

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, AFRONTAMIENTO Y TCA COMO  
PREDICTORES DE CIRUGÍAS PLÁSTICAS COSMÉTICAS**  
**ANXIETY, DEPRESSION, COPING AND EATING DISORDERS AS  
COSMETIC PLASTIC SURGERY PREDICTORS**

**Ivonne Alejo Castañeda**

**Constanza Londoño Pérez**

**Karen Cabarcas Acosta**

**Adriana Arenas Ortegón**

**Ángela Cortés Ladino**

**Susy González Rojas**

**Maricel Mayorga Charry**

**Martha M. Medina**

*Universidad Católica de Colombia, Colombia*

---

**RESUMEN**

---

**Palabras clave:**

*ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, conducta alimentaria, cirugías plásticas cosméticas*

---

**Recibido.** 17 de julio 2013

**Aceptado.** 5 de noviembre 2013

---

*El presente estudio descriptivo correlacional tuvo como objetivo determinar si ansiedad, depresión, riesgo de trastorno de conducta alimentaria (TCA) y estilos de afrontamiento en interacción predicen la aceptación de cirugías estéticas cosméticas en una muestra conformada por 77 mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 19 y 73 años de edad, residentes en la ciudad de Bogotá. Se empleó el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo, el apartado correspondiente a depresión de la versión española de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, el Inventario de Estilos de Afrontamiento y la Escala Abreviada y Modificada de Actitudes Alimentarias EAT-26-M. A través del análisis de ecuaciones estructurales con el programa estadístico AMOS se identificó el modelo predictivo conformado por variables como síntomas depresivos, riesgo de TCA, cantidad de hijos, estrato socioeconómico e historia familiar de cirugías predicen la aceptación de cirugías estéticas cosméticas en la población. Se discuten los hallazgos y las limitaciones, se sugieren futuras direcciones.*

**ABSTRACT****Key words:**

*anxiety, depression, coping styles, eating patterns, cosmetics plastic surgery*

*This correlational descriptive research aimed at assessing the predictive relation between psychological factors such as anxiety, depression, eating disorder (ED) risk and coping styles with cosmetic surgery acceptance. The sample included 77 women and men aged 19 to 73, living in Bogotá. The instruments used were State/Trait Anxiety Inventory (STAI), International Neuropsychiatric Interview (MINI) depression part, Coping Style Inventory - Abbreviated Scale and the Eating Attitudes property EAT-26-M. Were analyzed using Structural Equations with the Statistical program AMOS and concluded that the variables depressive symptoms, ED risk, number of children, socioeconomic condition and a family history of surgery predict acceptance of cosmetic plastic surgery in this sample. Findings and limitations are discussed and suggestions are provided for future research.*

Los avances tecnológicos y procedimentales en el campo de la salud han facilitado que las personas puedan acceder a realizar transformaciones de su cuerpo sin que de por medio exista un objetivo médico; es el caso de las cirugías plásticas cosméticas (CPC) a las que cada vez con mayor frecuencia se someten, especialmente quienes están insatisfechos con su apariencia física y/o tienen riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (Cabarcas & Londoño, en prensa; Córdoba, 2010; Engler, Crowther, Dalton, Sanftner, 2006; Ghaderi, 2003; León & Castillo, 2005).

Se ha reportado la duplicación de las CPC en los últimos 10 años en todo el mundo, incluida Latinoamérica y la península Ibérica. Entre las CPC más frecuentes están el aumento de busto, levantamiento de senos, levantamiento de nalgas y abdominoplastia en todas las edades (Cruz & Carine, 2009; Sociedad Americana de Cirugía Plástica, 2007); y la rinoplastia, otoplastia, mamoplastia, aumento del mentón y lipectomía durante la adolescencia (McGrath & Mukerji, 2000).

Este creciente deseo de las personas de transformar el cuerpo conlleva al incremento de riesgo debido a las complicaciones médicas derivadas del peligro normal de cualquier procedimiento de esta índole o a la mala práctica quirúrgica, por lo que cada vez es más urgente

generar procesos de valoración psicológica que permitan identificar las variables implicadas en el proceso de toma de decisiones y ajuste a los resultados, que no siempre corresponden a las expectativas del paciente (Córdoba, 2010; Malick, Howard & Koo, 2008). En diversos estudios, cuyo objeto era describir la salud mental de quienes se someten a CPC, se ha hecho evidente que las personas que se someten a CPC reportan alta ansiedad y depresión (Learie, Orr & Dwyer, 2004), elevada preocupación por la imagen corporal (IC) y baja competencia social (Cook, Rosser, Toone, James & Salmon, 2006), además de baja autoestima y en general problemas psicológicos que no mejoran con la cirugía (Córdoba, 2010; Soest, Kvaalem, Roald & Skolleborg, 2009).

Es preciso identificar posibles problemáticas psicológicas que afectan tanto el proceso decisorio como el nivel de satisfacción y cumplimiento de expectativas que se tienen frente a los procedimientos, pues la baja satisfacción con los resultados de la CPC puede motivar la búsqueda de nuevos procedimientos, con los riesgos que para la salud supone el sometimiento a este tipo de cirugías (Malick et al., 2008). La valoración integral incluye un grupo de profesionales entre los que se cuenta el psicólogo, quien debe ser el encargado de identificar las expectativas del paciente, eva-

luar su salud mental y la forma en que influye en la decisión de someterse a las CPC (Galán & Castillo, 2001).

La IC corresponde a la percepción que tiene cada individuo acerca de su cuerpo en términos de forma, peso y atractivo (agrado proyectado/deseabilidad sexual) que implica una evaluación comparativa del propio cuerpo respecto de los estándares sociales, la presión social por cumplirlos y la idea que tiene de cómo es su cuerpo. La valoración de la IC implica tres dimensiones: la cognitiva (representación mental del cuerpo), la emocional (satisfacción con la propia apariencia) y la conductual (actividades de cuidado y cultivo del cuerpo) (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010).

La insatisfacción con la IC se da ante la disparidad entre lo que el sujeto percibe de su cuerpo y los estándares sociales (Frisén & Holmqvist, 2010) combinada con la exagerada importancia por cumplir dichos estándares (Bell & Rusforth, 2010; Cash & Pruzinsky, 2002; Raich, 2004; Salazar, 2008), bien sea por cambios físicos reales, por la percepción errónea de que el cuerpo tiene alguna deformidad o de la preocupación que aparece cada vez a más temprana edad en mujeres por su apariencia física (Arriagadas & Ortiz, 2010; Esnaola et al. 2010). Tanto la distorsión de la imagen como la preocupación exagerada por la IC han sido asociadas a varios trastornos mentales (Calderón, Forns & Varea, 2010; McGrath & Mukerji, 2000; Salaberria, Rodriguez & Cruz, 2007).

La aceptación de CPC ha sido definida por Cabarcas y Londoño (en prensa) como el conjunto de cogniciones y conductas que implican una evaluación positiva de las CPC, de quienes se someten a ellas, de los posibles resultados benéficos y la aparición de comportamientos de aproximación a los procedimientos (revisión de material relacionado, valoraciones y práctica misma de la cirugía). Pulido y Londoño (2012) incorporan elementos cognitivos tanto en la aceptación como la motivación y la intención de realizarse una o varias CPC, hasta la realización de múltiples cirugías.

Las personas que deciden practicarse este tipo de procedimientos pretenden conseguir

ganancias externas asociadas a la modificación de los rasgos. Entre los beneficios percibidos están incrementar la aprobación y reconocimiento de familiares cercanos (padres, pareja, hijos) quienes sugieren al paciente determinado tipo de intervenciones con fines específicos, y cumplir estándares basados en exigencias laborales o socioculturales respecto al concepto de belleza (Sarwer, Wadden, Pertschuk & Whittaker, 1998).

En diferentes investigaciones se ha hecho énfasis en el impacto de las modificaciones corporales producidas por eventos vitales (discapacidad física, traumatismo, enfermedades y envejecimiento) sobre la salud mental, el autoconcepto, el ajuste psicosocial y la calidad de vida de las personas (Angramonte, Ledon, Monteagudo & Mendoza, 2007), así como en su imagen corporal, pues juega un papel determinante en la manera en como el paciente se aproxima a las CPC, pero estos trabajos no tienen los alcances explicativos deseados para el caso particular de las cirugías meramente cosméticas.

En este campo específico, se sabe que las personas que presentan altos niveles de preocupación por la imagen corporal (Von Soest, Kvallem, Skolleborg & Roald, 2006) por la cantidad de calorías de los alimentos que ingieren, tienen mayor motivación para someterse a CPC, pues creen que estos les permitirán de manera inmediata y directa acercarse a la consecución de la IC deseada (bajar de peso o cambiar el aspecto). Estas personas evitan involucrarse en procesos de cambio conductual alimentario y en la práctica de actividad física ya que implican alto esfuerzo (Sánchez & González, 2007). Así mismo, la percepción que tiene el individuo acerca de su IC y la aceptación de las CPC son predictores del posterior sometimiento a estos procedimientos. Respecto a los aspectos psicológicos presentes en mujeres que se someten a procesos característicos de las cirugías plásticas cosméticas, Harmer, Cowen y Cooper (2008), así como Cabarcas y Londoño (en prensa) encontraron que el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria era más alto en estas personas, y que muchas presentaban síntomas de depresión, asociados probablemente a una

dificultad en el reconocimiento de rostros con expresiones emocionales neutrales en comparación con mujeres que no se realizan estos procedimientos (Álvarez, 2009).

Por su parte Solvi, Foss, von Soest, Roald, Skollebor y Holte (2010) realizaron un estudio de corte cualitativo con mujeres candidatas a CPC de aumento de busto, en el que identificaron factores motivacionales relacionados con el hecho de aceptar la CPC. Entre ellos estaban el deseo de establecer, reparar, mejorar, y/o restaurar el cuerpo; el impulso motivacional básico de femineidad; la imagen de belleza y atractivo (insatisfacción con la apariencia, figura ideal, autoestima, comentarios, ropa, y sexualidad) y los provocadores (profesionales, conocimiento de otros pacientes de cirugía, finanzas, medios de comunicación y pareja afectiva).

Se ha confirmado que la edad está asociada tanto a la aceptación de las personas que se han sometido a CPC, como al hecho de aceptar y someterse a dichos procedimientos; especialmente si las personas cuentan con un historial de burlas respecto del aspecto físico y tendencia a la preocupación por alguna zona del cuerpo (Cabarcas & Londoño, en prensa). Así mismo, se ha identificado que la importancia dada a las relaciones interpersonales puede actuar como un factor de riesgo de la interiorización extrema de los ideales de delgadez (Álvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Mancilla-Díaz & Vázquez-Arévalo, 2009).

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 intervencionales a menor costo; también las mujeres mayores están expuestas a dichas influencias, y la preocupación por la delgadez en personas adultas tiene como propósito central la conservación de la juventud (Álvarez-Rayón et al., 2009). Por su parte, Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Master y Price (2004), encontraron que existe relación entre someterse a CPC y el hecho de desarrollar problemáticas de ansiedad postoperatorias. De otra parte, Hontanilla y Aubá (2002) mostraron

que existe disminución en la manifestación de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes que son sometidos a un procedimiento estético.

Si las personas que se someten frecuentemente a CPC las aceptan abiertamente tienen riesgo alto de padecer TCA, razón por la cual podría pensarse que están en similar riesgo de padecer trastornos de ansiedad y depresión, si se reconoce la alta comorbilidad existente entre estos trastornos mentales; sumado a que ya se ha detectado comorbilidad con depresión mayor y fobia social entre los pacientes que buscan tratamientos cosméticos, y la mayoría de ellos no se sienten satisfechos con los resultados. (Aouizerate, Pujol, Grabot, Faytout, Suire, Braud, et al., 2003; Gantiva, Luna, Dávila & Salgado, 2011; Lunde, Fasmer, Akiskal, Akiskal & Oedegaard, 2009; Vardar, ArzuVardar & Kurt, 2007).

Con base en las distintas investigaciones no es posible identificar con claridad la dirección de las relaciones entre ansiedad, depresión y reportar en el historial médico una CPC. De hecho, es difícil establecer las variables predisponentes para desarrollar problemáticas psicológicas dentro de la revisión en el tema. Pero podría pensarse que si la realización de estos procedimientos, no siempre conlleva a resultados satisfactorios y acordes con las expectativas de resultado, las personas insatisfechas con los resultados obtenidos en la modificación de su apariencia están en riesgo de desencadenar la aparición de problemas del estado de ánimo y de ansiedad. Aunque sólo en el estudio de Cabarcas y Londoño (en prensa), se evidencia que el estilo de afrontamiento centrado en la solución de problemas (Lazarus & Folkman, 1986), es característico de quienes se someten a múltiples procedimientos quirúrgicos.

Si se tiene en cuenta la ya establecida relación estrecha entre el ajuste a distintos procesos médico-quirúrgicos y de enfermedad crónica (Ivory & Kambouropoulos, 2012; Hasking, Livers & Carlopio, 2011; Meng, Tao, Wan, Hu & Wang, 2011; Pamies & Quiles, 2012; Quiles & Terol, 2008; Velasco, Botero & Londoño, 2011), es precisamente esta falta de evidencia específica acerca de las CPC y los ha-

llazgos preliminares en el terreno que relaciona afrontamiento. Cuando estas sobrepasan o exceden sus recursos personales y salud, lo cual favorece la idea de continuar en la misma línea de indagación. Por ello se incluye un breve recorrido por la teoría del afrontamiento y sus principales presupuestos así como la enunciación de los hallazgos que resultan claves para la presente propuesta.

En suma, diversos factores psicológicos como el riesgo de TCA, los síntomas de depresión y ansiedad y los estilos de afrontamiento están relacionados con la aceptación de CPC y con el cumplimiento de las expectativas de los procedimientos; incluso con la toma de ciertas precauciones necesarias para garantizar la buena práctica de los cirujanos que puede dar mayor garantía de bienestar a las personas que se someten a dichos procedimientos. Por tanto, el presente estudio pretende identificar la relación que puede existir entre variables como la ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento y el riesgo de TCA, que en interacción pueden ser vistos como predictores de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas.

## Método

### Participantes

La muestra no probabilística intencional del estudio estuvo constituida por 70 mujeres y 7 hombres con edades comprendidas entre los 19 y 73 años de edad con una media de 34.32 años, principalmente de estratos 3 y 4 residentes en la ciudad de Bogotá. Con el fin de incrementar la validez interna y externa del estudio, se equilibró la muestra incluyendo personas que se habían sometido a CPC y personas con características homologas en términos de edad y género, pero que no se habían sometido a este tipo de procedimientos.

### Diseño

El presente estudio de corte descriptivo correlacional pretendió analizar si la ansiedad, depresión, riesgo de TCA, estilos de afrontamiento predicen la aceptación de cirugía estética cosmética. También se comparó la presentación de ansiedad y depresión en personas con y sin cirugía cosmética.

Tabla 1  
*Características sociodemográficas de la muestra*

Variable		f	%	Variable		f	%
Género				Estrato			
<i>Masculino</i>		9		1	1	1.3	
<i>Femenino</i>		68		2	11	14.3	
Profesión				3	27	35.1	
<i>Ciencias de la admón.</i>		12	15.6	4	28	36.4	
<i>Ciencias Soc. y humanas</i>		22	28.6	5	7	9.1	
<i>Formación técnica y tecnológica</i>		17	22.1	6	1	1.3	
<i>Ciencias de la Salud</i>		7	9.1	Estado civil			
<i>Ingenierías</i>		5	6.5	Soltero	42	54.5	
<i>Estudiante</i>		8	10.4	Casado	17	22.1	
<i>Ama de casa</i>		6	7.8	Unión libre	6	7.8	
				Separado	6	7.8	
				Viudo	6	7.8	
Edad	X	Ds	Min	Max			
	34.32	12.34	19	73			

## Instrumentos

Se aplicó el Cuestionario de Aceptación de Cirugía Plástica forma A de Cabarcas y Londoño (en prensa) que consta de 15 ítems, el cual fue diseñado y validado para población colombiana de ambos sexos. Dicho cuestionario incluye los componentes principales de los modelos cognoscitivos sociales como una actitud positiva, motivación o razones por las cuales aceptan o buscan este procedimiento, el grado de intención para acceder a las CPC y la existencia de comportamientos de aproximación como búsqueda de asesoría específica o información, asistencia a valoración médico-quirúrgica, el sometimiento a la CPC y la intención de repetir dicho procedimiento.

La prueba cuenta con un nivel de confiabilidad adecuada con un alfa de Cronbach de .889. La más alta aceptación se deriva de la existencia de un mayor número de juicios positivos en torno a las CPC y a las personas que se someten a ellos. Una aceptación neutra está dada por la obtención de una calificación igual a cero y se califica a partir de rangos (Cabarcas & Londoño, en prensa).

The Abbreviated Eating Attitudes Test (Escala Abreviada y Modificada de las Actitudes Alimentarias, EAT-26-M) es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado y validado en diferentes culturas, que permite detectar casos probables de AN, BN y TCA NOS. Es una versión abreviada del EAT-40. El EAT-26-M fue validado en población colombiana por Castrillón, Montaña, Avendaño y Pérez-Acosta (2007), con consistencia interna de .87 (con un intervalo de confianza de 95%), punto de corte de 20 y cinco factores a saber: (a) preocupación por la ganancia de peso corporal, (b) preocupación por la cantidad de calorías contenidas en los alimentos, (c) preocupación obsesiva por la comida, (d) bulimia y (e) preocupación social por la ganancia de peso. Los autores reportaron la supresión de cuatro preguntas ya que a pesar de su alto contenido clínico no fueron discriminativas en la población normal; sin embargo, sugieren que el test se aplique completo ya que tanto las preguntas como la prueba completa tienen fiabilidad diagnóstica.

El Inventario de Estilos de Afrontamiento diseñado por Lazarus y Folkman (1993), traducido por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y adaptado a población colombiana por Archila, García y Londoño (2005) está constituido por 42 ítems con una confiabilidad mayor a .7. El inventario ha sido ampliamente utilizado en diversas poblaciones e identifica los estilos de afrontamiento que utiliza un individuo para enfrentar una situación estresante, dentro de las siguientes posibilidades: (a) estilo centrado en la solución de problemas, (b) estilo centrado en la búsqueda de soporte social, (c) estilo evitativo, estilo fantasioso y (e) estilo autoculpable. Cada ítem se responde en una escala que va de 0 (nunca) a 3 (en gran medida) y el resultado final está dado por los promedios de cada estilo. Es necesario advertir que hay ítems que se deben calificar de manera inversa. La puntuación total está dada por el promedio de las puntuaciones para cada uno de los estilos de afrontamiento.

El Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) es un cuestionario que evalúa el nivel actual de ansiedad (estado) y la predisposición de la persona a responder con ansiedad frente a las situaciones de estrés (rasgo). Consta de 40 ítems, la mitad de ellos evalúa ansiedad estado (como se siente en ese momento) y los restantes ansiedad rasgo (como se siente habitualmente). Se aplica en población adolescente y adulta. Su aplicación dura 15 minutos aproximadamente y las opciones de respuesta varían entre 0: nada, 1: algo, 2: bastante y 3: mucho (Spielberg & Díaz, 1975).

El International Neuropsychiatric Interview (MINI). (Versión española, módulo depresión), es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y la CIE-10. Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una alta puntuación en validez y confiabilidad, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría

diagnóstica y las respuestas son de si o no a cada pregunta (Álvarez & Londoño, 2011).

**Procedimiento**

Se procedió a llevar a cabo la recolección de datos previa y la firma del consentimiento informado por parte de cada uno de los participantes. Luego se analizaron los resultados usando el programa estadístico SPSS versión 17. Finalmente, por medio del programa AMOS se estableció el modelo predictivo entre las variables de asociación y la de desenlace.

**Resultados**

En la categoría ansiedad estado se obtuvo una puntuación mínima de 1 y una máxima de 89, con una media de 51.2 y una desviación estándar de 24.3; en la categoría de ansiedad rasgo se obtuvo una puntuación mínima de 1 y una máxima de 97, con una media de 53.3 y una desviación estándar de 27.3; para la variable de síntomas depresivos, se identificó en las puntuaciones obtenidas un valor mínimo de 0 y máximo de 22, con una media de 5 y una desviación estándar de 5.41.

En relación con la variable de riesgo de TCA, respecto a la preocupación por la ganancia de peso se obtuvo un valor mínimo de 6 y otro máximo de 99, una media de 51.4 y una desviación estándar de 27.2; para el factor 2 relacionado con la preocupación por las calorías en los alimentos se obtuvo un valor mínimo de 7 y otro máximo de 99, con una media de 55.6 y una desviación estándar de 24.2; para el factor 3 relacionado con la limitación

en la ingesta de alimentos se obtuvo un valor mínimo de 10 y otro máximo de 96, una media de 57.4 y una desviación estándar de 21.6; en el factor 4 relacionado con bulimia, se obtuvo un valor mínimo de 15 y otro máximo de 97, una media de 68.3 y una desviación estándar de 16.3; finalmente el factor 5 relacionado con la preocupación social por la ganancia de peso se obtuvo un valor mínimo y uno máximo de 15 y 85 respectivamente, una media de 45.3 y una desviación estándar de 22.1.

Sobre el estilo de afrontamiento, se identificó para la primera un valor mínimo de 1 y máximo de 3, una media de 1.52 y una desviación estándar de .576; en el caso del afrontamiento centrado en la emoción se obtiene un valor mínimo de 0 y otro máximo de 2, una media de 1.31 y una desviación estándar de .591. En la variable aceptación de cirugías, se encuentra un valor mínimo de -27 y máximo de 50, con una media de 22.5 y una desviación estándar de 16.2.

**Modelo predictivo**

Se propuso un modelo teórico a partir de los hallazgos previos descritos en estudios anteriores que fue contrastado con el modelo empírico obtenido a partir de los datos, y se compararon en busca de encontrar un modelo que se ajuste a los datos y que no tenga diferencias significativas con el modelo final. El modelo predictivo de la aceptación de cirugías estéticas cosméticas está compuesto por tres de los factores que componen la variable riesgo de TCA (preocupación por la ganancia de peso, preocupación por las calorías en los alimentos y preocupación por

Tabla 2  
*Estadísticos descriptivos de las variables*

	Ansiedad		Depresión	Riesgo TCA					Afrontamiento		Aceptación cirugías
	AE	AR		F1	F2	F3	F4	F5	Problema	Emoción	
Mín.	1	1	0	6	7	10	15	15	1	0	-27
Máx.	89	97	22	99	99	96	97	85	3	2	50
X	51.2	53.3	5	51.4	55.6	57.4	68.3	45.3	1.52	1.31	22.5
Sd	24.03	27.3	5.41	27.2	24.2	21.6	16.3	22.1	.576	.591	16.2

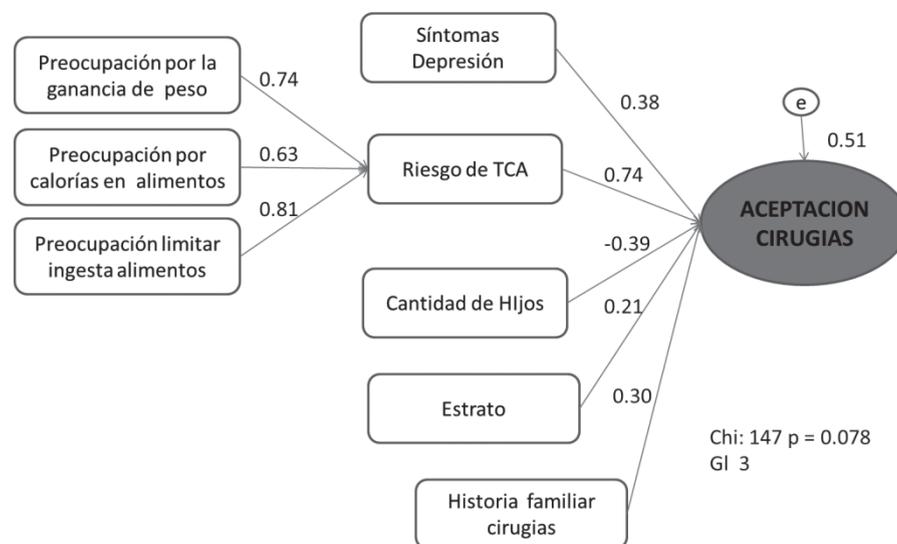


Figura 1. Modelo predictivo de la aceptación de cirugías estéticas cosméticas.

limitar la ingesta de alimentos), síntomas depresivos, cantidad de hijos, estrato socioeconómico e historia familiar de cirugías; que en interacción predicen el 51% de la varianza. De acuerdo con el Chi cuadrado, el modelo está ajustado y no hay diferencias significativas entre el modelo propuesto y el modelo de medición usado; no obstante se debe anotar que los grados de libertad se acercan a 1 y esto podría indicar que el modelo está sobre identificado y sería deseable replicar el estudio a otras poblaciones.

### Discusión

En relación con las variables sociodemográficas del estudio, se identificó que la mayor parte de la muestra se encuentra concentrada entre los 22 y los 50 años de edad. Asimismo, se ubican de forma significativa en los estratos 3 y 4. La muestra pudo ser mayor, pero debido a las fuertes críticas que en el momento de la aplicación se dieron a través de los medios de comunicación sobre la práctica de CPC, muchas de las personas que inicialmente se contactaron desistieron de participar.

Aunque no se contó con una alta participación de hombres - y ello limita las conclusiones - muchos estudios han demostrado que son las

mujeres quienes tienen mayor riesgo de TCA (Acosta, Llopis, Gómez & Pineda, 2005; Gómez-Peresmitré & Acosta, 2002; Peláez, Labrador & Raich, 2005), pues se muestran más interesadas en el atractivo físico y la realización de actividades de cuidado y cambio corporal son más frecuentes en ellas que en los hombres; el género femenino reporta más conductas de compra y seguimiento de modas, además de que frecuentemente desean tener menos peso que el actual (Mercado, 2008).

Respecto a la edad no se establece correlación significativa con la aceptación de CPC, mientras que en lo referente al estrato socioeconómico se identificó mayor aceptación de cirugías estéticas cosméticas entre mayor es el estrato, pues contar con recursos económicos incrementa la probabilidad de realizarse estos procedimientos (Cabarcas & Londoño, en prensa). Ni el nivel educativo ni el estado civil influyen de forma significativa en la aceptación de CPC en los participantes. Sobre el número de hijos se encontró que a mayor cantidad de embarazos decrecía la aceptación de cirugías, lo cual probablemente se explique por la limitación mayor de recursos a destinar para el pago de los procedimientos (Cabarcas & Londoño, en prensa).

En lo referente al modelo predictivo, se confirman la asociación entre las variables psicológicas como síntomas depresivos, los tres factores del riesgo de TCA (preocupación por la ganancia de peso, preocupación por las calorías en los alimentos y preocupación por limitar la ingesta de alimentos), y condiciones sociodemográficas como cantidad de hijos, estrato socioeconómico e historia familiar de cirugías. Lo anterior da cuenta de que hay mayor aceptación de las CPC en las personas que presentan síntomas depresivos más que ansiosos, y se observa una preocupación limitada por la ganancia de peso, el consumo de calorías y limitación de la ingesta de alimentos. Resultados que van acorde con el estudio de Cabarcas y Londoño (en prensa), donde se afirma que las cirugías de este tipo en su mayoría son medianamente invasivas y no se relacionan de manera directa con aquellas dirigidas a la pérdida de masa corporal.

De igual forma, quienes tienen preocupación por este tipo de características contempladas en los factores de riesgo TCA, tienen conductas saludables en un inicio, convirtiéndose a la cirugía en un último recurso. De la misma forma que en esta investigación, Chinchilla (2005); Hernández-Cortés y Londoño, (2013) y Markey y Vanderwal, (2007), encontraron que los TCA son trastornos estrechamente ligados a la patología depresiva. Sin embargo, cabe anotar que la naturaleza de dicha relación aún es desconocida, pues todos los estudios - incluido el presente - han sido de corte transversal, aunque en el presente se han empleado técnicas de análisis robustas que permiten hacer afirmaciones al respecto de la relación con mayor certeza. Aunque se identifican con claridad los estilos de afrontamiento de los participantes en el estudio y se analizan los factores que lo componen, en oposición al estudio de Cabarcas y Londoño (en prensa), no se identifica una correlación significativa entre los estilos de afrontamiento y la aceptación de cirugías.

Estudios como el de Echeburúa y Marañón (2001), habían mostrado la estrecha relación existente entre los TCA y la depresión sin que se hayan discutido su asociación en términos

causales pues ambos estudios eran transversales, si se hizo notar la existencia de una conjugación entre los síntomas de ambos trastornos; de la misma forma que se evidencia en la presente investigación. Finalmente, respecto a la historia familiar de cirugías hay una mayor aceptación sobre las cirugías estéticas cosméticas si en la familia alguna persona ya se las ha realizado y ha obtenido en su mayoría los resultados deseados.

En suma, la existencia de preocupación por la ganancia de peso, por las calorías contenidas en los alimentos y por el hecho de poder limitar la ingesta de alimentos son fuertes indicadores de riesgo alto de TCA, que conjugado con la menor valoración personal propia de personas con depresión, un grupo familiar que acepta las cirugías y posee información directa de los procedimientos mismos; sumados al hecho de tener un buen nivel económico y pocos hijos que le facilitan a la persona tomar la decisión de someterse a los procedimientos quirúrgicos que pueden ser considerados como una opción para resolver las preocupaciones corporales y el sentimiento de inferioridad que los aqueja. No obstante, debido a que este es un estudio transversal, es necesario conducir estudios longitudinales para determinar si estas conclusiones son aplicables a las personas en los distintos momentos de aproximación y recuperación de las cirugías. De hecho, es preciso contar con grupos de comparación para poder analizar si existen diferencias con las personas que rechazan abiertamente las cirugías.

Con el fin validar el modelo predictivo producto del presente estudio, se sugiere la replicación del mismo en diversas muestras poblacionales y el estudio de otros factores como la existencia de posibles trastornos dismórficos corporales e incluso la existencia de trastornos de personalidad que puedan facilitar el hecho de decidir someterse a las cirugías. La psicología tiene una responsabilidad mayor al respecto, y debe continuar aportando tanto en la comprensión de este reciente fenómeno, así como en el acompañamiento de personas y profesionales en la toma de decisiones sobre este tipo de cirugías en particular.

## Referencias

- Acosta, M.V., Llopis, J. M., Gómez, G., & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Álvarez, M. (2009). Importancia en la detección de trastorno dismórfico y depresión antes de someterse a un procedimiento estético electivo. *MedUNAB*, 12(1), 46-51.
- Álvarez, N., & Londoño, C. (2011). ¿Se deprimen los hombres? ¿diferente de las mujeres? Madrid: Editorial Académica Española.
- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J., & Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud pública*, 11(4), 568-578.
- Angramonte, A., Ledon, I., Monteagudo, G., & Mendoza, M. (2007). Cirugía genital: impacto psicológico y sexual. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(2).
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C.,...Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European Psychiatric*, 18(7), 365-368. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.02.001
- Archila, D., Garcia, D., & Londoño, C. (2005). Estrategias de afrontamiento y consumo de cigarrillo en estudiantes de la Universidad Santo Tomás. *Experiencias Investigativas*, 2, 9-27.
- Arriagadas, J., & Ortiz, A. (2010). Algunas reflexiones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Médica Clínica las Condes*, 21(1), 135-138.
- Bell, L., & Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: un programa para personas con trastornos alimentarios*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cabarcas, K., & Londoño, C. (en prensa). Afrontamiento, optimismo/pesimismo, imagen corporal y riesgo de TCA como predictores psicosociales de la aceptación de cirugías plásticas cosméticas. *Psicología y salud*.
- Calderón, C., Fornis, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. doi:10.3305/nh.2010.25.4.4477
- Castrillón, D., Montaña, I., Avendaño, G., & Pérez-Acosta, A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Chinchilla, A. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Masson.
- Cook, S., Rosser, R., Toone, H., James, M., & Salmon, P. (2006). The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: Quantifying clinical need. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 59(1), 54-64.
- Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 2(2), 37-48.
- Cruz, E., & Carine, L. (2009). El Cuidado de Enfermería en el Contexto de la Cirugía Plástica Estética: Una Reflexión a partir de los Patrones de Conocimiento. *Umbral Científico*, 15, 8-14.
- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Engler, P.A., Crowther, J. H., Dalton, G., & Sanftner, J. L. (2006). Predicting eating disorder group membership: An examination and extension of the sociocultural model. *Behavior Therapy*, 37(1), 69-79. doi: 10.1016/j.beth.2005.04.003
- Esnaola, I., Rodriguez A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: Gender and age differences. *Salud Mental*, 33(1), 21-29.
- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205-212.
- Galán, R., & Castillo, A. (2001). *Cirugías estéticas*. Colombia: Norma.
- Gantiva, C. A., Luna, A., Dávila, A. M., & Salgado, M. J. (2011). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63-70.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3(4), 387-396. doi:10.1016/S1471-0153(02)00089-2
- Gómez-Peresmitré, G., & Acosta, M.V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/España). *Psicothema*, 14(2), 221-226.
- Hasking, P., Livers, M., & Carlopio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behavior. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479-487. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.01.014
- Hernández-Cortés, L.M., & Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761. doi: 10.6018/analesps.29.3.175711
- Hontanilla, B., & Aubá, C. (2002). Belleza y Cirugía Estética: consideraciones Psicológicas y Morales. *Revista Médica Universitaria de Navarra*, 46(3), 45-51.
- Ivory, N., & Kambouropoulos, N. (2012). Coping mediates the relationship between revised reinforcement sensitivity and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 822-827.
- Jones, L., Harmer, C., Cowen, P., & Cooper, M. (2008). Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. *Eating Behaviors*, 9(4), 389-97. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.03.001
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Learie, S., Orr, D., & Dwyer, A. (2004). Psychiatric morbidity in a regional plastic surgery centre—one-year review with a proposed categorization. *British Journal of Plastic Surgery*, 57(5), 440-445.
- León, M. T., & Castillo, M.D. (2005). *Trastornos de comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid España: Formación Alcalá.
- Lunde, A., Fasmer, O., Akiskal, K., Akiskal, H., & Oedegaard, K. (2009). The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 309-314. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.012

- Markey, M.A., & Vander, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 458-464.
- Malick, F., Howard, J., & Koo, J. (2008). Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatologic Therapy*, 21(1), 47-53. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00169.x
- McGrath, M., & Mukerji, S. (2000). Plastic surgery and the teenage patient. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13(3), 105-118.
- Meng, X., Tao, F., Wan, Y., Hu, Y., & Wang, R. (2011). Coping as a mechanism linking stressful life events and mental health problems in adolescents. *Biomedical and Environmental Sciences*, 24(6), 649-655. doi: 10.3967/0895-3988.2011.06.009
- Mercado, C. (2008). Aplicación del análisis de género a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista eSalud*, 4(14).
- Pamies, L., & Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235.
- Peláez, M. A., Labrador, F., & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Pulido, D., & Londoño, C. (2012). Factores sociodemográficos, esquemas mal adaptativos e insatisfacción con la imagen corporal como predictores de la aceptación de cirugías plásticas estéticas. Proyecto tesis de Maestría.
- Quiles, Y., & Terol, M. C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, 87(2), 67-80.
- Salaberria, K., Rodriguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sánchez, K., & González, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(4).
- Sarwer, D., Wadden, T., Pertschuk, M., & Whitaker, L. (1998). The Psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1-22.
- Sociedad Americana de Cirugía Plástica (2007). Estadísticas sobre cirugía plástica. Recuperado de <http://www.surgery.org/sites/default/files/News%20Release%20-%2011.7%20COSMETIC%20PROCEDURES%20IN%202007.pdf>
- Soest, T., Kvaalem, I., Roald, H., & Skolleborg, K. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of plastic, reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62(10), 1238-1244. doi: 10.1016/j.bjps.2007.12.093
- Solvi, A., Foss, K., Von Soest, T., Roald, H., Skolleborg, K., & Holte, A. (2010). Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63(4), 673-680. doi: 10.1016/j.bjps.2009.01.024
- Spielberg, C., & Diaz, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE)*. México: Manual Moderno.
- Vardar, E., Arzu Vardar, S., & Kurt, C. (2007). Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 8(2), 143-147. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.03.002
- Velasco, M., Botero, P., & Londoño, C. (2011). Recursos psicológicos: afrontamiento, optimismo y calidad de vida. En *Avances y Perspectivas en Psicología de la Salud*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D., y Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Von Soest, T., Kvaalem, I., Skolleborg, K., & Roald, H. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic Reconstructive Surgery*, 117(1), 51-62.

