

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS

Maite Durán Fabré, Luís Botella

FPCEE Blanquerna

maitedf@copc.es, lluisbg@blanquerna.url.edu

The number of patients undergoing cosmetic surgery in Spain increases day by day, and is now one of the highest in Europe. Despite the high percentage of adult women patients, the number of men and adolescent women undergoing cosmetic surgery is also increasing. Requesting such physical changes is closely related to the search of a positive self and, thus, to psychological and social dimensions. The goal of this study is to approach the social construction of cosmetic surgery in order to better understand the relationship between body, psychological and social dimensions.

Keywords: Cosmetic Surgery, Self-Esteem, Self-Concept, Body Image, Social Construction.

Construcción Social de las Transformaciones Corporales Quirúrgicas

Según los datos publicados en El Economista el 13 de Julio de 2009 (<http://www.eleconomista.es/economia/noticias/202823/04/07/La-cirugia-estetica-un-gasto-corriente-para-los-espanoles.html>) España es el país europeo con mayor número de intervenciones de cirugía estética (400.000 en el último año; lo que representa más de 1.095 operaciones al día) y un gasto medio de 2.000 euros, así como el tercero en empleo de Botox. En España se gasta aproximadamente 800 millones de euros al año en intervenciones de cirugía estética. Estas cifras siguen en aumento porque las principales compañías de medicina estética esperan crecimientos superiores al 10 por ciento.

Los hombres cada vez recurren más a cirugía de párpados, abdominal y liposucciones, y dichas intervenciones representan ya un 20 por ciento del total. Sin embargo un 80% de dichas intervenciones aún corresponden a mujeres. El aumento de pecho es la intervención más solicitada del sector, con cerca de 30.000 prótesis mamarias vendidas en 2006 con fines estéticos. Además, el interés por las opera-

ciones de cirugía estética en la adolescencia va en aumento continuamente.

El número de denuncias por mala práctica aumenta también probablemente como consecuencia de que, según los datos del presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE), en España están ejerciendo entre 3.000 y 4.000 personas sin el título de especialista en cirugía plástica, reparadora y estética.

La SECPRE, diferencia esta especialidad médica en tres áreas: (1) plástica, (2) plástica y reparadora y (3) plástica estética. La cirugía plástica se ocuparía de la corrección de procesos congénitos, adquiridos, tumorales o involutivos que requieran ser reparados o repuestos y que afecten a la forma y/o función corporal. En el caso de la cirugía plástica reparadora, se procura mejorar y/o restaurar la función y el aspecto físico en aquellas lesiones que hayan sido causadas por quemaduras, enfermedades en la piel, tumores, y anomalías congénitas. En cambio, la cirugía plástica estética –objeto de este trabajo– es aquella especialidad quirúrgica que trata, en principio, con personas sanas y que pretende corregir alteraciones en la norma estética para obtener una mayor armonía facial y/o corporal o bien aquellas alteraciones producidas por el propio proceso de envejecimiento.

La cirugía plástica estética forma parte de la medicina estética, cuya unidad de contenido según el libro blanco publicado por la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) es “tratar los procesos que afectan tanto a la estética y a la belleza como a su prevención, promoción y bienestar”. En consecuencia, la imagen corporal es un constructo clave en dicha práctica médica.

La noción de “imagen corporal” corresponde a un constructo complejo y multifacético que se encuentra vinculado con el autoconcepto y, consecuentemente, con la autoestima y cuya relevancia psicológica principal reside en la influencia que ejerce sobre la calidad de vida (Cash y Pruzinsky, 1990).

Según la clásica definición de Schilder (1935), la imagen corporal (IC) es “la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Slade (1988) va más allá y afirma que hablar de imagen corporal es hablar del “cómo nos vemos” y “cómo creemos que nos ven”. Cash y Pruzinsky (1990) resumen varias características de la misma: (a) está formada por percepciones, cogniciones y emociones; (b) las experiencias que la conforman están unidas a los sentimientos sobre el yo; (c) se encuentra determinada socialmente; (d) es un constructo variable; (e) influye en el procesamiento de la información y (f) tiene influencia sobre la conducta.

Sarwer *et al.* (1998) sugieren que los pacientes de cirugía estética tienen en común ciertos rasgos de personalidad relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal. Dichos autores hablan de dos dimensiones: “importancia” (*valence*) y “valor” (*value*). La primera consiste en la relevancia que tiene la IC en la autoestima mientras que por valor se entiende el grado de satisfacción con la apariencia física. La interacción de ambas dimensiones determinaría la decisión de

si someterse o no a una operación quirúrgica de esta especialidad.

La hipótesis de Sarwer *et al.* (1998) coincide con los datos de algunos de nuestros estudios previos (Botella, Ribas y Benito, en revisión editorial) que comparaban el perfil de de estudiantes sin problemas conocidos de imagen corporal y pacientes sometidos a operaciones de cirugía estética. Concretamente, los estudiantes (a) otorgan significativamente menos importancia subjetiva a la corporalidad que los pacientes que solicitan ser sometidos a cirugía estética; (b) consideran su atractivo físico autoevaluado significativamente mayor que los pacientes; y (c) cuidan su aspecto físico significativamente más que ellos. Sin embargo, no hay diferencias entre ambos grupos por lo que respecta a las conductas orientadas a mantener la forma física.

En cuanto al constructo “autoconcepto”, podríamos definirlo como “conjunto de imágenes, pensamientos y/o sentimientos que un individuo tiene sobre si mismo”. En este sentido, dentro de dicho autoconcepto incluiríamos la IC.

Por lo que respecta a la definición de autoestima, de entre las decenas de ellas que se encuentran en la literatura científica, nos basamos en la ya clásica de Rosenberg (1965) desde la psicología social: resultado del proceso de autoevaluación que realiza el individuo y por lo tanto, que expresa una actitud de aprobación o desaprobación hacia uno mismo.

La relación entre los tres conceptos (imagen corporal, autoconcepto y autoestima) reside en que la decisión de si someterse o no a una intervención de cirugía estética (modificación de la imagen corporal) está basada en las implicaciones que esta acarrea para la construcción de la identidad personal (autoconcepto) y asimismo, para la satisfacción subjetiva entre el cuerpo y el *self* (autoestima).

Teniendo en cuenta esta interconexión, es imposible fragmentar lo corporal y todo lo que significa de lo psicológico. De hecho, ya en el siglo XIX, William James abordó su profundo y clásico concepto de *self* incluyendo en él un *self* “conocedor” (el yo) y un *self* conocido (el mi). Según él, el yo conocido tenía una dimensión espiritual, otra material, otra social, y otra corporal.

Algunas evidencias empíricas de esta imposibilidad son las siguientes:

- La psicopatología de la imagen corporal está basada en los trastornos del yo (Sims, 1988).
- La imagen corporal negativa está relacionada con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, vigorexia. (Toro, 1999);
- Según Cash y Pruzinsky (1990) existen toda una serie de distorsiones y problemas asociados a la imagen corporal con otras patologías psicológicas tales como: hipocondría, dismorfofobia, alucinaciones somáticas en alguna manifestación y forma de trastorno paranoide; trastornos de identidad de género, automutilaciones y autolesiones así como con otras formas menos frecuentes de trastornos de la corporalidad tales como el

síndrome de Munchausen, la adicción quirúrgica, adicción a transformaciones corporales cosméticas (tales como *piercings*, tatuajes, etc...) y la apotemnofilia (deseo obsesivo por amputar una parte del cuerpo, asociado a conductas parafilicas de excitación sexual con parejas amputadas)

- La alteración de la imagen corporal en casos de cáncer de pecho, accidentes de tráfico, u otras circunstancias traumáticas produce efectos psicológicos profundos que se pueden reconstruir como resultado de operaciones quirúrgicas.
- Algunos trastornos psicopatológicos (de hecho la mayoría de ellos) tienen repercusiones en la esfera de la corporalidad. Por ejemplo la falta de apetito sexual o desagrado de su imagen en los pacientes que padecen depresión, las disfunciones corporales en los trastornos sexuales; o las alteraciones de imagen corporal en la psicosis (Cash y Pruzinsky, 1990).
- Un nivel de autoestima bajo está asociado a un mayor grado de insatisfacción corporal (Cash, 1990)
- Las mujeres que se sienten más satisfechas con su cuerpo presentan un mayor grado de autoestima (Serrano, 2003).
- Los constructos autoconcepto/autoestima y satisfacción corporal correlacionan con la “autoexpresión” social, entendida como “la capacidad de desenvolverse de forma positiva con los demás” (Serrano, 2003).
- Entre las personas con un bajo nivel de satisfacción corporal se da una mayor incidencia de fobia social, ansiedad social y locus de control externo (Cash y Pruzinsky, 1990).

En cuanto a la vinculación entre la corporalidad y la dimensión de funcionamiento psicosocial, el estudio de Schouten (1991) confirmó que las operaciones de cirugía estética estaban motivadas por la búsqueda de un *self* positivo y que estaban vinculadas al deseo de quienes se someten a ellas de mejorar su desempeño de roles sociales, especialmente en los casos en que se producían momentos de transición de rol. Dicho proceso de adaptación del *self* sería un catalizador para asumir un nuevo rol. Schouten emplea el término “*marketing character*” para referirse a dicho aspecto de marketing de la apariencia corporal como una ventaja para las relaciones sociales. Este autor concluye que la cirugía estética podría ser un ritual de paso para restaurar la armonía en el autoconcepto personal y por lo tanto, la autoestima.

En síntesis, hay múltiples evidencias empíricas y abordajes teóricos que permiten afirmar que nuestro funcionamiento psicosocial, normal o patológico, se ve afectado no sólo por el autoconcepto sino por el grado de satisfacción e insatisfacción con el propio cuerpo, es decir de autoestima en general y de imagen corporal en particular (Serrano, 2003).

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, el objetivo de este trabajo es profundizar en el estudio de la construcción social de las operaciones de cirugía estética con la finalidad de entender mejor la compleja relación entre las dimensiones psicoló-

gicas y corporales de los procesos psicosociales de funcionamiento humano. Para ello, y siguiendo la metodología que se describirá con detalle en el próximo apartado, se presentaron a los participantes una serie de casos prototípicos de pacientes que solicitaban someterse a cirugía estética.

Concretamente, el estudio se planteó responder a seis cuestiones de relevancia empírica y clínica –a modo de hipótesis exploratorias, dado que la falta de estudios similares a este no permitía anticipar de forma clara y definida cuáles serían los resultados previsibles.

(1) *Análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en el estudio:* la pregunta a la que el estudio pretendía responder en este punto, era, en síntesis, *con cuál de los casos prototípicos presentados se identificaban más (o menos).*

(2) *Análisis de la recomendación de someterse a la operación deseada:* en este punto el estudio pretendía responder a la pregunta de *en cuál de los casos prototípicos presentados consideraban los participantes más (o menos) recomendable la intervención quirúrgica.*

(3) *Análisis de la relación estadística entre identificación y recomendación de operarse:* en este punto la pregunta era si existía relación estadística significativa entre los resultados obtenidos en los apartados (1) y (2).

(4) *Análisis de la aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en el estudio:* la pregunta a la que el estudio pretendía responder en este punto, era, en síntesis, *cuál de los casos prototípicos presentados se aproximaba más (o menos) al yo ideal de los participantes.*

(5) *Análisis de la auto-aceptación de la cirugía estética:* en este punto el estudio pretendía responder a la pregunta de si los propios participantes en el estudio se someterían a una operación de cirugía estética.

(6) *Análisis de la correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada:* en este punto la pregunta era si existía relación estadística significativa entre los resultados obtenidos en los apartados (4) y (5).

MÉTODO

Participantes

Los participantes incluidos en este estudio fueron 30 adultos de entre 22 y 44 años. El promedio de edad de la muestra fue de 30,43 años con una desviación típica de 8,43 años. La muestra estaba formada por 15 mujeres y 15 hombres, 16 de ellos estudiantes de último curso de licenciatura de una universidad de Barcelona elegidos aleatoriamente y 14 profesionales liberales con estudios universitarios también elegidos aleatoriamente de entre los participantes en un curso de formación sobre esta temática –todos ellos participaron de forma voluntaria, anónima e

informada.

Como criterios de exclusión se pidió a los miembros de este grupo que no participasen en el estudio si: (a) se habían sometido en algún momento a alguna operación de cirugía estética; (b) tenían algún problema significativo que implicase su imagen corporal (trastorno alimentario, dismorfofobia, deformaciones físicas o minusvalías); o (c) tenían intereses directos en el ámbito de la cirugía estética que pudiesen sesgar sus respuestas.

Material

Como forma de recopilar la información relevante sobre el tema objeto de estudio en este trabajo, utilizamos la Entrevista sobre Transformaciones Corporales Quirúrgicas (TCQ; Durán y Botella, 2008). La entrevista TCQ (véase Anexo 1) consiste en:

(a) Seis descripciones breves de dos hombres y cuatro mujeres que consultan sobre la adecuación o no de someterse a diferentes operaciones de cirugía estética. Tal como aparece detallado en el Anexo 1, las operaciones que solicitan son: otoplastia y trasplante capilar (caso A); lipoescultura (casos B, C, D y F), lifting facial y mejora quirúrgica de las mamas caídas (caso B); rinoplastia (caso D) y aumento de mamas (caso D y F) y mentoplastia y remodelación quirúrgica del contorno del ojo (caso E). Los motivos por los que consultan sobre la adecuación o no de dichas intervenciones son: alcanzar un mayor grado de autoestima (caso A), mantenerse joven (caso B), encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C), encajar con la imagen profesional preestablecida (caso D), trastorno de personalidad (caso E) y ajustarse a las expectativas de personas relevantes (caso F).

(b) Una Rejilla de Constructos (véase Anexo 1) que se compone, como elementos, de los seis casos descritos en el apartado anterior, más los elementos “yo” y “yo ideal”. Dichos elementos han de ser puntuados en una escala tipo Likert de 1 a 7 en cada uno de diez constructos dicotómicos que se extrajeron de entre los más comunes elicitados por una muestra de 50 voluntarios a partir de su consideración inicial de cada uno de dichos casos. En este caso se optó por estandarizar la muestra de constructos a incluir en la rejilla (en lugar de elicitarlos cada vez de nuevo con cada participante) por motivos de facilitación de la comparación estadística y para que la TCQ pudiese ser autoadministrada.

(c) Una escala tipo Likert de evaluación de la recomendación de someterse a la operación solicitada –valorada subjetivamente por los participantes entre 1 (totalmente de acuerdo) y 7 (totalmente en desacuerdo). La puntuación de dicha escala hace que sea importante tener presente que a mayor puntuación, menor nivel de recomendación .

(d) Una escala tipo Likert de auto-aceptación de la cirugía estética. El término “auto-aceptación” se utiliza en este trabajo

para hacer referencia a la disposición personal y subjetiva de someterse uno/a mismo/a a una operación de cirugía estética. Hemos utilizado dicho término para acentuar la diferencia con lo que podría ser considerado simplemente “aceptación”, es decir, el acuerdo con la noción general de cirugía estética siempre que no se aplique a uno mismo, lo cual es diferente de lo que se está evaluando en este caso –también evaluada subjetivamente por los participantes entre 1 (totalmente de acuerdo) y 7 (totalmente en desacuerdo). También en este caso, a mayor puntuación, menor nivel de recomendación .

Procedimiento

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, para la obtención de los constructos estandarizados de la rejilla que aparece en la entrevista TCQ, se solicitó a 50 voluntarios que elicitasen todos aquellos constructos que considerasen relevantes tras la lectura de cada una de las seis descripciones de los casos presentados en dicha entrevista. De entre los más de 500 constructos así obtenidos, seleccionamos los diez que aparecieron con mayor frecuencia.

Una vez diseñada la versión definitiva de la entrevista, se contactó con los participantes incluidos en este estudio, descartando a aquellos sujetos que cumplieran alguno de los criterios de exclusión. Una vez seleccionados los participantes de la muestra definitiva y tras explicarles brevemente la finalidad de este proyecto, se les facilitó el material de la entrevista dejándoles un tiempo prudencial para que la cumplimentaran –entre 45 y 90 minutos aproximadamente.

Los datos generados por la entrevista se tabularon para su posterior análisis.

RESULTADOS

1. Referentes al análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP

En la Tabla 1 se presentan los resultados de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y cada uno de los demás (puntuación mínima, máxima, media y desviación típica). La razón para utilizar distancias euclidianas en lugar de correlaciones es que la distribución matemática de las correlaciones reúne unas características que no permiten operar después con ellas al no reunir las condiciones de normalidad –cosa que hace imposible llevar a cabo, por ejemplo, un análisis de variancia, tal como se hizo en este estudio.

Tabla 1

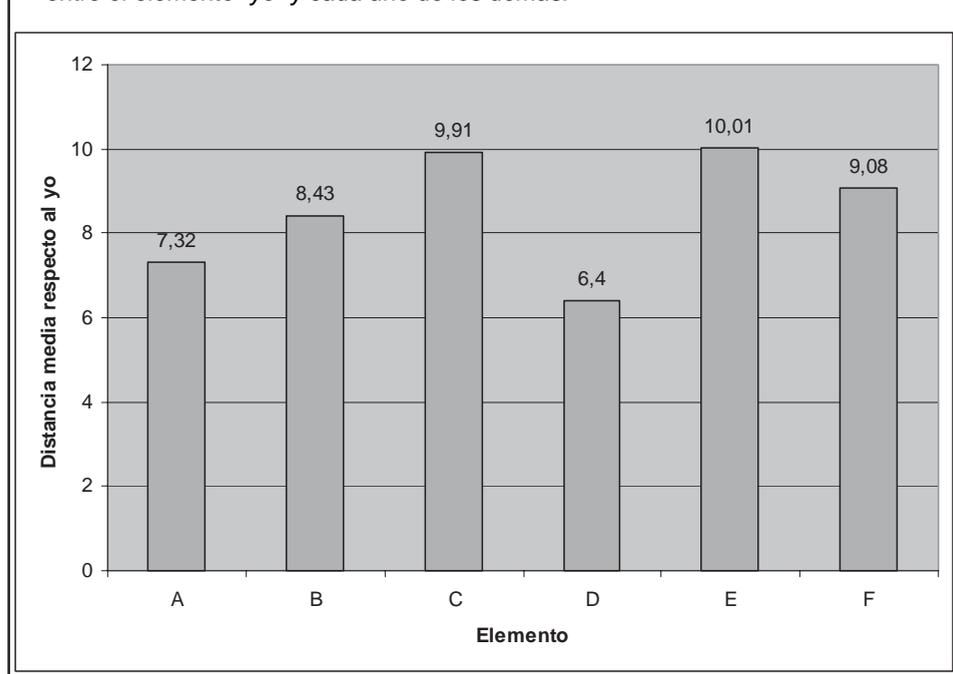
Puntuación mínima, máxima, media y desviación típica de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento "yo" y cada uno de los demás.

Distancia del yo respecto al elemento:	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Puntuación media	Desviación típica
A	2,65	11,66	7,32	2,31
B	4,36	11,96	8,43	1,94
C	5,66	13,30	9,91	2,36
D	3,61	12,53	6,40	2,36
E	4,80	13,45	10,01	2,12
F	5,66	13,15	9,08	2,11

En la Figura 1 se presenta la distribución de dichas medias de distancias euclidianas de forma gráfica.

Figura 1

Distribución de las medias de las puntuaciones de las distancias euclidianas entre el elemento "yo" y cada uno de los demás.



El análisis univariante de la varianza (ANOVA) reveló que existían diferencias muy significativas ($p < 0,001$) entre los diferentes grados de diferenciación de los participantes del estudio con cada uno de los casos presentados en la RCP.

Se realizó la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias y ésta reveló que:

(a) La media de la diferenciación respecto al caso D ($M=6,40$; $SD=2,36$) fue significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la diferenciación respecto al caso C ($M=9,91$; $SD=2,36$). A su vez, también fue significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la diferenciación respecto al caso E ($M=10,01$; $SD=2,12$). Asimismo fue significativamente menor ($p < 0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso F ($M=9,08$; $SD=2,11$).

(b) La media de la diferenciación respecto al caso A ($M=7,32$; $SD=2,31$) fue significativamente menor ($p < 0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso C ($M=9,91$; $SD=2,36$). A su vez, también fue significativamente menor ($p < 0,005$) que la media de la diferenciación respecto al caso E ($M=10,01$; $SD=2,12$).

2. Referentes a la recomendación de someterse a la operación deseada

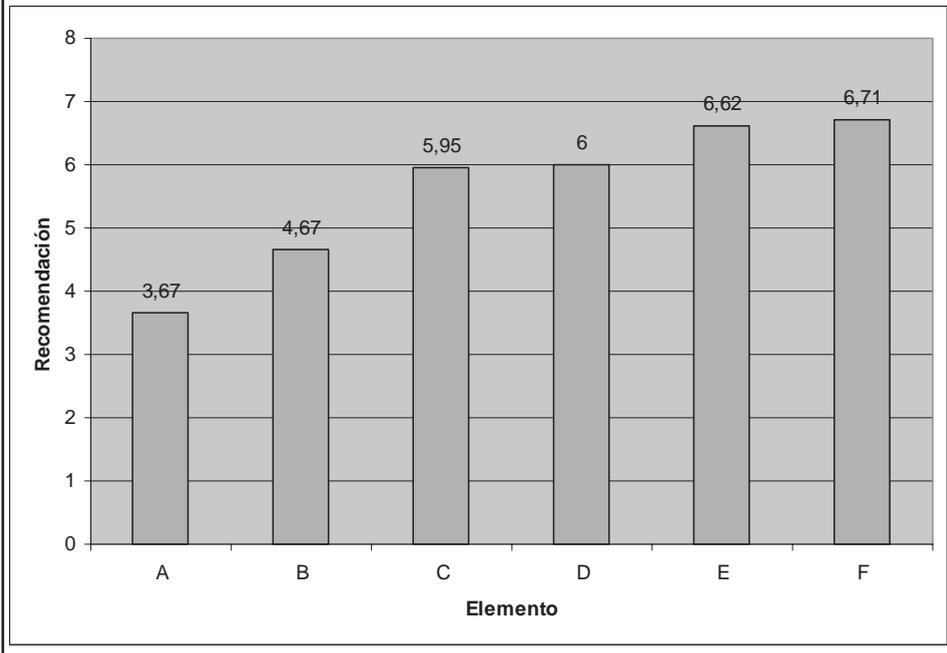
En la Tabla 2 se presentan los resultados de la distribución de las puntuaciones (mínima, máxima, media y desviación típica) que los participantes en el estudio otorgan a la pregunta de hasta qué punto consideran recomendable que cada una de las personas descritas en la RCP se someta a la operación deseada.

Tabla 2 <i>Puntuación mínima, máxima, media y desviación típica de la distribución de la puntuación de la recomendación de someterse a la operación deseada.</i>				
Recomendación respecto al elemento:	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Puntuación media	Desviación típica
A	1	6	3,67	1,68
B	2	7	4,67	1,49
C	3	7	5,95	1,07
D	3	7	6	1,09
E	4	7	6,62	0,81
F	5	7	6,71	0,56

En la Figura 2 se presenta la distribución de dichas puntuaciones de forma gráfica.

Figura 2

Distribución de las medias de las puntuaciones de la recomendación de someterse a la operación deseada.



El análisis univariante de la variancia reveló que existían diferencias muy significativas ($p < 0,001$) entre los diferentes grados en que los participantes del estudio recomiendan la operación a cada uno de los casos prototípicos presentados en la Rejilla.

Concretamente, la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias reveló que:

(a) La puntuación media de la inadecuación de operarse otorgada al caso prototípico A (3,67) es significativamente menor ($p < 0,001$ en todos los casos) que la otorgada a los casos C (5,95), D (6), E (6,62) y F (6,71) –tégase en cuenta que, tal como se comentó en el apartado Material, a mayor puntuación menor recomendación de operarse.

(b) La puntuación media de la inadecuación de operarse otorgada al caso prototípico B (4,67) es significativamente menor ($p = 0,08$) que la otorgada al caso D (6) e igualmente menor ($p < 0,001$) que las otorgadas a los casos E (6,62) y F (6,71).

3. Relación estadística entre identificación y recomendación de operarse

La correlación de Pearson entre la identificación con el caso prototípico y la recomendación de operarse fue positiva y altamente significativa ($r = 0,240$; $p = 0,007$), aunque más bien modesta.

4. Análisis de la aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo ideal” y cada uno de los demás (puntuación mínima, máxima, media y desviación típica). En la figura 3 se presenta la distribución de las medias de forma gráfica.

Tabla 3 <i>Puntuación mínima y máxima, media y desviación típica de la distribución de las distancias euclidianas entre el elemento “yo ideal” y todos los demás para cada uno de los participantes.</i>				
Distancia del yo ideal respecto al elemento:	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Puntuación media	Desviación típica
A	5,20	13,60	9,83	2,14
B	7,48	14,66	10,74	1,91
C	9,38	16,85	12,67	1,77
D	3,46	13,49	8,49	2,82
E	7,62	15,49	12,34	2,12
F	8,66	16,25	11,80	2,12

Véase Figura 3 en página siguiente

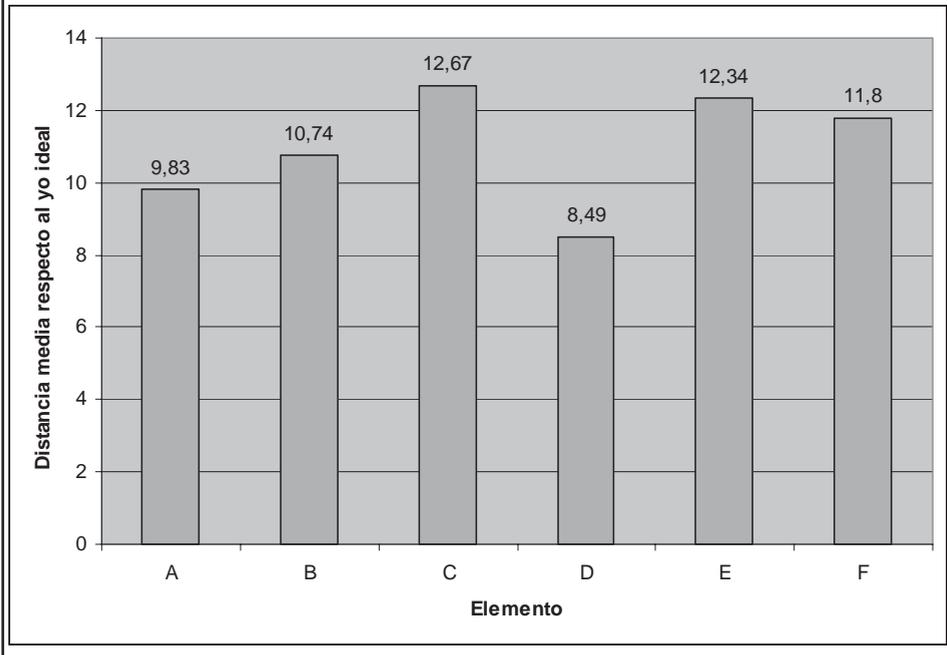
El análisis univariante de la varianza (ANOVA) reveló que existían diferencias muy significativas ($p < 0,001$) entre los grados de aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP. Se realizó la prueba post-hoc de Tuckey para determinar la significación de dichas diferencias y ésta reveló que:

(a) La media de la distancia del ideal respecto al caso A ($M=9,82$) es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso C ($M=12,67$). A su vez, también es significativamente menor ($p < 0,005$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso E ($M=12,34$).

(b) La media de la distancia del ideal respecto al caso D ($M=8,49$) es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso C ($M=12,67$). A su vez, también es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia del ideal respecto al caso E ($M=12,34$). Asimismo es significativamente menor ($p < 0,001$) que la media de la distancia al ideal respecto al caso F ($M=11,80$).

Figura 3

Distribución de las medias de las puntuaciones de las distancias euclidianas entre el elemento "yo ideal" y todos los demás para cada uno de los participantes.



5. Auto-aceptación de la cirugía estética

Los resultados de la distribución de puntuaciones al ítem “soy el tipo de persona que se haría una operación de cirugía estética” (ver Tabla 4) indicaron que la muestra estaba sesgada hacia la no auto-aceptación (subjetiva) de la cirugía estética. De hecho, las puntuaciones que indicaban un cierto grado de auto-aceptación (de 1 a 4) no llegaban a acumular ni siquiera un 50% de la distribución y la puntuación de auto-aceptación total (1) no se daba en ningún participante. Además la media estaba sesgada hacia una puntuación alta de no auto-aceptación (5,19 sobre 7) y la mediana de la distribución era un 6, que coincidía con la moda.

Tabla 4
Distribución de puntuaciones al ítem que evalúa la auto-aceptación de la cirugía estética.

Puntuación	Frecuencia	%	% acumulado
1	0	0%	0%
2	2	6,67%	6,67%
3	5	16,67%	23,34%
4	3	10%	33,34%
5	6	20%	53,34%
6	10	33,33%	86,67%
7	4	13,33%	100%

Mínima=2; Máxima=7; Media=5,19; Mediana=6; Moda=6; Desviación típica=1,5

6. Correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada

Los resultados del análisis de las correlaciones entre la auto-aceptación de la cirugía estética (para uno mismo) y la recomendación de someterse a la operación deseada (aplicada a los casos de la RCP) demuestran que ninguna de ellas fue significativa, es decir que la auto-aceptación de la cirugía estética para uno mismo no correlacionó en ningún caso con la recomendación de operarse.

Tabla 5
Correlación entre la auto-aceptación de la cirugía estética y la recomendación de someterse a la operación deseada.

Elemento	R	Sig. bilateral
A	0,42	0,06
B	0,24	0,29
C	0,35	0,12
D	-0,27	0,23
E	-0,23	0,32
F	-0,29	0,21

Discusión

Los resultados referentes al análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP muestran que la identificación promedio con el caso D fue la mayor de todos los casos presentados –dado que la puntuación de diferenciación fue la menor. No sólo la media de diferenciación fue la menor de todas, sino que fue significativamente menor que tres de las demás (C, E y F). Esto indica que los participantes de la muestra se

identificaron especialmente con alguien que se plantea someterse a una operación de cirugía estética cuando el motivo de ésta es encajar con una imagen profesional pre-establecida. Concretamente se identificaron con esta motivación mucho más que con las que consistían en plantearse la cirugía estética para (i) encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C), (ii) debido a un posible trastorno de personalidad (caso E) y/o (iii) para ajustarse a las expectativas de personas relevantes (caso F).

El siguiente caso con el que más se identifican los participantes es el A, cuya motivación para plantearse la cirugía estética consiste en alcanzar un mayor grado de autoestima. De nuevo, la identificación con este caso es significativamente mayor que con aquellos cuya motivación consiste en encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos (caso C) y/u operarse debido a un posible trastorno de personalidad (caso E).

Respecto a la recomendación de someterse a la operación deseada, los participantes en el estudio establecen diferencias significativas en su criterio. Concretamente, en los casos A (alcanzar un mayor grado de autoestima) y B (mantenerse joven) la cirugía les parece más recomendable que en los demás. En uno de los dos casos (A), este patrón coincide con la mayor identificación de los participantes discutida en el apartado anterior. Sin embargo, en el otro (caso B) no. Esto nos llevó a plantearnos dos interrogantes: (i) qué sucedía con el caso D que hacía que los participantes se identificasen con su motivación para operarse (encajar con la imagen profesional pre-establecida) pero no considerasen la cirugía recomendable; y (ii) cuál era la relación estadística entre identificación y recomendación de operarse.

La respuesta a la primera pregunta proviene probablemente de lo siguiente: los participantes en el estudio o son profesionales o lo serán de forma más o menos inminente (véase descripción de la muestra en el apartado “participantes”). Por ello es lógico que compartan el objetivo de dar una buena imagen profesional si bien no lo comparten hasta el punto de operarse para conseguir dicha imagen. Esta interpretación viene avalada por una parte por los resultados de la respuesta a la pregunta acerca de si ellos se someterían a una operación de cirugía estética que indican claramente que la muestra está sesgada hacia el no. Por otra parte, la ausencia de correlación entre la auto-aceptación y la recomendación indica que el hecho de que lo acepten o no en su caso es irrelevante a la hora de recomendárselo a los demás. Es posible que esta reticencia a someterse a cirugía estética para dar una buena imagen profesional se deba también a que los participantes de nuestra muestra pertenecen a profesiones no ligadas particularmente a la imagen física (psicólogos, economistas, abogados, educadores sociales...). Probablemente la respuesta hubiese sido diferente en caso de haber centrado el estudio en modelos o profesionales para los/las cuales la imagen es absolutamente fundamental.

Por lo que respecta a la relación estadística entre identificación y recomenda-

ción de operarse los resultados indican que efectivamente se da una correlación altamente significativa entre la identificación con el caso prototípico y la recomendación de operarse en cada caso concreto; es decir, a mayor identificación de los participantes en el estudio con el caso prototípico que estén considerando, mayor tendencia a recomendar que se opere. Esto explica parcialmente el resultado anterior, es decir, que en el caso prototípico A, que es precisamente uno de aquellos con los que más se identifican, se recomiende la operación.

La explicación de que en el caso D, a pesar de la correlación positiva significativa, los participantes se identifiquen con su motivación para operarse (encajar con la imagen profesional pre-establecida) pero no encuentren la cirugía recomendable ya ha sido discutida antes. En todo caso, que ésta constituya una “excepción” a la tendencia que marca la correlación, da aún más peso al argumento de que se trata de un caso atípico respecto al resto, probablemente debido a las características de su motivación tan ligadas a lo profesional.

Por lo que respecta a los resultados de aproximación diferencial al ideal de los participantes para cada uno de los casos presentados en la RCP, para el caso D (encajar con la imagen profesional pre-establecida) dicha aproximación es la mayor de todas –dado que la puntuación de distancia al ideal es la menor. No sólo la media de distancia al ideal es la menor de todas, sino que es significativamente menor que en tres de los demás casos: C (encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos), E (trastorno de personalidad) y F (ajustarse a las expectativas de personas relevantes).

En orden descendente, el siguiente caso que más se aproxima al ideal de los participantes es el A, cuya motivación para someterse a cirugía estética consiste en alcanzar un mayor grado de autoestima. De nuevo, la aproximación diferencial al ideal para este caso es significativamente mayor que para aquellos cuya motivación consiste en encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos y/u operarse debido a un posible trastorno de personalidad.

Esta distribución de distancias es prácticamente idéntica a la de la distribución de las medias de las distancias euclidianas entre el elemento “yo” y todos los demás para cada uno de los participantes (es decir, la de identificación diferencial) – compárense las Figuras 1 y 3. Esta similitud se confirma con los resultados de los ANOVAs respectivos.

El hecho de que ambas distribuciones sean prácticamente idénticas (la correlación de Pearson entre ambas es de 0,66; significativa a un nivel $p < 0,01$) permite ratificar la respuesta a la pregunta que nos hacíamos a raíz de los resultados del análisis de la identificación diferencial de los participantes con cada uno de los casos presentados en la RCP.

Concretamente, parece que el motivo de que los participantes de la muestra se identifiquen más con alguien que se plantea someterse a una operación de cirugía estética cuando el motivo de ésta es encajar con una imagen profesional pre-

establecida radica en que este caso prototípico se aproxima mucho más a su ideal que los demás; es decir, que lo encuentran más deseable. Esto no significa, tal como ya se ha comentado y como demuestran los datos, que los participantes de este estudio estén dispuestos a someterse a cirugía para conseguir dicho fin, sino literalmente que comparten esa motivación y la consideran muy próxima a su ideal. Sobre todo, se identifican con esta motivación mucho más que con las que consisten en plantearse la cirugía estética para (i) encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos, (ii) debido a un posible trastorno de personalidad y/o (iii) para ajustarse a las expectativas de personas relevantes porque estas últimas les parecen significativamente alejadas de su propio ideal.

En España, el número de operaciones de cirugía estética aumenta año tras año, situándose a la delantera de Europa. No sólo es un mercado abierto a las mujeres sino que cada vez se dan más casos de hombres y –desde hace unos años– chicas adolescentes, que demandan algún tipo de intervención relacionada con esta cirugía. El aspirar a estos cambios físicos está estrechamente vinculado con la búsqueda de un self positivo y por lo tanto, está relacionado con dimensiones tanto psicológicas como sociales. Así, el objetivo de este estudio es el abordaje de la construcción social de dichas intervenciones para poder comprender mejor la relación entre lo corporal, lo psicológico y lo social.

Palabras clave: *Cirugía Estética, Autoestima, Autoconcepto, Imagen Corporal, Construcción Social.*

Referencias bibliográficas

- CASH, T.F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- CASH, T.F., & PRUZINSKY, T. (Eds). (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- BOTELLA, L., & DURÁN, M. (2009). *Psychotherapy, body image, and cosmetic surgery*. Poster presented at the 40th SPR International Annual Meeting. Santiago de Chile: Chile.
- SARWER, D. B.; WADDEN, T. A., PERTSCHUK, M. J., & WHITAKER, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- SERRANO, I. (Comp.) (2003). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Díaz de Santos: Barcelona.
- SIMS, A. (1988). *Symptoms in the mind*. London: Baillière Tindall.
- SCHOUTEN, J. (1991). Selves in transition: Symbolic consumption in personal rites of passage and identity construction. *Journal of Consumer Research*, 17, 412-425.
- TORO, J. (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- SHILDER, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.
- SLADE, P. D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 20-22.

Anexo 1

ENTREVISTA SOBRE TRANSFORMACIONES CORPORALES QUIRÚRGICAS (TCQ)

(Durán y Botella, 2008)

En España, cada día se producen unas 1095 operaciones de cirugía estética, lo que supone la realización de unas 400.000 intervenciones al año.

La cirugía plástica se puede dividir en dos campos: el de la **cirugía estética o cosmética**, que sería la que se realiza para cambiar las partes del cuerpo y de la cara que no son satisfactorias para el paciente; y el de la **cirugía reconstructiva o reparadora**, que es la que se produce para reconstruir o disimular los efectos de una enfermedad, accidente o trauma.

Nosotros nos basaremos en la cirugía estética o cosmética, como por ejemplo, un aumento de pecho, una rinoplastia, etc.

A continuación, te describiremos seis situaciones de seis personas diferentes que consultan en un centro o clínica de cirugía estética.

1. Conseguir un aumento de autoestima.

Alberto es un hombre de 42 años, ejecutivo de cuentas en una empresa y siempre ha aparentado sentirse muy seguro de sí mismo. Está viviendo un momento vital delicado ya que hace un año que se divorció y, profesionalmente, ahora sería el momento idóneo para que lo hicieran socio en su empresa. Personalmente, siempre le han acomplejado sus orejas, pero al tener mucho cabello, no le daba importancia a este hecho ya que quedaban ocultas. Ahora ve que empieza a quedarse calvo y se siente mal no sólo por esta pérdida progresiva de cabello, sino por el hecho de que se le nota mucho más el tamaño y la apertura de sus orejas. Cree que realizándosele una otoplastia y quizás, con un trasplante de cabello, su autoestima mejoraría y esto pudiera repercutir tanto en su vida personal – le agradaría poder rehacer su vida con otra pareja– como profesional.

2. Mantenerse joven.

Berta es una mujer de 47 años que a lo largo de su vida no ha estado muy pendiente de tener que cuidar su físico. Siempre ha sido una chica y una mujer atractiva: rubia natural, ya que su padre es de origen nórdico, ojos azules y una bonita figura. Hace ya un año que ha empezado a sentir los síntomas propios de la menopausia y, por lo tanto, ha empezado a aumentar de peso, su piel va perdiendo elasticidad, ve como cada vez más los pechos le van descendiendo, dice que la cara se le arruga y se le “descuelga” y que

cada vez tiene que hidratarla más; siente como el paso del tiempo empieza a pasarle factura. Además, hace tiempo que se casó con un hombre diez años más joven que ella. Aunque el matrimonio funciona y la diferencia de edad nunca ha sido un problema para ninguno de los dos, ahora ella empieza a ver dicha diferencia como una posible pérdida del atractivo físico por su parte y tiene miedo de que su marido se de cuenta, de repente, que se encuentra casado con una mujer “mayor”. Por dicho motivo, acude a la consulta para ver qué posibilidades de mejora le proponen; ella ha pensado en una liposucción, un lifting facial y quizás, poder subir los pechos.

3. Encajar con los cánones sociales subjetivamente percibidos.

Carlota es una mujer de 30 años que podríamos decir, pertenece a una clase social media-alta. No trabaja y, recientemente, ha sido madre de una niña. El parto fue difícil y además, engordó mucho durante el embarazo. Cada día acude –al igual que todas sus amigas– a un gimnasio para cuidarse y ponerse en forma. Se trata de una mujer impaciente y, según comenta, todas sus amigas “se cuidan mucho”. Teniendo en cuenta el poco tiempo que ha transcurrido desde que tuvo a la niña, dice que esto no le importa y que tendría que adelgazar más rápidamente ya que todas sus amigas se recuperaron en muy poco tiempo de los embarazos. Además, tanto ella como su marido, tienen siempre muchos compromisos sociales y comenta que tiene de cumplir con la “imagen” que se debe dar en dichas ocasiones. Por este motivo, quiere la opinión de un especialista para ver que podría hacerse para volver a disfrutar de la figura que tenía antes y, según ella, poder estar al “nivel” de los compromisos que le vayan surgiendo.

4. Encajar con la imagen profesional pre-establecida.

Diana es una chica joven, de 22 años que estudia arte dramático ya que quiere ser actriz. Le van saliendo pequeños papeles –muy pocos– y, cuando puede, para poder pagarse los estudios, hace anuncios publicitarios, normalmente por la televisión y vallas publicitarias. Hace poco entró a trabajar en una agencia nueva de modelos y, la directora, le ha comentado que tendría futuro como modelo siempre y cuando se hiciera “unos pequeños retoques” para poder encajar con la demanda del mercado. Dichos “pequeños retoques” consistirían en: una rinoplastia, aumento de pecho, liposucción en las rodillas y los tobillos. Diana no está muy convencida de dar este paso pero necesita el dinero para poder seguir pagando sus estudios y piensa que, quizás, si encaja como modelo, el paso para poder ser actriz vendrá después.

5. Trastornos de personalidad.

Ethan es un hombre de 30 años, homosexual, físicamente atractivo, y, desde los 21 (edad en que dejó sus estudios), ha trabajado en distintas tiendas de ropa como “*personal shopper*”. Siempre ha sido un hombre muy presumido, de hecho, cuando acude tanto a fiestas como a citas en donde se encuentra con amigos y más gente, cuida mucho su imagen y su físico. Incluso, cree que los demás hablan de él y que están pendientes de todo lo que él hace –la gente que lo conoce le ha dicho a menudo que esto no es cierto y que por lo tanto, no es necesario que se arregle tanto para agradar a los demás. Acude a una primera visita porque –aunque hace tiempo que se hizo una rinoplastia y una otoplastia; querría cambiarse la forma de los ojos y de la barbilla para poder tener un aire más “glamuroso”.

6. Ajustarse a las expectativas de personas relevantes.

Francesca tiene 20 años. Es una chica muy alta, delgada –excesivamente– con un cabello negro muy largo y unos ojos grandes y muy vivos. Desde hace tres años, sale con un chico y se siente muy vinculada a su familia ya que desde el primer momento, la acogieron como a una hija (ya que en su casa, con cinco hermanos, solía pasar desapercibida). Acude a la consulta porque desde hace aproximadamente un año, tanto su pareja como su futura suegra, le dicen que tiene “cartucheras” y además él le insiste en que le gustaría más si tuviera un poco más de pecho.

REJILLA

Una vez leídos los seis casos anteriores (Alberto, Berta, Carlota, Diana, Ethan y Francesca), valora como ves a cada uno de ellos según los constructos que figuran en la rejilla.

Verás que, a tu izquierda, hay dos constructos, por ejemplo, “Inseguro” versus “Seguro”; si crees que A (Alberto) es seguro, tendrás que marcar –según la flecha de abajo– un 5 si lo ves un poco seguro, un 6 si lo ves bastante seguro o un 7 si lo ves muy seguro. En caso de que lo encuentres “Inseguro”, sería lo mismo pero teniendo en cuenta el 1, 2 y 3. La línea azul y las puntuaciones 1-2-3 corresponden al primer constructo y la línea roja y las puntuaciones 5-6-7 corresponden al segundo; el 4 representa el punto medio (ni seguro ni inseguro).

	A	B	C	D	E	F
Inseguro/a – Seguro/a						
Insatisfecho/a – Satisfecho/a						
Atrevido/a – Prudente						
Presumido/a-Vanidoso/a						
Infeliz-Feliz						
Valora la imagen-Valora aspectos profundos						
Perfeccionista-Conformista						
Inmaduro/a-Maduro/a						
Influenciable-Seguro/a de si mismo/a						
Acomplejado/a-Desacomplejado/a						



1. Mucho 2. Bastante 3. Un poco 4. Medio 5. Un poco 6. Bastante 7. Mucho

Te pedimos lo mismo que en el caso anterior, pero teniendo en cuenta el “YO”; es decir, como te ves tu mismo/a según dichos constructos. También en referencia a tu “YO IDEAL”.

	Yo	Yo ideal
Inseguro/a – Seguro/a		
Insatisfecho/a – Satisfecho/a		
Atrevido/da – Prudente		
Presumido/da-Vanidoso/a		
Infeliz/Feliz		
Valora la imagen-Valora aspectos profundos		
Perfeccionista-Conformista		
Inmaduro/a-Maduro/a		
Influenciable-Segur/a de si mismo/-a		
Acomplejado/a – Desacomplejado/a		



1. Mucho 2. Bastante 3. Un poco 4. Medio 5. Un poco 6. Bastante 7. Mucho

Ahora, se trata de lo que piensas sobre cada uno de los seis casos. Pon la inicial del protagonista del caso en la casilla que corresponda.

¿Crees que esta persona debería hacerse la intervención?

1 Totalmente de acuerdo	2 Bastante de acuerdo	3 Un poco de acuerdo	4 Medio	5 Un poco en desacuerdo	6 Bastante en desacuerdo	7 Totalmente en desacuerdo

Contesta a la siguiente pregunta:

¿Soy el tipo de persona que optaría por una operación de cirugía estética?

1 Totalmente de acuerdo	2 Bastante de acuerdo	3 Un poco de acuerdo	4 Medio	5 Un poco en desacuerdo	6 Bastante en desacuerdo	7 Totalmente en desacuerdo