci-

rugías plásticas cosméticas, modulada por la satisfacción con la imagen corporal, el estilo de afrontamiento y el optimismo o el pesimismo, en una muestra colombiana de ambos sexos y con una probabilidad igual o menor a 0.05, cuyos resultados se analizaron utilizando el análisis multivariado de ecuaciones estructurales.

Participantes

La muestra de conveniencia pareada estuvo constituida por 96 mujeres y un hombre de nacionalidad colombiana, con edades comprendidas entre los 16 y 60 años de edad, residentes en las ciudades de Bogotá, Ibagué y Barranquilla. Una vez aplicada la batería de pruebas según el cumplimiento o no de la condición de haberse sometido a cirugías plásticas, la muestra se dividió en cinco grupos con el propósito de llevar a cabo análisis más detallados y *post hoc*. Tras confirmarse el cumplimiento de tres criterios generales, la historia de sometimiento a CPC y el deseo de someterse por primera vez o repetir el procedimiento, los grupos quedaron conformados de la siguiente manera: (G1) personas sin cirugía y sin motivación por hacerlo, (G2) personas sin cirugía y con motivación por hacerlo, (G3) personas con cirugía sin motivación por repetir, (G4) personas con cirugía con motivación por repetir y (G5) personas sin cirugía e indecisas.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron, a saber: personas de nacionalidad colombiana de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 16 y 60 años, residentes en las ciudades de Bogotá, Ibagué y Barranquilla, de estrato socioeconómico de 1 a 6, casadas o solteras, con o sin hijos, con nivel educativo mínimo de media vocacional, sin malformaciones o discapacidades que pudiesen afectar la imagen corporal y sin diagnóstico reportado de enfermedad crónica o psiquiátrica que afectase la investigación.

Instrumentos

The Abbreviated Eating Attitudes Test (EAT26-M). Diseñado inicialmente por Garner y Garfinkel en 1979, fue validado en población colombiana por Castrillón, Luna y Aguirre (2007), con consistencia interna de 0.87, punto de corte de 20 y cinco

factores: preocupación por la ganancia de peso corporal, preocupación por la cantidad de calorías contenidas en los alimentos, preocupación obsesiva por la comida, bulimia y preocupación social por la ganancia de peso. La población clínica se identificó de acuerdo con los puntos de corte indicados para el EAT-26 validado en población colombiana, correspondiente a 16 a 20 puntos para riesgo de TCA o subclínicos, y por encima de 20 para casos clínicos.

Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner (Gardner, Stark, Jackson y Friedman, 1999), ajustada a las necesidades particulares de la investigación. Campayo, Fernández, Rodríguez y Martínez (2005) validaron la escala en población española con TCA. Dicha escala está constituida por trece siluetas y permite evaluar la percepción actual de la imagen corporal, la imagen corporal ideal y la insatisfacción corporal, que es la diferencia entre la imagen corporal deseada y la percibida.

Inventario de Estilos de Afrontamiento (Vitaliano, Maiuro, Russo y Becker, 1987). Adaptado por Archila, García y Londoño (2005) en población colombiana, está constituido por 42 ítems con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach mayor a 0.7. Este instrumento identifica los estilos de afrontamiento que utiliza un individuo para encarar una situación estresante de acuerdo a los siguientes estilos: centrado en la solución de problemas, centrado en la búsqueda de soporte social, evitativo, fantasioso y autoculpable. Cada ítem se responde en una escala que va de 0 (nunca) a 3 (en gran medida). La puntuación total está dada por el promedio de las puntuaciones de cada uno de los estilos de afrontamiento.

Escala de Optimismo/Pesimismo Disposicional (EOP), de Londoño, Alejo, Pulido, Hernández y Velasco (en prensa). Mide el nivel de optimismo/pesimismo disposicional en estudiantes universitarios y adultos de bajo nivel educativo, tanto hombres como mujeres con edades de entre 16 y 57 años. La prueba tiene dos versiones: la primera está diseñada para población adolescente y joven, consta de 22 ítems y tiene un índice alfa de Cronbach de 0.80; la segunda es para adultos, contiene 13 ítems y tiene un índice alfa de 0.70.

Cuestionario de Aceptación de Cirugías Plásticas Cosméticas. Para llevar a cabo la presente

investigación, se diseñó dicho instrumento, estableciendo para ello los indicadores de cada dimensión de la variable con el fin de generar los ítems que permitían evaluarla. Al efecto, se procedió a generar el instrumento inicial, mismo que fue sometido a la validación de constructo a través de evaluadores expertos. Luego, se llevaron a cabo entrevistas individuales con personas con y sin cirugías plásticas y con grupos focales a fin de establecer la posición que tenían acerca de las cirugías; dicha información se utilizó para el diseño de los ítems. Adicionalmente, el instrumento se sometió en una prueba piloto, a partir de la cual se eliminaron las ambigüedades, la redacción confusa y los términos complejos; dicha prueba también sirvió para calcular la confiabilidad y validez de los ítems en la medición de la variable de interés. El cuestionario permite obtener puntajes para la aceptación de las personas que se someten a CPC, la aceptación de la CPC y la aceptación total. La prueba mostró un alfa de Cronbach de 0.89. A partir del análisis factorial de rotación VARIMAX, el cuestionario no muestra la existencia de factores independientes, por lo que debe ser aplicado de manera completa. Tiene dos formas: la A, diseñada para personas con cirugías plásticas cosméticas, contiene quince ítems, y la B, hecha para personas sin tales cirugías, consta de catorce ítems. En una escala diferencial, la calificación obtenida indica el grado de aceptación medido en términos de la presentación de actitudes positivas o negativas y conductas de aproximación y evitación conductual de las CPC; una alta aceptación implica una actitud positiva plena y conductas abiertas dirigidas a hacer o repetir los procedimientos, lo que va disminuyendo en grado de acuerdo a la intensidad de la aceptación. En el extremo opuesto se encuentra el alto rechazo, caracterizado por conductas evitativas y actitud negativa y de rechazo total a las CPC, que disminuye en nivel respecto del grado de aversión expresado por las personas. Así, pueden manifestar sentimientos de agrado de alta, media o baja intensidad, o sentimientos de rechazo de baja o media intensidad.

Cuestionario de datos sociodemográficos, diseñado para la presente investigación con el fin de recoger información relacionada con variables sociodemográficas, enfermedades, diagnósticos psi-

quiátricos y psicológicos y otra información adicional.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en las ciudades de Bogotá, Ibagué y Barranquilla. Para la recolección de la muestra se utilizaron las redes sociales y la referencia a conocidos que cumplieran con los criterios de inclusión. Conformada aquella, se entregó a los participantes el formato de consentimiento informado, el cual se diseñó cumpliendo con los aspectos éticos y legales vigentes en el país. La aplicación directa e individual de los instrumentos se llevó a cabo teniendo en cuenta la subdivisión de la muestra y la edad de sus integrantes. Una vez diligenciados los instrumentos, se tomaron las medidas antropométricas de peso y talla (siempre con los mismos instrumentos) para obtener con ello el índice de masa corporal real (IMC).

El análisis de los datos se hizo en tres niveles: *a)* descriptivo, *b)* correlaciones y diferencias entre grupos a través de ANOVA y *post hoc* y *c)* modelo predictivo de la aceptación de la CPC y de la conducta de someterse a la CPC mediante ecuaciones estructurales, para lo cual se empleó la aplicación AMOS del SPSS, versión 17.0.

RESULTADOS

Población

De la muestra total de 97 participantes, cincuenta de ellos se habían sometido a un procedimiento plástico cosmético. La mayor parte de la muestra estuvo constituida por mujeres residentes en la ciudad de Bogotá y procedentes de Cundinamarca, seguida por los residentes en Barranquilla, procedentes del Atlántico. Una cuarta parte de los participantes eran profesionales de la salud (25.8%), y una cantidad similar tenía formación posgradual y pertenecían a los estratos socioeconómicos 3 y 4. Respecto a la salud percibida, la mayoría indicó sentirse sana, aunque una cuarta parte reportó haber sido diagnosticada con algún tipo de enfermedad crónica y 41.4% tener familiares que se habían sometido a procedimientos quirúrgicos estéticos (Tabla 1).

De las participantes que se sometieron a CPC, la mayoría se encontraban satisfechas con los resultados obtenidos, reportando como motivo para

someterse a la cirugía el deseo de mejorar su imagen corporal y sentirse más cómodas con su cuerpo y consigo mismas.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra.

Variable	f	%	Variable	f	%
<i>Sexo</i>			<i>Nivel educativo</i>	15	15.5
Mujeres	96	99.0	Técnico	23	23.7
Hombres	1	1.0	Pregrado	35	36.1
<i>Ciudad</i>			Postgrados	24	24.7
Bogotá	59	60.8	<i>Estrato</i>		
Barranquilla	29	29.9	1	2	2.1
Ibagué	9	9.3	2	10	10.3
<i>Profesiones</i>			3	50	51.5
Salud	25	25.8	4	32	33.0
Ciencias Económicas y Administración	17	17.5	5 y 6	3	3.1
Artes	5	5.2	<i>Enfermedad médica reportada</i>		
Ciencias Sociales	12	12.4	Sin enfermedad	67	69.1
Ingeniería	5	5.2	Gastrointestinales	7	7.2
Esteticista	5	5.2	Cardiovasculares	5	5.2
Personal administrativo	11	11.3	Otras y combinaciones	9	9.2
Otros	15	15.5	<i>Cirugías plásticas cosméticas en familiares</i>		
	X	D.E.	Sí	46	47.4
Edad	35	9.59	No	51	52.6
			Rango: 16 a 60		

Más de un tercio de los entrevistados, independientemente de haberse o no sometido a CPC o de su intención de someterse a otra más, mostraron baja aceptación de las CPC, seguidos por quienes tenían un nivel medio de aceptación. Ningún entrevista-

do mostró un alto rechazo a las CPC. En cuanto a la aceptación de las personas que se someten a CPC, se encontró que la mayoría de los participantes tenía una baja aceptación de tal cirugía, y que incluso mostraba algún nivel de rechazo (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los factores relacionados con la CPC.

Variables	Sí		No		Variables	f	%
	f	%	f	%			
<i>Personas con cirugía</i>					<i>Motivación cirugía</i>		
Satisfacción con resultados	41	82	9	18	Mejorar la imagen	41	82
Cambios en la satisfacción	21	42	29	58	Otros	9	18
<i>Niveles aceptación CPC</i>					<i>Acept. personas con CPC</i>		
Aceptación baja	35	36.1			Aceptación baja	43	44.3
Aceptación media	27	27.8			Aceptación media	21	21.6
Aceptación alta	5	5.2			Aceptación alta	10	10.3
Rechazo bajo	18	18.6			Rechazo bajo	13	13.4
Rechazo medio	11	11.3			Rechazo medio	9	9.3
Rechazo alto	0	0			Rechazo alto	1	1.0

La media del IMC obtenido en esta muestra fue de 23.73 y la desviación estándar de 3.04. La mayoría de la muestra tenía un peso normal, seguida por una quinta parte con sobrepeso y muy pocos

con obesidad mórbida; adicionalmente, las personas se percibían en general como menos pesadas de lo que realmente eran, con un promedio de un kilo por abajo. Teniendo en cuenta los puntajes ob-

tenidos en el EAT-26, en la Tabla 3 se muestra el riesgo de presentar TCA. Frente a los factores del EAT, se encontró que la PGP y la POC alcanzaron medias más altas que la PCCA1 y la bulimia. En

cuanto a la variable optimismo/pesimismo disposicional se halló una marcada tendencia al optimismo, siendo similares los estilos de afrontamiento.

Tabla 3. Descripción antropométrica y variables psicológicas.

Variables	X	D.E.	Min.	Max.	Variables	f	%
<i>Medidas</i>					<i>Nivel de peso</i>		
Talla	1.59	0.05	1.46	1.75	Bajo	0	0.0
Peso	59.74	7.89	45.00	81.00	Normal	69	71.1
IMC real	23.73	3.04	18.52	33.33	Sobrepeso	21	21.7
IMC percibido	22.70	2.74	16.94	31.56	Obesidad	4	4.1
<i>Estilos de afrontamiento</i>					Obesidad mórbida		
Centrado solución del problema	1.78	0.45	0.70	2.70	<i>Datos perdidos</i>		
Centrado en la emoción	1.66	0.48	0.59	2.55			
<i>Optimismo</i>					<i>Niveles de riesgo de TCA</i>		
Optimismo disposicional	14.90	2.80	6	20	Bajo riesgo	16	16.5
Sesgo optimista no realista	3.20	1.95	0	9	Normal	66	68.0
<i>Pesimismo</i>	1.95	1.60	0	8	Riesgo alto	11	11.3
<i>Factores del EAT</i>					Población clínica		
Preocupación ganancia de peso	15.77	6.26	6	30			
Preocupación cantidad calorías alimentos	9.30	4.10	4	20			
Preocupación obsesiva comida	10.06	4.15	5	24			
Bulimia	8.23	1.85	5	18			
Preocupación social ganancia peso	5.97	3.11	3	14			

En el análisis de correlaciones se encontraron relaciones directas y estadísticamente significativas entre la edad y la aceptación de las personas que se someten a CPC, el IMC real y la aceptación total; entre el IMC real, la magnitud del deseo de cambio y la preocupación por la ganancia de peso; entre las enfermedades psicológicas reportadas y la preocupación obsesiva por la comida, la bulimia, la preocupación social por la ganancia de peso y el riesgo de TCA, y entre la conducta de someterse a la CPC y los motivos para no practicarse la operación.

Se encontró una correlación significativa pero inversa entre la conducta de someterse a la CPC, la preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos y la aceptación total, y entre el hecho de que un familiar se hubiera sometido a la CPC y la conducta de someterse a tal cirugía (Tabla 4). Cabe anotar que, teniendo en cuenta que este estudio tuvo un carácter semiexploratorio debido a la limitada existencia de referencias al respecto, se consideraron los índices de correlación por encima

de 0.3, que resultasen estadísticamente significativos, y con probabilidad menor o igual a 0.05, tal como se acostumbra en las ciencias sociales.

Comparación de grupos

Con el fin de establecer diferencias en las variables psicosociales entre los grupos poblaciones determinados para la investigación y clasificados de la siguiente manera: G1, personas sin cirugía y sin motivación para hacerlo; G2, personas sin cirugía y con motivación para hacerlo; G3, con cirugía sin motivación para repetir, G4, con cirugía con motivación para repetir, y G5, sin cirugía, se llevó a cabo un ANOVA con p de 0.05 y *post hoc*, hallándose diferencias significativas: G1 reportó mayor aceptación de las personas que se someten a CPC que G4, pero menor que G2 y G5; G3 presentó mayor PGP que G1; G4 reportó mayor PCCA1 que G2 y G5, y además un mayor riesgo de TCA que G2 (Tabla 5).

Tabla 4. Descripción de datos de correlación entre variables.

Variables	Cirugía	Edad	IMC real	Enfermedad psicológica	Cirugía familiar	Preocupación social por ganancia de peso
Cirugía	–	–	–	–	–0.33**	–
Motivos para no someterse a cirugías	0.36**	–	–	–	–	–
Aceptación de las personas con cirugía	–	0.32**	–	–	–	–
IMC real	–	0.50**	–	–	–	–
Magnitud del cambio	–	–	0.32**	–	–	–
Preocupación por la ganancia de peso	–	–	0.30**	–	–	–
Preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos	–0.36**	–	–	–	–	–
Preocupación obsesiva por la comida	–	–	–	0.31**	–	–
Bulimia	–	–	–	0.42**	–	–
Enfermedad psicológica reportada	–	–	–	–	–	0.32**
Riesgo de TCA	–	–	–	0.33**	–	–
Aceptación total	–0.31**	0.32**	–	–	–	–

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

(–) Indica correlaciones inversas.

Tabla 5. ANOVA de grupos categorizados según sometimiento a CPC y motivación a repetir.

Variable	F	Sig.
Aceptación de CPC	5.242	.001
Aceptación de las personas con CPC	6.989	.000
PGP	3.545	.010
PCCAI	7.053	.000
Riesgo de TCA	4.231	.003

Se llevaron a cabo dos análisis *post hoc* adicionales teniendo en cuenta la siguiente agrupación: personas sin cirugía, personas con cirugías mayores (abdomen, nalgas, muslos, senos, piernas y genitales), personas con cirugías menores (párpados, orejas, barbilla, cuello y nariz) y personas con cirugías mayores y menores. Las personas con cirugías mayores mostraron una menor aceptación de las personas con CPC que quienes no se habían sometido a cirugías, y quienes se habían sometido a cirugías menores y ambos tipos de cirugías mostraron una mayor aceptación de las personas con CPC que quienes no se habían sometido. Respecto de la PGP, se encontraron diferencias significativas entre quienes se habían sometido a cirugías mayores y quienes no se habían sometido a estos procedimientos. Estos dos grupos también se dife-

renciaron en cuanto a la PCCAI y el riesgo de presentar TCA (Tabla 6).

Tabla 6. ANOVA de grupos categorizados de grupos según el tipo de cirugía.

Variable	F	Sig.
Aceptación de las personas con CPC	6.174	.001
PGP	3.551	.017
PCCAI	4.153	.008
Riesgo de TCA	3.209	.027

En otra comparación realizada según el número de CPC al que se habían sometido, se encontró que en la aceptación de las personas que se someten a CPC hubo diferencias significativas entre quienes no se habían sometido a estos procedimientos (menor aceptación) y quienes se habían sometido a una o dos cirugías. Acerca de la PGP, hubo diferencias significativas entre quienes no se habían sometido a estos procedimientos (menor preocupación) y quienes se habían sometido a tres o cuatro cirugías. Con respecto al riesgo de TCA, se encontraron diferencias significativas entre quienes no se habían sometido a estos procedimientos (menor riesgo) y quienes se habían sometido a tres o cuatro operaciones. No se evidenciaron diferencias intergrupo respecto a otras variables, tales co-

mo optimismo/pesimismo, afrontamiento e imagen corporal (Tabla 7).

Tabla 7. ANOVA de grupos categorizados de grupos según el número de cirugías.

Variable	F	Sig.
Aceptación de las personas con CPC	6.190	.001
PGP	3.611	.016
Riesgo de TCA	3.538	.018

Modelo predictivo

La Figura 1 representa el modelo predictivo encontrado en la muestra de estudio para la aceptación de CPC. La varianza explicada fue de 26%, lo cual es aceptable en los estudios de ciencias sociales, además de ser este un estudio sin antecedentes empíricos sólidos que tengan en cuenta todas las variables consideradas actualmente. A partir de la interpretación de los R y R² o pesos de regresión aportados por cada variable, y para facilitar su comprensión, se transforman en pesos DE de varianza aportados, multiplicándolos por 100. Las variables incluidas, cada una con su peso de regresión, son a saber: preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos, preocupación obsesiva por los alimentos, afrontamiento centrado en la búsqueda de soporte social, edad, bulimia, afrontamiento centrado en la evitación y optimismo disposicional. Se considera que el modelo empírico se ajusta al modelo teórico propuesto previamente. Para el caso de los pesos relativos de varianza negativos, se debe leer como una relación indirecta entre las variables, es decir, que la baja preocupación obsesiva por la comida aporta 25% a la explicación de la varianza en los casos de alta aceptación de las CPC.

La Figura 2 representa el modelo predictivo para la conducta de someterse a CPC. El total de varianza explicada fue de 24%, lo que es aceptable en los estudios en ciencias sociales. Las variables incluidas en el modelo y su peso de regresión son las siguientes: aceptación total y preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos, edad, estilo de afrontamiento centrado en la búsqueda de soporte social, preocupación obsesiva por la comida, magnitud del deseo de cambio, optimismo disposicional, bulimia y estilo de afrontamiento centrado en la evitación.

Figura 1. Modelo predictivo de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas.

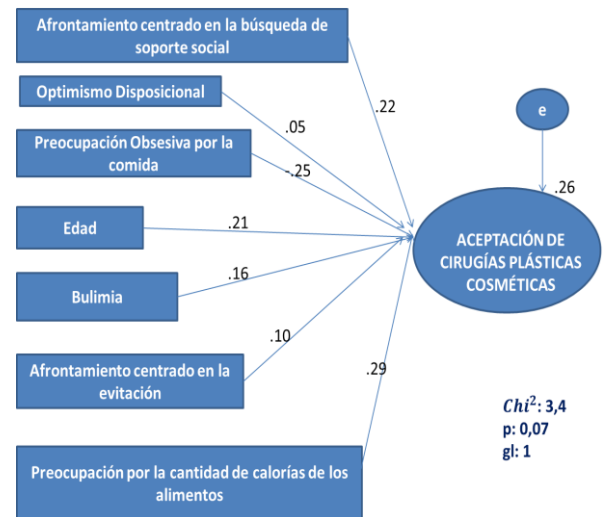
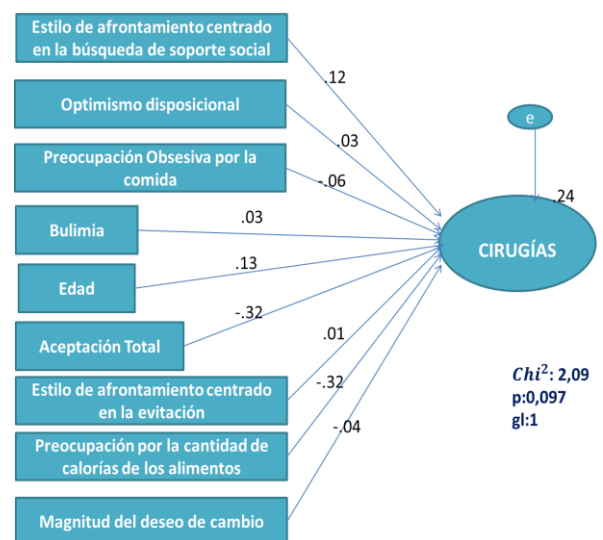


Figura 2. Modelo predictivo para la conducta de someterse a cirugías plásticas cosméticas.



DISCUSIÓN

La muestra incluida en la investigación procedía mayoritariamente de dos de las ciudades principales del país y fue predominantemente constituida por mujeres. En cuanto al IMC, se encontraron porcentajes de sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida significativamente por debajo de lo reportado para la población colombiana en la Encuesta Nacional de Salud de 2007, realizada por el Ministerio de Protección Social (2010), y en la Encuesta

Nacional de la Situación Nutricional en Colombia hecha por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010); sin embargo, es preciso tener en cuenta el tamaño de la muestra y la inclusión de personas que se sometieron a cirugías plásticas cosméticas o que tenían aceptación frente a éste y otros procedimientos estéticos, ya que las mismas pueden tener una mayor preocupación por su apariencia física en general, atractivo físico y peso, lo que aumenta la probabilidad de conductas tendientes a reducir el peso.

En relación al riesgo de presentar TCA, la población mostró un porcentaje de riesgo alto o de inclusión en lo que se definió como población clínica superior a lo reportado por el Estudio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Protección Social, 2003) para ocurrencia de TCA alguna vez en la vida en mujeres (0.5%). Dicho porcentaje fue menor que el hallado por Hernández y Londoño (2010) en población adolescente y joven colombiana (30%), lo que podría explicarse por las diferencias de edad y sexo de las muestras utilizadas. La mayor parte de las investigaciones se ha hecho en población adolescente, pues se sugiere que la edad pico para el desarrollo de TCA se ubica entre los 10 y 20 años de edad. En esta línea, el Ministerio de Protección Social (2010), en su estudio sobre la salud mental del adolescente en el país, encontró una prevalencia de anorexia y bulimia alguna vez en la vida de 0.2% y 0.6%, respectivamente, sobre todo en mujeres.

A pesar de que el porcentaje de riesgo de TCA encontrado en esta investigación no fue significativamente alto en comparación con el evidenciado en poblaciones más jóvenes, es importante anotar que algunas investigaciones también han mostrado que en mujeres de entre 20 y 40 años de edad el riesgo y prevalencia de TCA son significativamente altos, en especial los diagnósticos del espectro de la bulimia (Álvarez, Nieto, Mancilla, Vásquez y Ocampo, 2007; Gauvin, Steiger y Brodeur, 2009); sin embargo, las investigaciones sugieren que la sintomatología o riesgo de TCA va disminuyendo con la edad aun en mujeres inmersas en contextos sociales en los que el riesgo es mayor debido a las relaciones interpersonales o a las presiones sociales sobre la delgadez y la imagen corporal. Esta menor sintomatología ha sido asociada con la flexibilización de los están-

dares de perfeccionismo propios del proceso de maduración y la disminución de la diferencia entre la autoimagen deseada y la real (Landa y Bybee, 2007).

El nivel de riesgo encontrado en la muestra puede estar relacionado con una mayor interiorización de los ideales de delgadez, sobre todo en las relaciones interpersonales, y por tanto con su influencia en la imagen corporal, lo que ya había sido sugerido por Álvarez et al. (2007) y Álvarez, Franco, López, Mancilla y Vásquez (2009) en mujeres mexicanas. No obstante, es preciso llevar a cabo más investigación al respecto, ya que la confirmación de esta posible explicación de los resultados sobrepasa los límites del presente trabajo. Adicionalmente, confirmaría la relación entre edad, aceptación de las personas que se someten a CPC, predicción de la aceptación y realización de la cirugía.

Sin duda, no solo las adolescentes están bajo la influencia de la publicidad que promueve ideales de delgadez y belleza, de la proliferación de establecimientos de estética y del desarrollo de nuevas técnicas de intervención a menor costo; también las mujeres mayores están expuestas a dichas influencias, y podría pensarse que en este caso la preocupación por la delgadez se orienta a conservar la juventud. De manera similar a los hallazgos de Álvarez et al. (2007), no se encontró relación entre el riesgo de TCA y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, pues en dicha investigación una tercera parte de las mujeres estaban en riesgo de TCA y solo 17% mostraba insatisfacción corporal.

Se encontró una relación entre el riesgo de TCA y la magnitud del cambio deseado de la imagen corporal, referido principalmente al deseo expresado de perder volumen; aun personas satisfechas con su imagen expresaban el deseo de variar su cuerpo, lo que podría explicarse por el hecho de que algunas mujeres estaban satisfechas con su imagen corporal general mas no con algunas partes de su cuerpo, condición que las llevaba a desear una figura diferente a la que tenían (Didie y Sarwer, 2003; Sarwer et al., 2003); adicionalmente, desear una figura distinta asociado a un IMC alto puede motivar la aparición de conductas alimentarias de riesgo debidas a una mayor preocupación por la ganancia de peso. Teniendo en cuenta lo re-

portado por Hernández y Londoño (2010), es probable que esta mayor preocupación por tal ganancia esté relacionada con la exigencia social sobre la apariencia física de la mujer, con los estándares de belleza y de delgadez y, por supuesto, con la interiorización que las mujeres hacen de los mismos para cumplirlos y obtener así el reconocimiento social y afectivo, incluso a costa de su propia salud.

La preocupación social por la ganancia de peso y la ansiedad obsesiva por la comida se asociaron indirectamente con los estilos de afrontamiento evitativos, contrariamente a lo hallado en otras investigaciones (Engler et al., 2006; Ghaderi y Scott, 2000; Hernández y Londoño, 2010; Markey y Wal, 2007); es decir, las personas con mayor puntuación en estos factores mostraron un menor uso de estrategias de afrontamiento evitativo (fantasías, búsqueda de soporte social y autoculparización). Esta diferencia entre el uso de estrategias de afrontamiento de la muestra y lo reportado en la bibliografía podría explicarse por el hecho de que por lo general las investigaciones han tendido a utilizar únicamente la subescala de estrategias de afrontamiento evitativo, mientras que en el presente estudio se aplicó la escala completa, sumado a que la población era principalmente adulta y predominantemente optimista disposicional; por ello, habría un menor uso de estrategias de tipo evitativo, tal como se explica a continuación.

Podría considerarse que las personas con altos niveles de preocupación por la cantidad de calorías en los alimentos tienen una mayor motivación para someterse a procedimientos estéticos no quirúrgicos, pues creen que estos les permitirán de manera inmediata y directa acercarse a la obtención de la imagen corporal deseada, al tiempo que evitan involucrarse en procesos de cambio conductual que implican un elevado costo comportamental porque requieren modificaciones permanentes en la alimentación y la práctica de actividades físicas. Sin embargo, es necesario contrastar estos hallazgos con nuevos estudios debido a la escasa investigación hecha al respecto.

La población mostró mayor tendencia al optimismo disposicional, esto es, a esperar resultados positivos teniendo en cuenta el contexto y la emisión de conductas que hagan posible lograr esos resultados positivos. Se encontró que las personas

más optimistas mostraron menor preocupación obsesiva por la comida, ausencia de enfermedad psicológica, mayor tendencia a afrontar los problemas a través de la búsqueda de soporte social y mayor aceptación de CPC. Concordantemente, Ortiz, Ramos y Vera (2003), Hatchett y Park (2004) y Carver, Scheier y Segerstrom (2010) han propuesto que las personas más optimistas muestran estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas y a la búsqueda de un soporte social instrumental, pues el hecho de que tengan expectativas positivas sobre el futuro y su capacidad para afrontarlo (Augusto, Aguilar y Salguero, 2008) los lleva a realizar esfuerzos activos por cambiar la situación o ajustarse a ella, lo que redundaría en el hecho de que presenten menores niveles de estrés, mejor salud psicológica y menor sintomatología física, contrario a lo que sucede con los pesimistas disposicionales (Londoño, 2009; Martínez et al., 2006; Remor et al., 2006). La menor preocupación obsesiva por los alimentos podría explicarse por la posibilidad de que estas personas tengan una dieta más saludable, lo que conlleva asimismo una menor preocupación por el contenido calórico de los alimentos y su impacto en la salud. Aun así, no hay investigaciones que permitan entender la relación entre el optimismo y la aceptación de CPC.

Por otra parte, se encontró que las personas más pesimistas tenían una mayor preocupación obsesiva por la comida, estaban más frecuentemente insatisfechas con su imagen corporal y mostraban una tendencia menor a afrontar los problemas mediante la reducción de la emoción. En cuanto a la insatisfacción con su imagen, es probable que los pesimistas evalúen su figura corporal con parámetros más estrictos, sean menos persistentes en la ejecución de conductas saludables o permitan el control a largo plazo del peso, se consideren menos capaces de llevar a cabo de manera efectiva estas acciones (baja autoeficacia) o tengan bajas expectativas acerca de la efectividad de la conducta para controlar el peso o mejorar la imagen.

En lo tocante a la presencia de malestar físico, psicológico o psiquiátrico, se halló que en general la población reportó estar sana; sin embargo, quienes indicaban enfermedad psicológica o psiquiátrica mostraron un mayor riesgo de TCA y, por tanto, mayores puntajes en algunas subesca-

las del EAT; en especial las relacionadas con la bulimia y la preocupación obsesiva por la comida. En contraposición, quienes reportaron mayor tendencia a usar estrategias de afrontamiento centrado en la solución de problemas indicaron ausencia de enfermedad psiquiátrica, confirmando así la relación entre antecedentes psiquiátricos y psicológicos y estrategias de afrontamiento que Gómez y McLaren (2006) y Aldridge y Roesch (2007) ya habían evidenciado.

Aceptación de cirugías plásticas cosméticas

El motivo más frecuentemente reportado por las personas para realizarse CPC fue el deseo de mejorar la imagen o la figura corporal y así sentirse más cómodas con su cuerpo y consigo mismas, lo que confirma que la imagen corporal es una de las razones principales para someterse a este tipo de procedimientos (Didie y Sarwer, 2003; Sarwer et al., 2003; Von Soest et al., 2006). Igualmente, llevar a cabo una acción dirigida a solucionar dicha incomodidad con el cuerpo mejoraba la satisfacción con la imagen; de hecho, quienes se habían sometido a CPC estaban más satisfechos con su imagen. Estas mismas personas manifestaban una tendencia mayor a utilizar estrategias de afrontamiento dirigidas al problema; es decir, que probablemente la cirugía fue valorada por ellas como un medio lícito para alcanzar prontamente el cambio corporal deseado y solucionar por ende la insatisfacción, aun cuando en algunos grupos sociales este tipo de procedimientos sean valorados como no aceptables o inmorales.

Con respecto a que al menos la mitad de las personas sometidas a CPC y que además mostraban una alta aceptación reportaron una historia familiar de sometimiento a CPC, es importante notar que son los familiares quienes facilitan información directa acerca de los procedimientos, sus alcances, el grado de manejo de los efectos secundarios y los cuidados postoperatorios, los que parecen ser aspectos importantes que ya se habían evidenciado en investigaciones como la de Brown et al. (2007). Pese a ello, una proporción muy similar no reportó antecedentes familiares con CPC, lo que conduce a reiterar la necesidad de realizar otros estudios al respecto en los que se aborden ciertos

aspectos de la familia, como las creencias y prácticas en torno a la figura y la imagen corporal.

Adicionalmente, estas personas podrían estar bajo la influencia de creencias normativas, mismas que se entienden como las expectativas percibidas acerca de lo que su grupo de referencia (u otros significativos) espera que se haga en ciertas situaciones; lo anterior se suma a la motivación para cumplir o la intención que pueden tener de satisfacer los deseos de su grupo de referencia ante una conducta en particular (norma subjetiva), que en este caso es el sometimiento a CPC a fin de obtener resultados positivos en la imagen corporal y el peso (expectativa de resultados) (Ajzen, 2001; Conner y Spark, 1998).

En general, no hay investigaciones que evalúen el afrontamiento en las personas que se someten a CPC o que muestren intención de hacerlo, en comparación con quienes no lo han hecho o no les interesa. Por tanto, los resultados de este estudio deben ser vistos como preliminares ya que ameritan una mayor profundización. No obstante, es importante anotar que quienes tenían menos motivos para someterse a CPC mostraron una tendencia menor a afrontar problemas mediante la evitación, lo que puede explicarse por el hecho de que, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1983), se perciben en condiciones de poder controlar la situación y el peso y, por consiguiente, se orientan a encontrar las estrategias conductuales que les hacen posible erradicar el problema, ya que ven la CPC como un procedimiento riesgoso o innecesario.

Por otra parte, se encontró que la búsqueda de soporte social como estrategia de afrontamiento se relacionó con mayor aceptación tanto de las personas que se someten a CPC como con las propias CPC, lo que podría explicarse por el hecho de que este tipo de afrontamiento implica que quienes tienden a utilizarlo evalúan como valiosa e importante la opinión e intereses de su grupo significativo, es decir, que dan mayor peso a la creencia normativa y tienen mayor motivación para su cumplimiento (norma subjetiva) (Conner y Spark, 1998). Lo anterior, sumado a la percepción de eficacia en la solución de problemas que asignan a los integrantes de su grupo de soporte social, conlleva aceptar más este tipo de conductas (sometimiento a CPC) y de quienes las llevan a cabo. Igualmente,

el soporte social implica además la búsqueda de profesionales percibidos como personas capaces de solucionar problemas relacionados con la salud en cuanto que brindan el soporte emocional e instrumental requerido por el sujeto que se considera carente de este tipo de estrategias (Lazarus y Folkman, 1983; Lugli y Vivas, 2006). En esta medida, es probable que quienes muestran mayor tendencia a buscar soporte social no solo tienen una norma subjetiva más fuerte, sino que además muestran una tendencia también mayor a buscar profesionales (cirujanos) que les brinden el soporte instrumental que a su juicio necesitan.

Un resultado que puede ser visto como contradictorio es el hecho de que las personas con mayor aceptación de CPC no se habían sometido a ellas. De acuerdo con el reporte dado en las entrevistas, las razones principales fueron la falta de dinero para pagar el procedimiento, el miedo a los efectos secundarios de la cirugía –como los daños a la salud o la posibilidad de morir–, seguidas de la consideración de que existen otras formas de controlar el peso y mejorar la imagen corporal. La explicación de este hallazgo puede ofrecerse desde la perspectiva de los modelos cognitivos sociales de predicción de conductas saludables, que diferencian la actitud de la intención de realizar una conducta; por una parte, la intención o motivación se relaciona con la generación consciente de un plan de acción preliminar, y por la otra, la actitud es resultado de las creencias relevantes sobre el comportamiento y la percepción de sus consecuencias; en otras palabras, es la suma de las evaluaciones o juicios de valor que el individuo hace de la conducta en términos de bien y mal o correcto e incorrecto.

Excluyendo a quienes aceptaban las CPC y que por razones económicas no se habían sometido a ellas o no lo harían, es probable que quienes tuvieron una actitud positiva hacia el comportamiento (sometimiento a CPC) y que lo valoraron como deseable o bueno aún no habían desarrollado la intención de someterse a estos procedimientos, ya que la expectativa de obtener resultados no deseables es alta (complicaciones o muerte) o existen otras conductas menos riesgosas que pueden reportar resultados similares y más estables (Ajzen, 2001; Conner y Spark, 1998; Flórez,

2005, 2007; Olivar y Carrero, 2007; Rubio y Flórez, 2009; Weinstein, 1988; Weinstein y Sandman, 1992).

Diferencias intergrupos

La aceptación de CPC diferenció a quienes no se habían sometido a ellas –pero lo harían si tuvieran la oportunidad– de quienes no lo habían hecho, no estaban interesados en hacerlo o no tenían claro si lo harían, lo que podría explicarse por el hecho de que la mayor aceptación de una conducta depende del juicio positivo que se hace de la misma; a su vez, este juicio positivo o creencia está determinado por la experiencia previa, directa o indirecta, que el individuo haya tenido con la misma (Carpi y Breva, 2001); por tanto, quienes ya se habían sometido a este tipo de procedimiento y valoraron la experiencia como positiva en relación con las implicaciones médicas y los resultados físicos y sociales esperados, tendrían una mayor tendencia a evaluar esta conducta como positiva, buena o beneficiosa.

Quienes se habían sometido a este tipo de procedimientos y no lo repetirían se diferenciaron de quienes no se habían sometido a CPC y no lo harían o no sabían si lo harían, por mostrar una mayor aceptación de las CPC, lo que se explica por el hecho de que estas personas, a partir de su experiencia previa con el procedimiento, seguían teniendo una actitud favorable ya que les había permitido obtener los resultados esperados; sin embargo, la intención conductual ya no era vigente debido quizás a que habían logrado mantener el resultado o evaluaban como más significativos los costos conductuales del mismo (postoperatorio y recuperación, entre otros), mientras que quienes no se habían sometido a CPC no tenían una experiencia previa que les hiciera posible hacer una evaluación completa de los costos y beneficios de la conducta; de ahí que la intención conductual aún no fuese la mínima necesaria para hacerlo.

Como se mencionó anteriormente, mostrar actitud positiva hacia una conducta puede influir en la actitud positiva que se tiene de quienes son capaces de ejecutarla. En este caso, mostrar una actitud positiva hacia las CPC puede favorecer la evaluación (actitud) positiva en quienes se some-

ten a ellas, condición que puede explicar el hecho de que los que se habían sometido a CPC aceptaban más las personas que se sometían a estos procedimientos, en comparación con quienes no lo habían hecho ni tenían la intención conductual de hacerlo. Igualmente, podría explicar la diferencia entre quienes, sin haberse sometido a estos procedimientos, mostraban la intención conductual de hacerlo, frente a quienes no tenían esa intención o estaban indecisos.

En cuanto a la preocupación por la ganancia de peso, la cantidad de calorías de los alimentos y el riesgo de TCA, las personas que se habían sometido a CPC y lo harían nuevamente se diferenciaron de quienes no se habían sometido pero lo harían; adicionalmente, se diferenciaron de quienes no sabían si lo harían debido a la preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos. Estos resultados pueden deberse al hecho de que tales personas se hallaban interesadas en mantener los resultados obtenidos en cuanto al peso, la imagen corporal y el refuerzo social. Sin embargo, cabe preguntarse si había este mayor riesgo de TCA antes de someterse a la cirugía y fue uno de los motivadores para someterse a estos procedimientos, o si el mantenimiento de los resultados del procedimiento puede provocar un aumento casi obsesivo de la preocupación por la imagen, el peso y las cantidades de calorías en los alimentos. De ser así, es urgente desarrollar estrategias de soporte postoperatorio que hagan factible incorporar estilos de vida saludables sin que se conviertan en el centro de la vida de las personas. Sin duda, este es un campo que requiere mayor exploración, por lo que se sugieren más estudios en dicha área.

En cuanto a la mayor tendencia a un sesgo optimista no realista en quienes no se habían sometido a CPC y no lo harían, frente a quienes no saben si lo harían, es probable que los primeros estuviesen esperando cambios en su imagen y en su peso derivados de acciones que no requirieran de su intervención o que no ameritasen una acción directa por parte de ellos, mientras que los segundos no estaban seguros de los resultados positivos que se pueden obtener con estos u otros procedimientos. Aun así, dados el tamaño de la muestra y la forma de selección, es necesario conducir nuevas investigaciones al respecto.

Quienes se habían sometido a procedimientos quirúrgicos mayores o en zonas cuya recuperación implica más tiempo y riesgo mostraron una actitud más positiva hacia las cirugías que quienes no se habían sometido a estos procedimientos, debido probablemente a que los cambios evidenciados en su apariencia o peso fueron significativos, y por ello el refuerzo social y la aprobación de los pares o de la pareja fueron mayores, lo que les permitía evaluar como totalmente positiva la experiencia y los propios procedimientos, mientras que es probable que quienes no se habían sometido aludieran como razón para no hacerlo una evaluación negativa hacia los mismos; de manera similar, es necesario hacer mayores estudios en este ámbito. Quienes se habían sometido a cirugías mayores, menores o a ambas manifestaron una mayor aceptación hacia las personas que se someten a estos procedimientos, en comparación con quienes no lo habían hecho, probablemente porque al tener experiencias cercanas con esos procesos y los costos conductuales que implican hacían una evaluación más positiva y valoraban a los primeros como seguros, valientes y positivos.

Se encontró que las personas que se habían sometido a procedimientos mayores presentaban un IMC mayor que quienes se habían sometido a procedimientos menores; sin embargo, ante este hecho sería importante evaluar a futuro si ese IMC ya era mayor antes de las cirugías y fue la razón por la cual se sometieron a dichos procedimientos, en comparación con quienes habían experimentado cirugías menores, los que probablemente no consideraron otro tipo de intervención porque tenían un IMC menor.

Quienes se habían sometido a procedimientos quirúrgicos mayores se diferenciaron de quienes no se habían sometido a los mismos, toda vez que los primeros reportaron tener mayor preocupación por la ganancia de peso y por la cantidad de calorías de los alimentos, y mostraron un mayor riesgo de TCA probablemente por el temor de perder los resultados obtenidos en su peso e imagen corporal. No obstante, es importante evaluar estas condiciones en personas consideradas como posibles usuarios de procedimientos quirúrgicos estéticos. Una de las hipótesis a este respecto es que la CPC implica una conducta compensatoria en

personas con TCA o con riesgo de este tipo de diagnóstico, pero es preciso adelantar estudios al respecto que permitan contrastar esta y otras hipótesis, tal como se ha anotado a lo largo del texto.

Por último, someterse a más de una CPC aumenta la aceptación de las cirugías y de las personas que se someten a ella, debido posiblemente a la experiencia positiva con el procedimiento y a la obtención de los resultados esperados. Igualmente, quienes se sometieron a tres o cuatro cirugías mostraron una mayor preocupación por la ganancia de peso y mayor riesgo de TCA que quienes no se habían sometido a estos procedimientos; cabe preguntarse una vez más si estas condiciones no se encontraban antes y fueron precisamente las causantes de que dichas personas se sometieran a más de una cirugía y que probablemente continuasen insatisfechas con su imagen corporal.

Respecto al afrontamiento centrado en la evitación, este fue mayor en quienes se sometieron a tres o cuatro cirugías que en quienes se sometieron a cuatro o más, quizá porque los primeros continuaban mostrando una mayor tendencia a negar la existencia de un problema que requiriera un cambio conductual, en comparación con quienes se habían sometido a más procedimientos al reconocer que necesitaban más cambios.

Modelo predictivo de aceptación de cirugías plásticas cosméticas

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, no se acepta la hipótesis de que existe una relación predictiva y estadísticamente significativa entre el riesgo de padecer TCA y la aceptación de CPC, modulada por la satisfacción con la imagen corporal, el estilo de afrontamiento y el optimismo o pesimismo en población colombiana de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 15 a 50 años de edad, con p igual o menor a 0.05, ya que el riesgo de TCA no predice la aceptación de cirugías plásticas cosméticas ni está siendo modulada por las variables propuestas en la hipótesis.

Los análisis estadísticos indicaron que el factor 2 del EAT-26-M o la preocupación por la cantidad de calorías en los alimentos mostró ser la variable con mayor valor predictivo para la aceptación de las CPC, lo que podría explicarse por el hecho de que estas personas, al estar pendientes

frecuentemente de las calorías de sus alimentos, son más susceptibles de identificar estrategias que les permitan reducir el impacto que estas puedan tener sobre su cuerpo o su peso. Por lo anterior, pueden tener expectativas positivas de que tales intervenciones pueden disminuir el peso, mejorar la imagen corporal y aumentar el control sobre el atractivo y la belleza personal, lo que redundaría en su mayor aceptación y la de quienes se los practican (Ajzen, 2001; Conner y Spark, 1998).

La segunda variable con mayor valor predictivo fue el factor de preocupación obsesiva por la comida del EAT-26-M; sin embargo, la relación fue inversa, lo que puede explicarse por el hecho de que quienes se preocupan obsesivamente por la comida pueden percibir que la conducta de someterse a cirugías plásticas cosméticas tendrá un mayor costo de respuesta y un mayor número de barreras que la simple preocupación por la comida (Conner y Spark, 1998; Schwarzer y Fuchs, 1998; Schwarzer, Lippke y Luszczynska, 2011). Adicionalmente, los ítems relacionados con esta variable están básicamente enfocados a la valoración que las personas hacen de la comida y al control que le otorgan frente a su vida y sus actividades cotidianas, por lo que es posible que haya una sobrecarga afectiva que impacta negativamente en lo que se piensa y la valoración que se hace de los procedimientos quirúrgicos de corte conductual y de quienes se someten a ellos.

La sobrecarga afectiva puede sugerir la búsqueda de estrategias de afrontamiento de tipo emocional y no para resolver problemas, por lo que probablemente estas personas emiten conductas tendientes a reducir su emoción, más que a solucionar el problema (Lazarus y Folkman, 1983). Por otra parte, es probable que el problema percibido no se relacione directamente con el peso, la imagen o la belleza, sino con la ingesta alimentaria como tal, para lo que las posibles soluciones no serían del tipo quirúrgico cosmético sino posiblemente la dieta o la restricción dietaria. Tener una población mayoritariamente femenina, de la cual la mitad se encontraba en una relación afectiva, sumado al hecho de que tales mujeres tuvieran profesiones primordialmente pertenecientes al área de la salud, hace más probable el aumento de la preocupación por la comida, en especial por aquello que se relaciona con la preparación de los alimentos

para el núcleo familiar; sin embargo, esta hipótesis deberá ser evaluada en investigaciones futuras.

Como se mencionó en el apartado anterior, es probable que quienes utilizan un afrontamiento basado en la búsqueda de soporte social (tercera variable con peso predictivo en el modelo) muestren una mayor norma subjetiva y, por ende, valoren como más importante la presión social y las expectativas conductuales que su grupo de soporte tiene ante sus conductas, con el hecho añadido de que su grupo de pares también se ha sometido a CPC o las acepta (Ajzen, 2001; Conner y Spark, 1998). En este sentido, es importante recordar el concepto de aprendizaje o experiencia vicaria propuesto por Bandura (1997), según el cual un individuo puede aprender del éxito o el fracaso de un modelo semejante a partir de la observación de la ejecución de una conducta y de sus posibles refuerzos o castigos. No solo se aprende un comportamiento, sino también las posibles habilidades que permitirán manejar las contingencias propias del medio. Por consiguiente, es posible que aquellas personas que tienen contacto con otras que ya se han sometido a un PCP puedan aprender las estrategias que les hagan posible manejar las consecuencias que el medio emitirá ante esta conducta, así como la emisión de la misma.

Adicionalmente, se observa que quienes se someten a este tipo de procedimientos minimizan los efectos negativos de la cirugía (dolor, proceso inflamatorio, dieta, efectos en la piel, cicatrización inadecuada) y maximizan los positivos (refuerzo social, obtención de resultados deseados, aumento del atractivo físico), por lo que es posible que quienes los rodean tengan una visión parcial de la experiencia asociada a la cirugía, en la que los aspectos positivos de la misma ganan valencia y aumenta por consiguiente la actitud positiva frente al comportamiento y a quienes lo emiten.

La edad resultó ser una variable predictora de la aceptación de las CPC, algo que ya se había encontrado en investigaciones anteriores, como la de Henderson-King y Henderson-King (2005), quienes reportaron que esta variable desempeña un papel predictor, en especial en la población femenina, en la que se aprecia que entre mayor edad tiene, más acepta este tipo de procedimientos. Posiblemente la explicación a este hecho radique en la tendencia de las mujeres adultas a tener en cuenta pro-

cedimientos y conductas que les hagan posible mantener su atractivo físico en una sociedad en la que cada vez más esta característica es un elemento determinante en las interacciones sociales y en las evaluaciones del grupo de referencia.

El factor de bulimia mostró un valor predictivo para la aceptación de CPC; los ítems correspondientes se relacionan con conductas propias de quienes padecen este problema, como las de tipo compensatorio (vómito) o la actitud positiva frente a la sensación de tener el estómago vacío, por lo que es probable que estas personas estén orientadas a la búsqueda de estrategias conductuales activas que les permitan tener un mayor control sobre su peso e imagen corporal, lo que redundaría en una actitud positiva ante esta conducta y sus resultados y ante quienes son capaces de emitirla. Adicionalmente, es probable que presenten un locus de control en el que se concede poder a otros sobre la propia salud (Norman y Bennett, 1998), por lo que se considera a los profesionales de la salud (cirujanos u otros) como capaces de tener un control sobre la salud, el peso y la belleza, mostrando así un juicio más positivo de estos procedimientos y de quienes se someten a ellos.

Las dos últimas variables son el afrontamiento centrado en la evitación y el optimismo disposicional (OD), pero no hay información que relacione estas variables con la CPC, según se mencionó anteriormente. Es probable que quienes tienen un tipo de afrontamiento centrado en la evitación evalúen la CPC como estrategia que permite disminuir las emociones negativas que el sobrepeso o la imagen corporal generan, y que por tanto valoren de una manera positiva esta conducta y asimismo a quienes se someten a la cirugía. Adicionalmente, es probable que consideren que es una conducta capaz de lograr los objetivos deseados.

En cuanto al OD, se sabe que las personas que lo muestran tienen una visión según la cual la probabilidad de obtener resultados positivos teniendo en cuenta los contextos y la emisión de conductas adecuadas es mayor que la de resultados negativos (Londoño, 2009; Scheier y Carver, 1985); en esta medida, quizá consideren la CPC como estrategias que las lleven a obtener los resultados deseados con una mayor probabilidad, y muestren así una actitud positiva respecto a la conducta de someterse a CPC y a quienes se someten a

ella. Igualmente, su tendencia al optimismo generará una mayor probabilidad de que estas personas tengan una intención conductual o emitan la conducta de someterse a CPC, tal como se evidencia en el modelo predictivo de esta conducta encontrado en la presente investigación.

Modelo predictivo de la conducta de someterse a cirugías plásticas

Se identificó el modelo predictivo para la conducta de someterse a CPC, hallándose que las variables que tienen un peso predictivo son las mismas que en el caso de la aceptación de CPC sumadas a dos variables. Para esta conducta, las relaciones y los pesos son diferentes a los identificados y explicados anteriormente.

Las variables con mayor peso predictivo fueron la aceptación total y la preocupación por la cantidad de calorías en los alimentos; sin embargo, estas relaciones son indirectas. En cuanto a la aceptación total –tal como se señaló en el apartado anterior–, el que una persona tenga una actitud positiva frente a una conducta no implica que tenga también una mayor intención de llevarla a cabo. Además, teniendo en cuenta la información obtenida a través de las entrevistas, algunas de las personas que ya se habían sometido a la CPC no estaban interesadas en hacerlo nuevamente, ya sea porque se sentían satisfechas con los resultados obtenidos o porque consideraban que no necesitaban estos procedimientos para lograr una mejor imagen corporal. Es posible que quienes tienen una mayor preocupación por la cantidad de calorías de los alimentos lleven a cabo acciones de control sobre su peso y, por tanto, no tengan la intención directa de someterse a este tipo de procedimientos, sobre todo si tienen en cuenta las barreras y consecuencias secundarias.

La magnitud del deseo de cambio, entendido como la diferencia entre la imagen percibida en la actualidad y la imagen corporal deseada, tuvo una relación indirecta con la conducta de someterse a CPC. Puede entenderse que entre mayor es el deseo de cambio, mayor será la inconformidad con la imagen corporal, pero esta relación predictiva está en contraposición con los hallazgos de otras investigaciones (Didie y Sarwer, 2003; Sarwer et al., 2003; Von Soest et al., 2006), según las

cuales la imagen corporal y la satisfacción con la misma (ya sea satisfacción con un área particular o con la imagen general) se relacionan directamente con una actitud más positiva hacia las CPC o con el posible sometimiento a este tipo de procedimientos. Sin embargo, es probable que quienes consideran que su imagen corporal actual está muy lejos de la ideal evalúen la CPC como una estrategia que no les hará posible obtener de forma rápida y eficiente su objetivo, y que por ello deben llevar a cabo otras conductas o cambios comportamentales que sean más efectivos, o que estas personas identifiquen un mayor número de barreras para la ejecución de dichos comportamientos.

Las variables de edad, bulimia, preocupación obsesiva por los alimentos, afrontamiento centrado en la solución de problemas o en la evitación y optimismo disposicional se relacionaron directamente con la conducta de someterse a CPC y con su aceptación, aunque con pesos predictivos distintos.

Limitaciones y futuras direcciones

Como la muestra se integró con familiares o conocidos que cumplieran los criterios de inclusión, este hecho pudo haber afectado los resultados mostrando una mayor correlación entre el hecho de someterse a CPC y tener familiares que hubieran mostrado dicha conducta.

Se diseñó un instrumento para evaluar la aceptación de CPC en la población, por lo que cabe anotar que aunque el instrumento fue validado de forma preliminar, es importante que sea sometido a nuevas evaluaciones para su aplicación en otras poblaciones y condiciones. No se logró hacer la aplicación con la cantidad total de personas planteadas al comienzo de la investigación. En este sentido, la participación de adolescentes y de población masculina se vio limitada, lo que podría haber afectado igualmente los resultados.

Es preciso llevar a cabo investigaciones con un número mayor de participantes, entre los cuales se incluyan varones, y que se estudien variables relacionadas con la personalidad o con diagnósticos de depresión y ansiedad, ambas estrechamente asociadas a la aparición de TCA.

Ya que en la discusión se incluyeron elementos propios de teorías que buscan predecir las conductas saludables, sería importante diseñar estudios que permitan corroborar las explicaciones dadas y que incluyan conceptos como autoeficacia, control percibido, norma subjetiva, actitud y lo-

cus de control, entre otros. Emplear población clínica con anorexia o bulimia podría aportar resultados diferentes a los de la presente investigación. Debe, por último, continuar evaluándose el optimismo/pesimismo disposicional y su relación con los diagnósticos de TCA y el sometimiento a CPC.

REFERENCIAS

- Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) (2009). *Documentos sobre riesgos e información para decisión de realizarse cirugías plásticas*. Washington: Autor. Disponible en línea: <http://www.fda.gov/cdrh/breastimplants>.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Aldridge, A. y Roesch, S. (2007) Developing coping typologies of minority adolescents: a latent profile analysis. *Journal of Adolescence*, Aug., 31(4), 499-517.
- Álvarez R., G., Franco P., K., López A., X., Mancilla D., J. y Vázquez A., R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 568-578.
- Álvarez R., G., Nieto, M., Mancilla, J., Vázquez, R. y Ocampo, M. (2007). Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas. *Psicología y Salud*, 17(2), 251-260.
- Anzengruber, D., Klump, K., Thornton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Johnson, C., Kaplan, A.S., LaVia, M., Mitchell, J., Strober, M., Woodside, D.B., Rotondo, A., Berrettini, W.H., Kaye, W.H y Bulik, C.M. (2006). Smoking in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 291-299.
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C. y Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatric*, 18, 365-368.
- Archila, D., García, D. y Londoño, C. (2005). Estrategias de afrontamiento y consumo de cigarrillo en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. *Experiencias Investigativas*, 2, 9-27.
- Augusto L., J., Aguilar L., M. y Salguero de U., M. (2008). El papel de la IEP y del optimismo/pesimismo disposicional en la resolución de problemas sociales: un estudio con alumnos de trabajo social. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 363-382.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. y Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144, 73-78.
- Boschi, V., Siervo, M., D'Orsi, P., Margiotta, N., Trapnaese, E., Basile, F., Nasti, G., Papa, A., Bellini, O. y Falconi, C. (2003). Body composition, eating behavior food-body concerns and eating disorders in adolescent girls. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 47, 284-293.
- Brown, A., Furnham, A., Glanville, L. y Swami, V. (2007). Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 27, 501-508.
- Campayo, M., Fernández, L., Rodríguez, T. y Martínez S., F. (2005). Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(2), 59-64.
- Carpi, A. y Breva, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(7).
- Carver, S., Scheier, M. y Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Castrillón, D., Luna, I. y Aguirre A., D (2007). Validación del Abbreviated Eating Attitudes Test (Escala Abreviada y Modificada de las Actitudes Alimentarias) EAT-26-M para la población colombiana. En A. Ferrer y Y. Gómez (Comps.): *Evaluación e intervención en niños y adolescentes: investigación y conceptualización* (pp. 93-116). Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(03), 554-550.
- Conner, M. y Spark, P. (1998). The theory of planned behaviour and health behaviours. En M. Conner y P. Norman, (Eds.): *Predicting health behaviour* (pp. 121-162). Buckingham, UK: Open University Press.
- Crerand, C., Franklin, M. y Sarwer, D. (2008). Patient safety: body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 122(4), 1-15.
- Crerand, C., Infield, A. y Sarwer, D. (2007). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic Surgical Nursing*, 27(3), 146-154.

- Didie, E. y Sarwer, D. (2003). Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women's Health, 12*(3), 241.
- Echeburúa, E. y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual, 9*, 513-525.
- Engler, P., Crowther, J., Dalton, G. y Sanftner, J. (2006). Predicting eating disorder group membership: An examination and extension of the sociocultural model. *Behavior Therapy, 37*, 69-79.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences, 42*, 1069-1079.
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica, 38*(4), 344-351.
- Ferraro, G., Rossano, F. y D'Andrea, F. (2005). Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery, 29*, 184-189.
- Flórez, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología, 13*, 47-78.
- Flórez, L. (2007). *La dimensión psicológica de la prevención y promoción en salud*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Frederick, D., Lever, J. y Pleplau, L. (2007). Interest in cosmetic surgery and body image: Views of men and women across the lifespan. *Plastic and Reconstructive Surgery, 120*, 1407-1415.
- Galán, R. y Castillo, A. (2001). *Cirugías estéticas*. Bogotá: Norma.
- Ganem, P., De Heer, H. y Morera, O. (2008). Does body dissatisfaction predict mental health outcomes in a sample of predominantly Hispanic college students? *Personality and Individual Differences, 48*, 557-561.
- Gardner, R.M., Stark, K., Jackson, N. y Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual & Motor Skills, 87*, 981-993.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Gauvin, L., Steiger, H. y Brodeur, J. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders, 42*(2), 158-165.
- George, V., Erb, A., Harris, C. y Casazza, K. (2008). Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. *Eating Behaviors, 8*, 1-9.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders: a population-based study. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 188*, 273-279.
- Gómez, R. y McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences, 40*, 1165-1176.
- Gussella, J., Clark, P. y Roosmalen, E. (2004). Body image self-evaluation colouring lens comparing the ornamental and instrumental views of adolescent girls with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 12*, 223-229.
- Hatchett, G. y Park, H. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences, 36*, 1755-1769.
- Henderson-King, D. y Henderson-King, E. (2005). Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. *Body Image, 2*, 137-149.
- Hernández, L. y Londoño, C. (2010). *Percepción de la figura, índice de masa corporal, afrontamiento, depresión y riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria en jóvenes universitarios*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*. Bogotá: Autor.
- Jones, L., Harmer, C., Cowen, P. y Cooper, M. (2008). Emotional face procession in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. *Eating Behaviors, 3*(1), 389-397.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., Master, K. y Price Foundation Collaborative Group (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2215-2221. DOI 10.1176/appi.ajp.161.12.2215.
- Kisely, S., Morkell, D., Allbrook, B., Briggs, P. y Jovanovic, J. (2002). Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 121-126.

- Landa, C. y Bybee, J. (2007). Adaptive elements of aging: self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Developmental Psychology*, 43(1) 83-93.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1983). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Londoño, C., Alejo, I., Pulido, D., Hernández, L.M. y Velasco, M. (en prensa). Diseño del Cuestionario de Optimismo Disposicional/Pesimismo para población colombiana. *Universitas Psychologica*.
- Londoño, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 95-107.
- Luce, K., Engler, P. y Crowther, J. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and drinking motives. *Eating Behavior*, 8, 177-184.
- Lugli, Z. y Vivas, E. (2006). Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 79/80, 23-32.
- Lunde, A., Fasmer, O., Akiskal, K., Akiskal, H. y Oedegaard, K. (2009). The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *Journal of Affective Disorders*, 115, 309-314.
- Malick, F., Howard, J. y Koo, J. (2008). Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatologic Therapy*, 21(1), 47-53.
- Markey, M. y Wal, J. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 458-464.
- Martínez C., A., Reyes del P., G., García L., A. y González J., M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Ministerio de Protección Social (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Estudio Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Autor. Disponible en línea: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.
- Ministerio de Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito y Universidad CES (2010). *Situación de salud mental del adolescente en Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá: Autor. Disponible en línea: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1142958_salud-mental-adolescente-04-11-2010.pdf.
- Norman, P. y Bennett, P. (1998). Health locus of control. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behaviour* (pp. 62-94). Buckingham, UK: Open University Press.
- Olivar A., A. y Carrero B., V. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 184-205.
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera V., P. (2003). Optimismo y salud: estado e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Suma Psicológica*, 10(1), 119-134.
- Peterson, C. y Seligman, M. (1984). Casual explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A. y Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors*, 7, 384-394.
- Rados, C. (2004). Making an informed decision about breast implants. *FDA Consumer*, September-October. Disponible en línea: <http://www.fda.gov>.
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobes, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Rubio, D. y Flórez, L. (2009). *Descripción de la adopción de la conducta de toma de citología vaginal en una muestra de mujeres bogotanas entre los 20 y 29 años de edad mediante el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez R., K., (2007). Consentimiento informado y cirugía plástica. *Bioética*, mayo-agosto. Disponible en línea: <http://www.cbioetica.org/revista/revista72.htm>.
- Sánchez R., K y Alessandrini G., R. (2008). Reflexiones éticas necesarias en pacientes de cirugía plástica. *Bioética*, enero-abril. Disponible en línea: <http://cbioetica.org/revista/81/812226.pdf>.
- Sansone, R., Schumacher, D., Wiederman, M. y Routsong-Weichers, L. (2008). The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eating Behaviors*, 9, 197-202.
- Santos, M., Richards, C. y Bleckley, M. (2007). Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 8, 440-449.
- Sarwer, D. y Crerand, C. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1, 99-111.
- Sarwer, D., La Rosa, D., Bartlett, S., Low, D., Bucky, L. y Whitaker, L. (2003). Body image concerns of breast augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112, 83-90.

- Sarwer, D., Wadden, T., Pertschuk, M. y Whitaker, L. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1-22.
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Schwarzer, R., Lippke, S. y Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitative Psychology*, 56(3), 161-170.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1998). Self-efficacy and health behaviours. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behaviour* (pp. 163-195). Buckingham, UK: Open University Press.
- Sociedad Americana de Cirugía Plástica (2007). *Estadísticas sobre cirugía plástica*. Documento interno. Disponible en línea: http://www.plasticsurgery.org/Media/Statistics/2007_Statistics.html.
- Swami, V. (2009). Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. *Body Image*, 6, 315-317.
- Vardar, E., Arzu, V. y Kurt, C. (2007). Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 143-147.
- Vera V., P. y Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.
- Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J. y Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-18.
- Von Soest, T., Kvaalem, I., Skolleborg, K. y Roald, H. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic Reconstructive Surgery*, 117(51), 51-62.
- Weinstein, N. y Sandman, P. (1992). A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3), 170-180.
- Weinstein, N. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Yoho, R., Romaine, J. y O'Neil, D. (2005). Review of the liposuction, adominoplasty, and face-lift mortality and morbidity risk literature. *Dermatologic Surgery*, 31, 733-743.