

RASGOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN MUJERES
CON CIRUGÍA ESTÉTICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

Presentado por:

YOLIMA ANDREA GOMEZ GUEVARA

2132229156

MARIA FERNANDA LEYTON JAIMES

20131228301

MAYERLY YIRLEY PARRA FERREIRA

20111225293

9AD Psicología

Presentado a:

MANUEL RIAÑO

Profesor

Tutor:

MARLEN KARINA FERNANDEZ DELGADO

Universidad Simón Bolívar Sede Cúcuta

Noviembre de 2017

Cúcuta - Colombia

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Problema.....	8
Planteamiento del problema.....	8
Hipótesis.....	13
Formulación del problema	13
Justificación	14
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos	19
Marco Referencial	19
Antecedentes.....	19
Marco Teórico.....	28
Enfoque Cognitivo Conductual.....	33
Marco Conceptual.....	38
Marco Contextual	39
Marco legal	40
Diseño Metodológico	47
Enfoque y Diseño.....	47
Población y Muestra	47

Instrumento y métodos.....	48
ANALISIS DE RESULTADOS.....	51
Discusión	64
Conclusiones	74
Recomendaciones	75
Referencias.....	76
Apéndices	84

Lista de tablas

Tabla 1. Proceso de Operacionalización Conceptual de Variables.	49
Tabla 2. Operacionalización de las variables.	50

Lista de figuras

Figura 1. Adaptación de la Triada Cognitiva Conductual para el TDC según DSM-V, fuente de elaboración propia.	36
Figura 2. Ubicación de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta. Fuente: Google Maps.	40
Figura 3. Rango de edades de las mujeres participantes.	52
Figura 4. Estado civil.	53
Figura 5. Nivel socioeconómico.	54
Figura 6. Actividad laboral.	55
Figura 7. Número de hijos.	56
Figura 8. Inconformidad imagen post-cirugía.	57
Figura 9. Intención de someterse a cirugía estética.	58
Figura 10. Riesgo a trastorno dismórfico corporal.	59
Figura 11. Factor de insatisfacción de imagen.	59
Figura 12. Factor de preocupación de Peso.	60
Figura 13. BSQ y Rango de edad.	61
Figura 14. Resultado BSQ vs inconformidad post-cirugía.	62
Figura 15. Resultado BSQ vs deseo de realizarse cirugía estética.	63

Lista de apéndices

Apéndice A. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

84

RASGOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN MUJERES CON CIRUGÍA ESTÉTICA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

Introducción

El Trastorno Dismórfico Corporal o TDC en adelante, es una patología mental que basa componentes de disfunción personal y social desde la distorsión de la imagen corporal, que en términos de Caballo (2002) resulta importante el establecimiento del conjunto cognitivo que determina la excesiva preocupación y atención desbordada frente a la imagen del cuerpo y que como consecuencia sostiene un arco de conductas que inciden en la sensación de bienestar de la persona.

Ante este panorama, la investigación propone la descripción de la presencia de rasgos asociados al TDC en mujeres con cirugía estética entre los 18 y 35 años de la Universidad Simón Bolívar, por medio, de un estudio exploratorio descriptivo, estableciéndose la tendencia de riesgo en la población de estudio, toda vez que se parte del supuesto de las investigadoras de que son la población que pueden desarrollar este tipo de patología asociada a la imagen corporal; se define el alcance frente al reconocimiento del TDC como un factor de riesgo a la salud mental y que desde el contexto sociodemográfico de la investigación consolidar datos para procesos de promoción de la salud y prevención de la salud mental.

Es de resaltar, que los resultados obtenidos es producto de una investigación de corte cuantitativo, con diseño no experimental de tipo exploratorio descriptivo y de corte transversal, según los fundamentos desarrollados por Hernández, Fernández y Baptista (2010), además este tipo de estudio se plantea como una exploración del TDC en esta población y según los resultados la relevancia para esta población se estableció que para las

mujeres con cirugía estética la tendencia a presentar rasgos del TDC, está en un porcentaje alrededor del 17% con riesgo clínico, y un 57% de riesgo moderado, concluyendo entonces que es una población riesgo de presentar signos y síntomas del TDC.

Obtener este tipo resultados, define un mecanismo de signos que suponen la presencia del TDC en mujeres y que pueden enmarcar la posibilidad de analizar el producto de comportamientos orientados o desencadenados por la posibilidad de presencia del trastorno, esto aporta a referir un análisis social y cultural de procesos que puedan asociarse al TDC y que de acuerdo con la revisión investigativa ha sido poco estudiada y se requiere de la obtención de más datos que ayuden a visualizar objetivamente la expresión del TDC y del comportamiento de las mujeres que deciden realizarse cirugías estéticas.

Problema

Planteamiento del problema

Son cada vez más las personas que se realizan cirugías plásticas en Colombia, encontrando que para el año 2014 entre nacionales e internacionales se practicaron alrededor de 357.115 cirugías, y de estas las de mayor frecuencia fueron las liposucciones y los implantes mamarios, y al tomar un tiempo de análisis según estos datos se puede afirmar que se practican alrededor de 40 procedimientos estéticos cada 40 hora lo cual se puede traducir en un nuevo procedimiento estético cada 90 segundos (El Espectador, 2015), ahora bien, relacionando esto con aspectos tan relevantes y a la vez de alta precaución al presentarse una relación a través de un modelo predictivo que quienes se practicaron dichos procedimientos presentan una relación del 0.74 como factor de riesgo para un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), así mismo, un 0.38 de relación en cuanto a tener un trastorno depresivo sea su gravedad diferente.

Este primer escenario desde el análisis social que realizan los medios de comunicación, definen el interés por investigar el malestar psicológico asociado y referenciado en la opinión social, es decir la psicología requiere de analizar y explorar los fenómenos que pueden afectar el bienestar psicosocial de la persona, de manera particular como investigadoras es un tema que a nivel de la sociedad se percibe como normal e incluso como un modelo a seguir, pero no siempre se conocen las razones que conllevan al comportamiento dirigido a realizarse cirugías estéticas, de allí parte inicialmente el motivo de la presente investigación.

La atención integral a cada ser humano debe ser el propósito del trabajo de todos y cada uno de los profesionales de la salud, y es claro que, conociendo las dos variables presentadas anteriormente, y sabiendo que estas están sujetas una de otra, sabiendo que el trastorno dismórfico corporal (TDC) en adelante, se puede manifestar de diversas maneras, sin embargo con un mismo principio el TDC se expresa bajo la inconformidad perceptual del cuerpo de quien padece el trastorno, así mismo puede afectar la percepción de aspectos globales como los rasgos faciales, la forma, tamaño, el volumen o peso y la simetría del cuerpo sin embargo todo este puede variar a aspectos relativamente menores o menos visibles como las caderas, los muslos, tamaño de las nalgas entre otros (Phillips, 1991; Raich, 2000, citados por Salaberria Rodríguez y Cruz, 2007).

Estas distorsiones perceptuales, generan incidencia y consecuencias que ponen en riesgo la salud física y mental de la persona, además de que afecta las áreas de implicación y de relación social, en términos de Moreno, Montañó, Prieto y Pérez-Acosta (2015) las áreas de interacción social se ven afectadas por la constante variabilidad emocional que puede incluso determinar una comorbilidad con alteraciones del estado de ánimo, por lo

tanto se puede considerar que aún si la cirugía estética representa un mecanismo para mejorar condiciones de calidad de vida y bienestar personal, muchas veces puede tener un efecto en el que la insatisfacción de la imagen corporal persista considerando esto como un indicador de riesgo para expresar un TDC.

Frente a los precipitantes que según la investigación científica diversos autores como Moreno y Cols. (2015) y García Abreu, Ojeda Vicente, Gutiérrez y José (2014) concuerdan en la incidencia que tienen los factores del contexto social y cultural, ya que los estándares de belleza demanda una exigencia sobrevalorada de alcance de una imagen perfecta, esto en sí mismo no representa un trastorno; sin embargo cuando la preocupación y los niveles de insatisfacción no están alineadas a la realidad puede determinar el inicio del cuadro clínico, donde el conjunto de síntomas puede conllevar a situaciones incapacitantes, expresando además deterioro en las áreas de socialización y contextos de desarrollo personal como lo son el ambiente laboral entre otros.

Por ello, uno de los fenómenos que expresan una salida frente a la insatisfacción de la imagen corporal son las cirugías estéticas, actualmente se considera que las motivaciones para demandar un tratamiento en cirugía estética vienen determinadas en ocasiones por la orientación actual de la sociedad hacia la juventud y en la cual un aspecto fundamental lo reseñan, Zuckerman y Abraham, (2008). Autores tales como Castel, Honigman y Phillips (2002) en sus investigaciones, concluyen que los pacientes no siempre se sentían satisfechos con los resultados de su cirugía estética, pero a su vez otros pacientes terminaban sintiéndose mejor sobre sí mismos, obteniendo mejoras en el funcionamiento del paciente, incluyendo los ámbitos de autoestima, angustia, timidez y calidad de vida.

De igual manera, Ohlsen, Ponten y Hambert (2006); expresaron que existe una disminución de la depresión y de la ansiedad en pacientes que han sido intervenidos en una cirugía estética. Siguiendo este orden de ideas la cirugía estética cumple una doble función debido a que no solo corrige las deformidades corporales, sino que de igual forma puede contribuir con la psiquis dañada de la persona, considerando la cirugía como una forma de ayuda psicológica, sin embargo, no siempre se puede considerar la cirugía como una solución psicológica ya que puede manifestar riesgos a la salud por los cambios forzosos que se realizan al organismo.

Existiendo estudios que contradicen dicha teoría, se llevó a cabo una exhaustiva investigación, donde mostró que la mayoría de los pacientes albergaban demasiadas expectativas sobre el resultado de la cirugía estética, con la esperanza de obtener a través de esta intervención cosmética un efecto terapéutico, lo cual no logran alcanzar, debido a que las bases de estos problemas son psicológicas, tal como lo proponen Castrillón Moreno, Luna Montaña, Avendaño Prieto y Pérez-Acosta (2007), por esto se tomaron la tarea de validar el BSQ cuestionario de la imagen corporal en Colombia, ya que es importante tener herramientas para el apoyo de diagnósticos de trastornos asociados a la imagen corporal.

Sin embargo, los pocos datos al respecto sobre el TDC asociado a personas que se someten a cirugías estéticas hacen difícil la tarea de cómo intervenir asertivamente las mujeres que lleguen a padecer este trastorno, ya que como bien se mencionó, existe una comorbilidad entre este y otros trastornos como trastornos de la conducta alimentaria y la depresión, y esta misma ausencia a su vez en relación a la efectividad terapéutica, aunque sea una población menor, hará ver un proceso más lento y sin datos en los cuales los profesionales de la salud puedan basarse, lo anterior desde una perspectiva de la psicológica orientada a estudios sobre la imagen corporal como establece Raich (2004).

Ahora bien, como ya se ha mencionado el incremento de las mujeres que deciden realizarse cirugías estéticas supone a nivel de salud un incremento en este tipo de procedimientos y es pertinente la responsabilidad de la generación de consciencia frente a los riesgos que tiene un procedimiento quirúrgico, por tanto, la relevancia de la responsabilidad que tienen las áreas de la salud para propender por la protección y salud de las personas.

Además, ante las cifras de mujeres que se someten a cirugías estéticas son considerables, de allí que a nivel de la psicología haya un interés por estudiar los aspectos asociados a esta práctica en las mujeres, al respecto Moreno, Montaña, Prieto y Pérez-Acosta (2015) validaron el cuestionario de la figura corporal en niñas y adolescentes como herramienta para un posible diagnóstico del TDC, partiendo de la fundamentación cognitiva de la percepción de la imagen corporal; sin embargo, si bien representa este estudio un acercamiento, es preciso dar claridad respecto de aquellas mujeres mayores de 18 años que ya se han practicado cirugía estética, partiendo de la hipótesis de que el haberse realizado cirugía estética no responde a criterios contenidos en TDC, pero que sin embargo, pueden estar asociados aspectos de insatisfacción de la imagen corporal que pueden desencadenar en el trastorno.

Cada uno de los aspectos expuestos, marcan consecuencias y causas que tiene el comportamiento orientado a realizarse cirugías estéticas, y de esta manera la investigación en psicología puede tener un campo de exploración de un fenómeno que particularmente se puede considerar como normal por la aceptación cultural de este tipo de procedimientos quirúrgicos, pero más allá, es válido generar cuestionamientos ya que de obtener resultados

orientados a altos índices de mujeres con insatisfacción de la imagen corporal pueden indicarse alguna tendencia hacia el padecimiento del TDC.

Por tanto, es preciso que la formulación del problema basado en el siguiente cuestionamiento ¿Qué proporción de mujeres con cirugía estética de una universidad privada presentan rasgos asociados al TDC? y el segundo orientado a la exploración desde la aplicación de la escala en mujeres que se han realizado cirugía estética. Lo anterior, describe un ejercicio que se orienta a establecer mecanismos que permitan a la psicología en la región tener herramientas basadas en el contexto de la misma.

Hipótesis

Hipótesis Nula

La mayoría de mujeres con cirugía estética de una Universidad Privada presentan riesgo clínico de acuerdo a los riesgos asociados al TDC.

Hipótesis Alterna

La mayoría de mujeres con cirugía estética de una Universidad Privada no presentan riesgo clínico de acuerdo a los riesgos asociados al TDC.

Formulación del problema

¿Qué proporción de mujeres con cirugía estética de una universidad privada presentan riesgo clínico de acuerdo con rasgos asociados al TDC?

Delimitaciones

Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se desarrollará en la Universidad Simón Bolívar de Cúcuta de Norte de Santander Colombia.

Delimitación Temporal

El proyecto investigativo se llevará a cabo durante el segundo semestre académico del año 2017.

Delimitación Conceptual

Para la presente propuesta investigativa la cual está dirigida a mujeres de una universidad privada, es necesario tener claridad teórica acerca de los conceptos a trabajar, los cuales son: emociones, pensamientos, conductas, TDC.

Justificación

A partir de una revisión de fuentes de investigación científica si bien han habido investigaciones previas que trabajen y sean consecuentes con las variables del TDC y las mujeres que se realizan operaciones estéticas en el ámbito de la región son pocas las investigaciones que describan estas dos variables de estudio; sin embargo, esto solo sirve de punto de partida para la realización de un proyecto ambicioso y de índole pertinente por la falta de datos existentes el respecto, y por supuesto, siguiendo el modelo pedagógico propio de la Universidad Simón Bolívar Sede Cúcuta, el cual es socio crítico, y es allí, desde la investigación que se lleva a su mayor esplendor el progreso que como universidad ha estado creciendo constantemente y esta investigación justifica cada uno de los esfuerzos que dicha institución hace en referencia a la innovación y al punto de quiebre que rompe la diferencia entre la investigación por compromiso y la investigación por motivación intrínseca.

Ahora bien, claro la ausencia de datos previos hay que tener en cuenta que trastornos como la conducta alimentaria y personas son signos de depresión tienen mayor probabilidad de realizarse cirugías estéticas, sin embargo, la correlación va recíproca, es

decir, que quienes hayan realizado dichas cirugías están en un riesgo mayor a padecer depresión, trastornos de la conducta alimentaria y ansiedad (Castañeda, y Cols.,2013) entendiendo que en orden de mención, la segunda consecuencia (TCA) se deben generalmente a una percepción errónea de su figura, lo cual involucra directamente la autoestima ya que la autoestima está íntimamente unida a conceptos como, valga la redundancia, el auto concepto y la auto imagen, y así mismo esta es considerada una variable cognitiva o que va directamente definida por los procesos psicológicos por lo cual se puede definir la autoestima como aquel juicio personal que se puede presentar mediante las actitudes que la misma persona tome hacia ella misma persona (Coopersmith; 1967 citado por Luna y Morelo, 2013), en este caso en específico, la cirugía estética.

A nivel de cifras que justifiquen este tipo de investigación Arab (2010) describe que epidemiológicamente el TDC afecta entre 0,7 a 5,3 % de la población en general, cifras que son estudiadas desde la población que consulta por medicina especializada en específico la dermatología, y además expone que a nivel de epidemiología los casos de pacientes sometidos a cirugías plásticas que tienen un TDC está entre un 6 a 15%, además plantea como ejercicio de atención en salud la prevención secundaria, cabe resaltar que estos datos son del contexto chileno y que de allí se precisa como base para desarrollar y contener datos desde la psicología en el contexto colombiano.

En este sentido, dentro de los aportes que esta investigación da para la psicología se sustenta en la exploración de contextos y escenarios específicos que pueden ofrecer al psicólogo clínico y de la salud la oportunidad de reconocer el riesgo que presente una persona de desarrollar un TDC, siendo así pertinente en relación a reconocer una población que constantemente pone su integridad en riesgo por la insatisfacción de la imagen corporal

y que a su vez estos procedimientos no garantizan eludir los elementos cognitivos y emocionales que presenta el TDC como bien lo expresa Caballo (2002), esta investigación entonces puede servir de base para futuras investigaciones que generen análisis de responsabilidad en procesos y procedimientos de salud, potencializando el trabajo a nivel clínico de los psicólogos en el país.

Así mismo se busca encontrar la prevalencia de estas variables y otras que se adecuen al contexto colombiano ya que no solo es importante conocer cuál es su relación para de esta manera poder predecir y saber hacer seguimiento desde la psicología a mujeres que realicen en su cuerpo dichas cirugías con el fin de preservar la salud mental, el propósito es dar una descripción de aquellas personas que toman la decisión de operarse y que pueden manifestar riesgo en su salud por someterse a este tipo de procedimientos quirúrgicos, ayuda esta investigación a través de los datos a la identificación para saber si se debe llevar un acompañamiento psicológico frente al proceso de sometimiento de la cirugía estética, aportando así a la psicología clínica y de la salud en el marco del contexto de la región y del país.

Es claro que la salud es un derecho para todos y cada uno de los ciudadanos, que sin importar qué condición llevó a la enfermedad física o mental, esta debe ser atendida por el estado, así como lo dicta la constitución política de Colombia (1991) en su artículo 49 y dentro de este, se estipula también que el estado es el encargado de dirigir programas de promoción y prevención de la salud, pero, en este sentido se resalta que deben adecuarse datos del contexto sólidos que den cuenta de la necesidad de realizar acciones preventivas en las mujeres que se realizan cirugías estéticas, más allá de que no son procedimientos que asume el estado, y que incluso dentro del plan obligatorio de salud estas son excluidas, pero

sí es pertinente que su salud si se llega a ver afectada de manera urgente deba ser socorrida (MinSalud, 2013), esta consideración va en orientación de fomentar el papel de la psicología ante una población que se somete a los riesgos propios que trae el realizar cambios abruptos en el cuerpo.

Así mismo, socialmente esta investigación aporta en todo lo relacionado a definir por medio de los datos obtenidos mecanismos de prevención y atención adecuados a las personas que por su tendencia al TDC se sometan sin valoración a cirugías estéticas y de allí que el primer paso sea definir consolidar datos objetivos del riesgo en esta población y no solo aventurar acciones sin un contexto necesario, por tanto, a nivel social busca la promoción de la salud de las mujeres que se someten a cirugías estéticas, enfatizando en el equilibrio mental, por medio de la satisfacción de su imagen corporal, además para los profesionales psicólogos los datos pueden servir de referencia y así establecer programas de acompañamiento a nivel de prevención y de atención clínica.

Es preciso establecer que el TDC es un trastorno que es de interés de estudio de otras disciplinas y ciencias de la salud, como ya se ha descrito Arab (2010) referencia que es un trastorno que se ha venido analizando desde las ciencias médicas a través de especializaciones como la psiquiatría y la dermatología, de allí que sea una necesidad pertinente el espacio de la psicología en el marco de análisis que puede tener el TDC.

Por otra parte, los psicólogos en muchas ocasiones requieren del uso de pruebas estandarizadas para obtener resultados de algún área en específico de la persona, estos procedimientos brindan una puntuación o medida que puede ser usada de distintas maneras, permitiendo la clasificación en categorías diagnosticas como plantea (Prieto y Delgado, 2010), bajo esta premisa es importante que ante esta necesidad también haya un sustento

empírico, es decir que hayan datos producto de investigaciones objetivas que den cuenta de la problemática y de la pertinencia de la misma para los procesos de atención, permite abrir un escenario en la que se incluya una población que muchas veces no reconoce su insatisfacción y que puede justificar su conducta por la aceptación social del fenómeno de cirugías estéticas, esta investigación busca establecer los componentes psicológicos que pueden estar afectados producto de la insatisfacción de la persona ante su imagen corporal.

Además, este ejercicio investigativo promueve escenarios en los que la exploración de este tipo de población pueda permitir conclusiones referentes al estado de salud mental de estas personas, definiendo el rol de la psicología en este escenario, a nivel formativo es un contexto en el que también implica fomentar el espacio social y cultural, tal como lo definen Moreno y Cols. (2015) es precisar como el contexto social influye y tiende a agudizar los pensamientos de insatisfacción corporal por los modelos sociales de perfección, aludiendo el cuidado del cuerpo pero muchas veces desconociendo todo el riesgo que conlleva someterse a un procedimiento quirúrgico.

A nivel personal la investigación es un canalizador de conocimientos que para la formación siguen potencializando las destrezas a nivel práctico, lo cual no solo beneficiará a los investigadores en lo cuantitativo en la institución, sino a nivel personal promoverá el crecimiento ético y profesional a puertas de una pronta salida al campo laboral, de esta manera a través de los espacios académicos formar estudiantes íntegros para hacer alusión a él eslogan institucional de la Universidad Simón Bolívar Sede Cúcuta: “Construyendo la región que queremos”.

Objetivos

Objetivo General

Describir el nivel de riesgo de rasgos asociados al TDC en mujeres con cirugía estética de una universidad privada, por medio, de un estudio exploratorio descriptivo, estableciéndose la tendencia de riesgo en la población de estudio.

Objetivos Específicos

Establecer las variables sociodemográficas de las en mujeres con cirugía estética de una universidad privada, por medio, de un cuestionario incluido en la prueba BSQ, conociéndose criterios de edad, estado civil, estrato social.

Identificar los niveles asociados al TDC en mujeres con cirugía estética de universidad privada, por medio, de la aplicación de BSQ (Cuestionario de la figura corporal), determinándose la tendencia de preocupación excesiva en la población de estudio.

Asociar los niveles del TDC y las variables sociodemográficas en mujeres con cirugía estética de universidad privada, por medio de estadísticos descriptivos, mostrándose las diferencias o similitudes del comportamiento de los factores del TDC.

Marco Referencial

Antecedentes

Tomando en cuenta, el objetivo planteado se está realizando la revisión de estudios de carácter psicológico en población con características similares a la población objeto de estudio, en este sentido la revisión se estructura de lo general específico, es decir se contextualiza desde lo internacional, nacional y regional, como ya se ha descrito

brevemente este estudio es exploratorio descriptivo, por lo que se tendrán en cuenta diversos puntos de estudio empíricos en los contextos mencionados.

Antecedentes Internacionales

Diferentes estudios internacionales se han realizado enfocados en la descripción de variables psicológicas de las personas que toman la decisión de realizarse una cirugía estética, principalmente las mujeres, como se ha planteado se resalta la posibilidad de la presencia o predisposición de que se manifieste el TDC en este tipo de personas.

Para ello, la revisión de antecedentes permitirá descifrar aspectos que se puedan asociar a la medición de características de este trastorno teniendo en cuenta los criterios del DSM-V para este trastorno, incluyéndose los aspectos sociales que integra; por tanto, en primer lugar Rodríguez-Molina, Asenio-Araque, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández (2011) en su investigación “Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad” se realizó para la validación del instrumento, se aplicó a cerca de 86 sujetos en un hospital de Madrid y se analizó estadísticamente para el correcto proceso de validez del mismo, todos los reactivos fueron redactados de acuerdo al DSM4, en donde se midieron respuestas a la transexualidad con otros diagnósticos que pueda ser comorbidos como lo es el TDC.

Cruzado, Vásquez y Huavil (2010) en su investigación “Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso” realizan la revisión de un estudio de caso de un joven de 24 años de edad donde se identifican ciertos factores presentes en quienes padecen de esta patología clínica mental, entre ellos está la obsesión a observarse durante tiempos considerablemente amplios en el espejo, también se presentó aislamiento social, pues limitó sus salidas de hogar, prefiriéndose quedar en la por miedo a mostrarse al

público porque mencionaba que era un “monstruo”, agregado a esto, se estima que en Perú, país donde pertenecen los investigadores, el 16.6% de los adolescentes están insatisfechos con su apariencia física, y lo mismo ocurre en los adultos con cifras que superan el 11% de la población en general.

Rabert, Del Cid y Ruiz, (2010) realizaron un estudio orientado a los efectos de la cirugía estética sobre aspectos de la imagen corporal, la autoestima en el contexto de las relaciones de pareja, en un primer momento realizaron un estudio descriptivo longitudinal en el que se midió la variable imagen corporal utilizando el cuestionario MBSRQ versión española; tras la aplicación encontraron que, tras la operación, puede incrementarse la valoración positiva de forma subjetiva de la imagen corporal, igual que se desarrolla una consciencia de los aspectos relevantes concernientes a su aspecto físico, principalmente.

Por otra parte, Martínez, Rizo, Sánchez, García-Galbis y Cortés (2014) en una investigación que tuvo como objetivo analizar las medidas antropométricas que se usan para clasificar la dismorfia muscular en gimnastas que asisten a salas de musculación en donde en varias de estas salas se tomaron medidas de 141 varones de edades entre los 18 y 45 años de edad que asisten allí con el fin de aumentar su masa muscular y en donde y se han identificado posibles casos de dismorfia muscular, mediante la Escala de satisfacción muscular y llegando a la conclusión de que la Dismorfia muscular es un fenómeno solamente psicológico de difícil diagnóstico mediante medidas antropométricas.

Ahora bien, para González-Martí, Fernández Bustos, y Contreras Jordán. (2012) el TDC, ha venido expresándose en escenarios deportivos, donde la excesiva preocupación por el rendimiento hace que se desencadene el trastorno generando dismorfia muscular, expresan que el modelo cognitivo conductual es importante en el análisis de este tipo de

trastornos ya que describe la articulación de las nociones de pensamiento frente a las conductas excesivas y exageradas a nivel del cuidado y perfección de la imagen corporal, reflejan además resultados en los que se debe contribuir a la exploración de los datos frente a los trastornos de comorbilidad como lo son el TDC, el TCA, y el TOC.

Así mismo Behar y Arancibia (2015) en el estudio “Trastornos de la imagen corporal: anorexia nerviosa versus anorexia inversa (trastorno dismórfico muscular)” mencionan que en lo que respecta a los trastornos de la imagen corporal, estos se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino a causa del ideal de belleza del occidente del planeta (Behar, 2010, citada por Behar y Arancibia, 2015); en este sentido, la investigación no solo se centra en este sexo, también menciona cifras que relacionan al sexo masculino a conductas de mejoramiento personal de la imagen corporal, tales cifras arrojan que cerca del 21% al 47% de los hombres entre los 12 y 30 años realizan dietas a fin de aumentar la masa muscular y entre el 12.5% y 26% lo hace para disminuir su peso (Cafri, Thompson, Ricciardelli, McCabe, Smolak y Yesalis, 2005, citados por Behar y Arancibia, 2015).

Por otra parte, Duque-Ayala (2013). En la investigación titulada “El rol de los medios de comunicación masiva (televisión) y el impacto estético de la cirugía plástica en jóvenes y mujeres” establece que abordar temas de análisis como la gran influencia en la sociedad de los medios de comunicación, el marketing y la figura femenina como promotora de mensajes y negocio. Plantea el alcance y la repercusión que tiene en la sociedad la comunicación a través de los medios masivos como radio, televisión, prensa escrita, medios alternativos y actualmente la gran / influencia de las redes sociales. A través de estos medios se difunden noticias y una infinidad de temáticas sociales, culturales, económicas, políticas, etc. Sin embargo, la mayor parte de los espacios en los medios de comunicación

son ocupados por el mercado de consumo y la propaganda. En materia de publicidad y marketing la figura femenina y su estética es utilizada para la transmisión de mensajes y el enganche de consumidores. Se concluye que el uso de la imagen femenina especialmente en publicidad muchas veces es manipulado con fines consumistas.

Así mismo, Arab (2010) en su estudio “trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad?” da una percepción del TDC o como lo llama el autor “trastorno de la fealdad imaginaria”, el cual se estima que afecta a cerca del 0,7% al 5.3% de la población en general, esta se presente generalmente junto a otros trastornos como los del espectro de la esquizofrenia, fobias, trastornos depresivos mayores, trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Respecto a la comorbilidad, se estima que el 70% de las personas que padecen un TCA cumplen criterios para el TDC, pero solo el 35% de los que presentan un TDC cumplen los criterios de un TCA, ahora bien, respecto al suicidio, el 80% presente ideaciones de esta índole, y el 35% lo intenta.

Ahora bien, Figueroa Varela, y Careaga Pérez (2013) establecen un estudio comparativo de la denominación de las imágenes de “mujeres bellas” según criterios de sexo/género tiene efectos frente a conceptos psicológicos como la autoestima, la autoimagen y la habilidad social, estiman que es importante que en el marco social el concepto de mujeres bellas tiene implicaciones frente a desencadenar malestares psicológicos como pueden ser la comorbilidad de trastornos como el TDC y el TOC, esto es importante ya que muestra la implicación del concepto de la imagen en la salud mental.

De igual manera Saüch y Castañer (2011) en su trabajo titulado “a proyección de la imagen corporal en jóvenes adultos y en la tercera edad. Una aplicación específica de expresión de la corporalidad” evaluaron el nivel de interés por el aspecto físico, es decir, la imagen corporal en personas adultas jóvenes y de la tercera edad, se pudo evidenciar la representación juvenil del cuerpo y el reconocimiento del cambio de la imagen corporal, agregando el hallazgo de signos de TDC en personas de la tercera edad en relación a una autopercepción de sentirse más jóvenes o mayores de lo que en realidad son.

Behar y Molinari (2010) en su trabajo titulado “Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas” evaluaron el nivel de interés por el aspecto físico, es decir, la imagen corporal y su relación con conductas alimentarias, para ello se tomaron dos grupos, ambos sin antecedentes de esta clase de trastornos y además, un grupo asistía regularmente al gimnasio , mientras que el otro estaba conformado por estudiantes de medicina que no realizaban ejercicio de tonificación muscular, se encontró en a pesar de que no había diferencia entre la satisfacción corporal de ambos grupos, sí se evidencio que de la población que asiste a gimnasio, el 13.6% presentó DFM.

Antecedentes Nacionales

Las investigaciones anteriores responden a un contexto internacional, en el que se ha abordado tanto la variable de estudio TDC, como la población estudiada mujeres que se han realizado cirugía estética, además se ha establecido como principal componente metodológico para estos estudios los enfoques de corte cuantitativo; de esta manera, también es importante la revisión desde estudios e investigaciones realizadas en Colombia, para ello se describen brevemente las siguientes.

De esta forma, Andrade, García, Remicio y Villamil (2012). mencionan en su investigación realizada en Colombia que, aunque los manuales diagnósticos de trastornos mentales no tengan aun claridad sobre criterios de causalidad respecto a trastornos sobre la imagen corporal y el ejercicio excesivo, la obsesión con este puede llegar a convertirse en una patología compleja dentro de las cuales se pueden desprender trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos-compulsivos, TDC y conductas adictivas (Sandoval, 2001; Yates, 1991; Lantz, Rhea y Mayhew, 2001; De Corverley Veale, 1987, citados por Andrade y Cols., 2012).

En este sentido, Pulido (2015) realizó una correlación entre diversas variables sociodemográficas y la satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal frente al proceso de aceptación posterior a una cirugía estética plástica, establece que socialmente hay una idea de mal adaptación sobre el proceso de aceptación o no de la imagen corporal y que esto es desencadenante de la aceptación de procedimientos estéticos, sin embargo, refiere con claridad que esto no indica que haya una aceptación adecuada después del mismo, así la imagen corporal sigue siendo un foco de preocupación excesiva en la persona.

En el marco de la investigación en Colombia, Hoyos, Sierra y Giraldo (2010) en el que referencia desde la experiencia clínica como es recurrente el deseo y la motivación de los pacientes por realizarse cirugías estéticas, enfatizan en motivos de consulta asociados a problemas de pareja y de soledad por causa de la imagen corporal, mostrando así la relevancia que tiene la imagen corporal, esto indica mecanismos de aceptación percibida y esto genera procesos de malestar clínico. Esta investigación enmarca que la cirugía estética

ha sostenido un mecanismo socialmente aceptado para superar dificultades asociadas a la imagen corporal.

Otro antecedente, es el de Hernández-Cortés y Londoño Pérez (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional y se determinó la relación que tiene el estilo de afrontamiento con variables como la historia psiquiátrica familiar, la salud percibida, el género, la percepción de la figura y el riesgo de padecer TCA, esta investigación es importante en la medida que el TCA se asocia por comorbilidad al TDC, la percepción de la figura humana es un mecanismo común en ambos trastornos, como resultado se resalta que la satisfacción de la imagen corporal es un predictor de trastornos múltiples según indicadores clínicos.

Por otra parte, en una investigación realizada por Moreno, Montaña, Prieto y Pérez-Acosta. (2015) se buscó validar el instrumento “Cuestionario de la figura corporal” en 1939 niñas preadolescentes y adolescentes escolarizadas de siete colegios públicos y privados con un intervalo de edades de 9 a 19 años de edad, esto con el fin de proporcionar una herramienta para el diagnóstico de patologías en donde se viera involucrada la autoimagen como lo es el TDC, dada la necesidad de la disciplina en la detección de alteraciones en la percepción de la imagen corporal, como el peso, belleza cultural o estándares de belleza. La anterior investigación representa que aún es preciso tomar en cuenta instrumentos de diagnóstico frente al TDC.

Como antecedente principal a nivel nacional, se define el estudio realizado por Castrillón Moreno, Luna Montaña, Avendaño Prieto y Pérez-Acosta (2007), quienes desarrollaron la validación del cuestionario BSQ (Cuestionario de la imagen corporal) en población Colombiana, este instrumento permite dar una medición objetiva de la

preocupación sobre el peso y la imagen corporal, que ayuda a dar una descripción inicial de la tendencia de trastornos como el TDC y trastornos asociados al comportamiento alimentario, comprendiendo que son trastornos que pueden presentar comorbilidad.

Desde investigaciones reflexivas, Calderón (2013) establece un análisis sobre las aproximaciones sobre el cuerpo y la estética, plantea desde la psicología en la que refleja la preocupación por el aumento de las patologías del cuerpo en la mujer y como esto ha permitido el auge de las cirugías plásticas en el país, de la reflexión realizada por Calderón (2013) se define la anorexia, la bulimia, la obesidad, los trastornos dismórficos corporales entre otros han sido recurrentes y que ello ha permitido que se realicen muchas cirugías sin el cuidado y acompañamiento psicológico adecuado, ya que como se puede interpretar del autor el cuerpo podrá cambiar pero la representación mental no siempre cambia con el procedimiento quirúrgico.

Ahora bien, García (2016) expone en su investigación el contenido simbólico de la belleza de las mujeres en Cali, mencionando que este tiene gran énfasis en la percepción cultural como de la persona, en donde se habla claramente de factores intrapersonales, interpersonales y sociales, en donde por miedo a no ser aceptados públicamente tienden a generar conductas en pro del cuerpo esbelto, tonificado o estandarizado socialmente y como cirugías de mayor recurrencia se pueden observar la mamoplastia, rinoplastia, liposucciones entre muchas otras.

Antecedentes Regionales.

En la revisión realizada hasta el momento, son pocos los estudios en la región sin embargo, se exponen estudios que muestran a consideración particular acercamientos al objeto de estudio de la presente investigación y por ello se consideran pertinentes de

vincular en este apartado, tal es el caso de la investigación de del Pilar Ureña-Molina, Pacheco-Milian, y Rondón-Ortega, (2016) quienes indican la relación que tiene la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en la ciudad de Cúcuta, en un análisis desde la disciplina de enfermería expresan en sus resultados que desde la práctica de la enfermería se detectan conductas que producen malestar en la persona y son producto de la insatisfacción con la imagen corporal, esto dado que sus resultado en un 63% se obtuvo en la muestra un estado nutricional normal, y se estableció una relación significativa desde los resultados estadísticos entre las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal.

Marco Teórico

Descritos acercamientos empíricos a través de los estudios e investigaciones internacionales y nacionales principalmente, se abordarán nociones teóricas que sirvan de análisis para el diseño de los constructos contenidos en los ítems de la escala (ETTDC-M), para ello se integran elementos propios del análisis de la psicología clínica y la psicopatología del TDC, y se articula desde una comprensión basada en el enfoque cognitivo conductual, para así determinar sólidamente los contenidos de la escala sustentada desde bases teóricas fuertes.

La Psicología Clínica del Trastorno Dismórfico Corporal

Desde el punto de vista clínico para Echeburúa, Salaberría, y Cruz-Sáez (2014) los trastornos mentales presentan etiología multifactorial puesto que el individuo es visto de forma integral, (Triada antropológica) en donde convergen aspectos biológicos (factores de naturaleza neuroquímica explicada a través de la teoría de desequilibrio químico, ciertas enfermedades neuro-funcionales o predisponentes genéticos propios de las transgeneracionalidad biológica), aspectos psicológicos como los (recursos de

afrontamiento, autogestión individual y rasgos de personalidad) y aspectos sociales (Propios de la cultura que son mediadas por la dimensión temporo-espacial o contexto, la migración, o el desplazamiento traumático de una zona a otra, los cuales asociados a la circunstancialidad en la cual está inmerso el sujeto juegan un papel predisponente o protector frente a los trastornos mentales en general.

Ahora bien, en el TDC según las evidencias descritas por Moreno y Cols (2015) los factores culturales juegan un papel importante en la aparición de este desorden, puesto que los estándares de belleza son dinámicos y representan un estándar social que tiene que ser alcanzado por la población en general.

Sin embargo, para Rabert (2010) y Moreno y Cols (2015) los individuos que están alejados de este imaginario de normalidad, se encuentran confrontados entre su aspecto físico real y su deseo de alcanzar dicho estándar, lo cual a nivel psicogénico trae repercusiones en atributos psicológicos como lo son la autoimagen, el autoconcepto y la autoestima, en otras palabras la autogestión individual del sujeto se ve afectada, y por ende su capacidad de relacionarse adecuadamente consigo mismo y con los demás, aclarando también que es casi seguro que existan niveles de comorbilidad entre el TDC con trastornos como el TOC, Ansiedad generalizada y cuadros depresivos, lo que complica la condición biopsicosocial de la persona afectada.

De este modo, las connotaciones del TDC responden a un elemento o criterios esenciales que se encuentran contenidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Quinta versión (DSM-V) en adelante, determina que el TDC responde a una preocupación exagerada de distrés de la apariencia o imagen corporal de la

persona, para ello el DSM-V, plantea los siguientes criterios de connotación diagnóstica principales.

Para el criterio A, el DSM-V APA (2013) “preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas” pág. 147. Este primer criterio, es el que Rabert (2010) y Moreno y Cols (2015) asocian a los componentes propios de la imagen corporal y de la percepción que tiene la persona de su figura física, de allí que la distorsión en este tipo de percepción dada la excesiva preocupación conlleve al malestar en la persona.

También para el TDC, el criterio B en el DSM-V APA (2013) describe que “en algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos como por ejemplo mirarse al espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas” Pág. 147. Para Caballo (2002) el componente conductual y de comportamiento en la expresión de los trastornos psicológicos son fundamentalmente aspectos que permiten operacionalizar las condiciones de manifestación del malestar clínico significativo, ayudando a orientar el diagnóstico del mismo.

Como tercer criterio para el TDC, el criterio C en el DSM-V, APA (2013) describe la expresión de malestar en el componente social de la persona, en términos textuales se describe de la siguiente manera; “la preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” Pág. 147. Para Moreno y Cols (2015) el deterioro o malestar social se representa cuando la persona devalúa su apariencia intensamente llegando a imaginar que las demás personas se fijan e interesan por el defecto que perciben de su imagen corporal, esto hace según los autores como Moreno y Cols (2015) citando a Hollander y Aronowitz, (1999) la devaluación de la

esfera social, se ve alterada en la forma de relacionarse con las personas cercanas y ajenas al contexto social inmediato de la persona. De allí que se presente deterioro observable en la relación con las demás personas.

Por último, el criterio D para el TDC en el DSM-V, APA (2013) expone que “la preocupación por el aspecto no explica mejor por inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario” pág. 147. Para muchos autores, el TDC presentan comorbilidad con otros trastornos, por tanto el diagnóstico debe manifestar un umbral diferencial principalmente con signos y síntomas asociados a trastornos de la conducta alimentaria, tal como expone Moreno y Cols (2015), sin embargo anteriormente para Trujano y Cols (2010) la comorbilidad del TDC puede encontrar comorbilidad en trastornos como la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo, dada su representatividad de componentes cognitivos manifestados por las personas.

Ahora bien, el DSM-V, APA (2013) recomienda que el TDC pueda ser especificado si se presenta con algunas de las siguientes condiciones, con dismorfia muscular, con aspectos cognitivos e introspectivos como la introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección- con creencias delirantes, de allí que este sea un trastorno que denota procesos de cognición y comportamentales que explican de mejor manera los criterios descritos para el TDC.

Descrito los componentes de guía del DSM-V, APA (2013) para el diagnóstico del TDC, es importante establecer que uno de los modelos clínicos que mejor se aproxima para la valoración, evaluación, diagnóstico y tratamiento del mismo corresponde al modelo clínico más de cohorte cognitivo conductual, para Caballo (2002) los trastornos

psicológicos requieren de una perspectiva en la que la cognición y el comportamiento resultan de primera mano una herramienta para la identificación y posterior análisis del proceso que produce malestar altamente significativo en las personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es pertinente definir la psicología clínica, autores como Caballo (2002), Nisenbaum (2005) y Moreno y Cols (2015) concuerdan en que la psicología clínica es un área de la psicología específica que propende por la investigación de los factores asociados a la evaluación, diagnóstico, procesos de tratamiento y de prevención de mecanismos que afectan la salud mental de cualquier persona. Además, Caballo (2002) describe que la labor clínica representa el mecanismo por el cual la psicología permite explicar y actuar sobre los componentes cognitivos y conductuales adaptativos en la persona reduciendo o equilibrando la generación del malestar subjetivo que puede tener una persona.

Lo anterior, es relevante ya que esta investigación apunta a desarrollar una herramienta que puede ser de utilidad para procesos de valoración clínica principalmente a mujeres con cirugía estética que requieran de algún tipo de consulta clínica, al respecto Moriana, y Martínez (2011) enfatizan en que la psicología basada en la evidencia permite presentar un modelo que legitime el proceso de un tratamiento psicológico, la ausencia de este tipo de herramienta limita el carácter significativo de un abordaje psicológico adecuado, para Moriana y Martínez (2011) esto no delimita la capacidad del psicólogo en cuanto a su proceso de observación, pero si coadyuva a la seguridad en el procedimiento a seguir.

Enfoque Cognitivo Conductual

El enfoque cognitivo conductual como modelo para la psicología clínica ha representado un modelo integrado principalmente de las teorías desarrolladas por psicólogos de corrientes cognitivas y psicólogos de corriente basados en análisis del comportamiento, para Caballo (2002) los aspectos asociados a la terapia cognitiva conductual (TCC) en adelante, permiten desarrollar un enfoque que integra o asocia las maneras en las que se expresan las emociones y sentimientos frente al pensamiento y el comportamiento, para muchos autores esto representó la triada cognitiva.

De allí que se deba claramente alusión a teóricos como Ellis, Beck, Bandura entre otros los cuales han aportado en el desarrollo del enfoque cognitivo conductual incluido en la psicología clínica, brevemente Londoño-Arredondo (2011) expone como los componentes cognitivos representan todo un marco que permiten observar aspectos de vulnerabilidad en la calidad de vida de las personas, de allí que el componente cognitivo resulte ser fundamental para la capacidad que tiene la persona para ejercer control de los peligros internos y externos.

Para el modelo cognitivo conductual es importante la definición de lo que se denominan esquemas cognitivos, para Ellis y Beck Citados por Korman y Sarudiansky (2011) los esquemas cognitivos son el fundamento nuclear para la expresión adaptativa de la persona, este principio parte de que toda persona tiene la capacidad de la evaluación, procesamiento y argumentación de su propia conducta, para Caballo (2002) los componentes psicológicos desde el enfoque cognitivo conductual responden a la capacidad de la persona de establecer sus creencias frente a las exigencias internas y externas a las cuales se ve constantemente afrontado.

Para ello, los diferentes autores presentan un modelo basado en lo que se denomina la triada cognitiva, para Caballo (2002), Korman y Sarudiansky (2011) y Londoño-Arredondo (2011) la triada cognitiva representa dos mecanismos no observables y un mecanismo observable el cual permite definir la estructura cognitiva que explica la conducta observable, en este sentido los procesos disfuncionales desde la psicología cognitiva conductual responden a lo que se denomina creencias irracionales o de forma similar distorsiones cognitivas, y si bien estas presentan una serie de características generalizables de momento no son precisamente requeridas principalmente.

Todo este marco anterior, permite fundamentar la pertinencia de este enfoque en los aspectos asociados a la atribución de la imagen corporal, para Moreno y Cols (2015) detalla toda una serie de características de pensamiento que pueden estar presentes en el TDC, de allí que exponga que las personas que manifiestan este tipo de trastornos piensen constantemente en que son defectuosos, de allí que se identifiquen expresiones en la personas tales como; “siempre he sido feo”, “nunca podré ser feliz”, este tipo de afirmaciones que hacen parte de todo un análisis cognitivo de la persona referente a su imagen corporal representan la coyuntura del equilibrio en el pensamiento de la persona.

De esta forma, es importante definir lo que concierne a la imagen corporal, para ello (Raich, 2004) describe que la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999 citado por Raich, 2004). Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

Ahora bien al respecto del enfoque cognitivo conductual, desde la descripción de las distorsiones cognitivas como la preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa identidad. Que ya desde la descripción del DSM-V, APA (2013), también enfatiza en que es toda preocupación es exagerada, que produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana de la persona, dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas de la persona.

Para Moreno y Cols (2015) los componentes irracionales de la imagen corporal se ratifican con los mecanismos de refuerzo negativo que puede ser contingente en la persona, por ello se puede explicar el deterioro social debido que este puede actuar a su vez como un refuerzo negativo del pensamiento y la emoción de la persona agudizando aún más su pensamiento focalizado en la irracionalidad. Ahora bien realizando una adaptación del modelo de la triada cognitiva referente a los mecanismos de los derivados del DSM-V, de esta forma se puede representar de la siguiente forma.

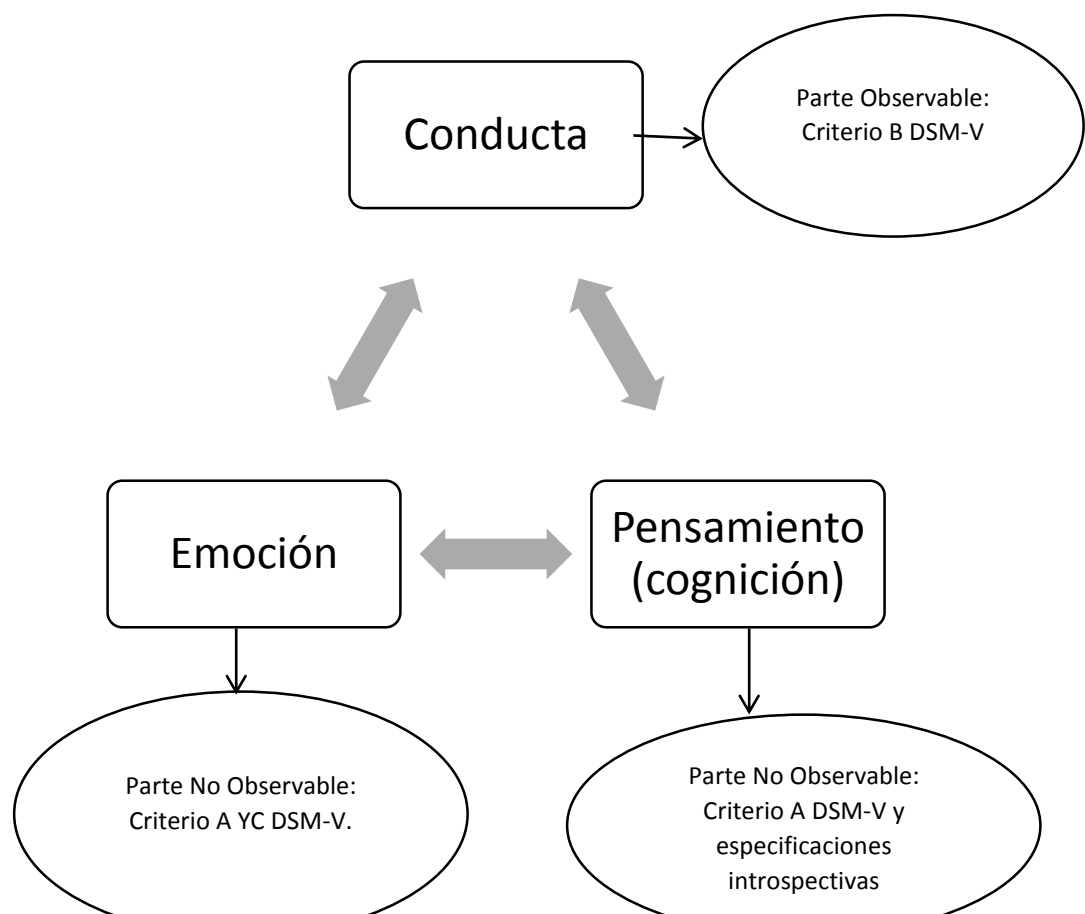


Figura 1. Adaptación de la Triada Cognitiva Conductual para el TDC según DSM-V, fuente de elaboración propia.

Básicamente, la figura 1 intenta representar como se puede adaptar los criterios del TDC según el DSM-V, APA (2013) para el TDC, esto con el fin de representar la argumentación del enfoque cognitivo conductual, asumiendo que las características del enfoque pueden adaptarse para el desarrollo de la prueba a diseñar y validar, pero a su vez permite la descripción que argumente la presencia del trastorno.

Teniendo en cuenta esto, y autores como Caballo (2002), Moreno y Cols (2015) y Korman y Sarudiansky (2011), para el TDC la cognición representan todas aquellas ideas que se encuentra sobrevaloradas en la persona en referencia a su imagen corporal principalmente, la emoción como fuente y respuesta que se puede determinar mecanismos asociados a la percepción que recibe del medio social principalmente y el comportamiento como aquellos que reflejan el deterioro en diverso campos, pero principalmente en comportamientos evitativos o agresivos frente a las demás personas.

De esta manera, se articula el análisis de la psicología clínica y la psicopatología del TDC, pero se argumenta desde el modelo cognitivo conductual que a su vez representa un mecanismo que argumenta los componentes de creencias asociadas al individuo frente a los aspectos como la imagen corporal, la autoestima y demás procesos de introspección asociada a sus mecanismos de aceptación y equilibrio psicoafectivo consigo mismo.

En términos de los autores relacionados, otro componente cognitivo, se da cuando los procesos propician la adaptación y respuesta de la persona en su vida cotidiana, teniendo en cuenta que la ambivalencia resulta en lo susceptible del ser humano, de allí es donde se propician los mecanismos desadaptativos, por tanto, uno de los elementos a identificar detalladamente son las posibles conjeturas de las distorsiones cognitivas de las mujeres objeto de estudio.

Debido a esta estructura cognitiva y a la relevancia de los aspectos cognitivos en los trastornos mentales, es fundamental y pertinente que se busquen establecer los parámetros para un eventual diagnóstico del TDC en mujeres con cirugía estética, brindar una herramienta evaluativa desde el ámbito propio de la psicología clínica. Frente a lo anterior, Kirszman, y del Carmen Salgueiro (2015) también sustentan componentes conceptuales desde la percepción afectiva, cognitiva y de comportamiento en la conformación de los constructos asociados a la imagen corporal, determinando la capacidad de analizar de forma operativa las implicaciones disfuncionales del TDC, ya que este se describe desde la acción cognitiva frente a la imagen corporal principalmente, se recae en sentimientos asociados a la vergüenza, la angustia y el rechazo.

Lo descrito indica que en la percepción de la imagen corporal, sostiene un componente principalmente analizable desde la psicología cognitiva y conductual, Kirszman, y del Carmen Salgueiro (2015), retoman los conceptos recopilados por Caballo (2002) en el análisis del TDC, así si se determina desde el alcance de los síntomas van desde la distorsión de los sistemas de creencias que conlleva a definir nociones emocionales y conductuales que generan alteraciones en el funcionamiento cotidiano de las

personas, de allí que la imagen corporal vista desde los rasgos del trastorno clínico, tengan su expresión de malestar en el factor social y de desempeño relacional de la persona.

El modelo cognitivo conductual, permite analizar entonces los sesgos atencionales para los elementos del procesamiento de la información que se vincula a la imagen corporal, de allí que a nivel de las investigaciones se enfatice en el elemento de insatisfacción de la imagen y de la percepción no adecuada del cuerpo, tal como lo exponen como Caballo (2002), Moreno y Cols (2015) y que , Kirszman, y del Carmen Salgueiro (2015), resumen que a nivel clínico la terapia cognitivo conductual representa un mecanismo de abordaje pertinente e importante en el tratamiento del malestar que pueden producir trastornos como el TDC

Marco Conceptual

Trastorno Dismórfico Corporal: de acuerdo con la clasificación del DSM-V el TDC, se encuentra en el grupo de trastornos somatomorfos, el cual se caracteriza por preocupación excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico, siempre que haya leves anomalías de tipo físico, esta preocupación genera malestar clínicamente significativo con deterioro en áreas de tipo social, laboral u otras importantes de la vida de la persona.

Distorsión imagen corporal: Esta insatisfacción y preocupación por el cuerpo se convierte en un trastorno, en un 4% de las mujeres y en un 1% de los hombres. Se define, por tanto, como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa identidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana de la persona, dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. (Centro de psicología Álava Reyes).

La imagen corporal: es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2004) y la vivencia que tiene del propio cuerpo donde la apariencia física es una cosa y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

Medio social: comienza de este modo en el que importa la percepción de las personas o grupos, las modas la cultura, el estatus el self los estereotipos. Bien sabido no basta con ser y sentirse algo porque también hay que parecerlo de cara a los demás. Por decirlo de un modo simple; el sujeto se siente auto percibe de cierto modo específico, de este modo el entorno físico-social en el que se inserta es el inevitable punto de referencia desde el que se configura su propia noción de la realidad, Fernández (2004).

Marco Contextual

La presente investigación se llevara a cabo en la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta privada ubicada en el departamento de Norte De Santander, Colombia, la cual cuenta con cinco sedes distribuidas cerca de la sede principal que tiene por dirección la Avenida 3era #13-66, Barrio la Playa.

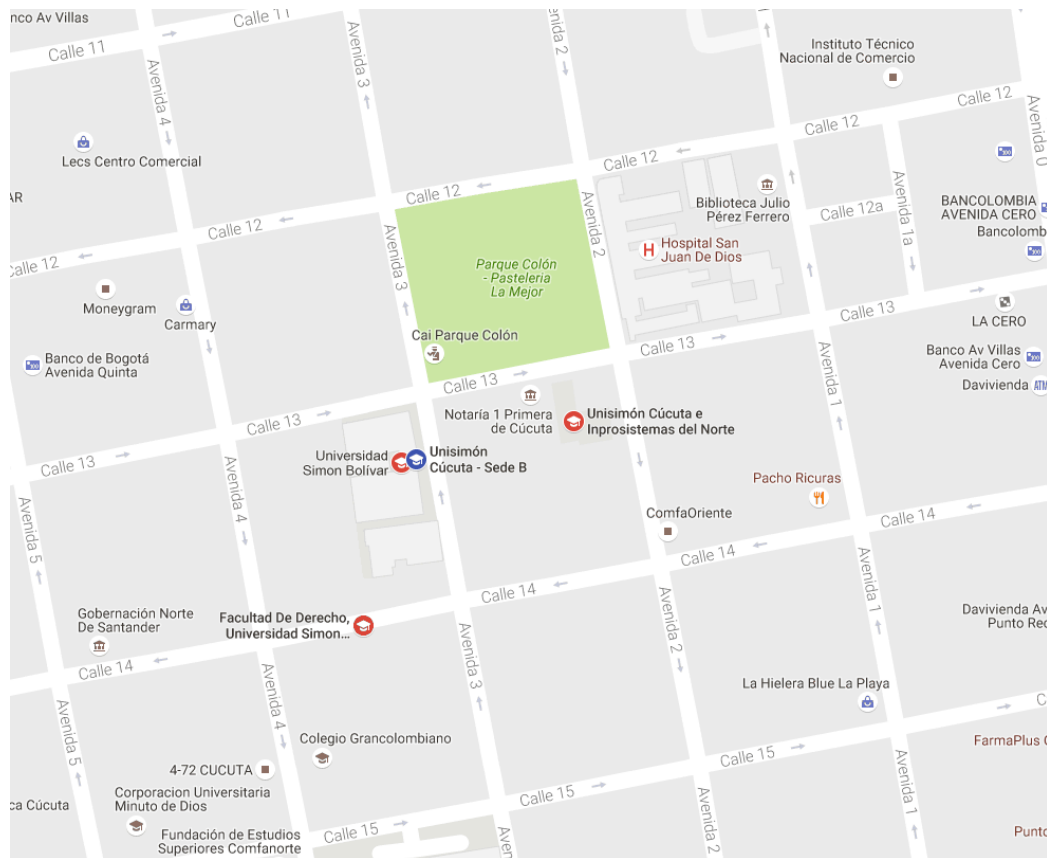


Figura 2. Ubicación de la Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta. Fuente: Google Maps.

Marco legal

En cuanto a la fundamentación normativa es preciso indicar que se tienen en cuenta los criterios dispuestos por la legislación colombiana en lo referente al proceso de investigación en psicología aportado desde la ley 1090 de 2006; así mismo las disposiciones legales en el marco de la salud y la seguridad social presentada desde la ley 1438 de 2011, en referencia principalmente en lo definido para las acciones en atención primaria en salud, y finalmente la pautas presentadas en la ley 1616 de 2013 que definen las condiciones y características legales de la salud mental en Colombia; es por tanto que se presentan en este orden mencionadas disposiciones legales.

Es así que la ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. En su artículo 1 define “. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.” Este apartado define el propósito y la consideración legal de la ciencia psicológica para el estado colombiano.

De la misma manera, la ley es concreta en definir las características y disposiciones normativas para la labor investigativa y define los parámetros a tener en cuenta en la misma, esto se observa en el título VII Del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión y desde allí en su capítulo VII referencia sobre la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, donde se definen los siguiente artículos de forma textual.

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los

materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

ARTÍCULO 51. Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

ARTÍCULO 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

ARTÍCULO 53. Los profesionales de Psicología que utilicen animales para sus trabajos investigativos o demostrativos conocerán previamente y pondrán en práctica los principios básicos definidos por la Unesco y la APA para guiar éticamente la investigación con animales, y además estarán obligados a:

- a) Minimizar el dolor, el trauma, los riesgos de infección, el malestar de los animales, los métodos aversivos;
- b) Usar anestesia y analgésicos para tratamientos experimentales que lo requieran;

c) Que los animales seleccionados para la investigación deban ser de una especie y calidad apropiadas y utilizar el mínimo número requerido para obtener resultados científicamente válidos.

ARTÍCULO 54. Para evitar el uso de animales cuando ello no fuere estrictamente necesario debe acudirse a otros métodos tales como modelos matemáticos, simulación por computador y sistemas biológicos in vitro.

ARTÍCULO 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

ARTÍCULO 56. Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Entre tanto de acuerdo, a las disposiciones presentes para la seguridad social y la salud en Colombia se tienen en cuenta los requerimientos presentados por la ley 1438 implementada desde el 2011 por la cual se decreta y se define de la siguiente manera, desde su Título I en la cual sobre las disposiciones generales establece.

Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el

mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Artículo 2°. Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas (Sic) y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.

2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.

2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.

Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

Finalmente se toma en cuenta la LEY 1616 DE 2013 (Enero 21). Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. El Congreso De Colombia Decreta:

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental,

atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Diseño Metodológico

Enfoque y Diseño

Se establece como enfoque pertinente de investigación, el paradigma cuantitativo de la investigación, ya que el objetivo de estudio se orienta a la determinación explicativa de las hipótesis definidas para el mismo, desde la exploración de la variable de estado clínico del TDC, por tanto en términos de Hernández, Fernández y Baptista (2010) es una investigación con una concepción global positivista hipotética-deductiva, por lo que busca ser objetiva, particular y en la que los resultados intentan explicar un fenómeno que para este caso es el asociado al TDC en mujeres con cirugías estéticas.

Así mismo, definido el enfoque se optó por un diseño exploratorio- descriptivo, de corte transversal, dado que se busca describir la predisposición al trastorno en mujeres operadas la aplicación de una prueba mide la predisposición al TDC, a través de los factores del peso y la imagen corporal y realizando todo esto en una única unidad de corte de tiempo, todo esto referenciado desde Hernández, Fernández y Baptista (2010).

Población y Muestra

La población responde al universo de mujeres de la Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Cúcuta, por lo que se ha optado por describirla como una población finita con desconocimiento del límite de la misma, esto para Hernández, Fernández y Baptista (2010) corresponde a un universo que se puede considerar población finita pero con términos que dificulten aproximar una muestra probabilística significativa; por lo que se determina una muestra no probabilística por cuotas y estratificada por oportunidad.

Se define este tipo de muestra como la oportunidad de casos que se pueden integrar al estudio sin requerimientos de probabilidad que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos, además al ser de tipo exploratorio puede definirse una muestra representativa en términos de cantidad que denoten en los resultados una significancia estadística desde las variables de estudio.

Instrumento y métodos

Ahora bien, para el proceso de recolección de datos se determinó el uso de la prueba BSQ (Cuestionario de la Imagen Corporal) de (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987) y que para Colombia fue validado por Castrillón Moreno, Luna Montaña, Avendaño Prieto y Pérez-Acosta (2007), el cual es un cuestionario que consta de 34 preguntas que tienen por objeto medir la preocupación excesiva sobre la imagen corporal y el peso, estos factores son divididos en la validación para Colombia, es un instrumento auto administrado y su sistema de respuesta corresponde a una escala Likert de 6 puntos que va desde nunca hasta siempre.

Además, se anexa una ficha sociodemográfica para la recolección de datos asociados a la identificación de las estudiantes que permite identificar previamente que estudiantes se han realizado este tipo de cirugía y se establecen variables como la edad, el estado civil, el estrato, si realizan actividad laboral, si se han realizado cirugía estética, si se sienten insatisfechas con la imagen corporal después de la cirugía estética, y si han pensado realizarse otra cirugía estética.

Para ello se operacionalizó la variable principal la cual es el TDC, describiendo así las dimensiones e indicadores que la integran y son las que se tienen en cuenta para la construcción de los reactivos de la prueba, de esta forma se tiene la siguiente tabla.

Tabla 1. *Proceso de Operacionalización Conceptual de Variables.*

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Trastorno Dismórfico Corporal	Para la clasificación del DSM-V el TDC, se encuentra en el grupo de trastornos somatomorfos, el cual se caracteriza por preocupación excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico, siempre que haya leves anomalías de tipo físico, esta preocupación genera malestar clínicamente significativo con deterioro en áreas de tipo social, laboral u otras importantes de la vida de la persona.	Imagen Corporal	Autoestima
			Autoconcepto
			Autoimagen
		Percepción sobre el peso	Ansiedad
			Estado de Ánimo
			Comportamiento Social Evitativo
		</	

desde el enfoque cognitivo conductual donde la triada cognitiva, se representa dos mecanismos no observables y un mecanismo observable el cual permite definir la estructura cognitiva que explica la conducta observable, en este sentido los procesos disfuncionales desde la psicología cognitiva conductual responden a lo que se denomina creencias irracionales o de forma similar distorsiones cognitivas, y si bien estas presentan una serie de características generalizables de momento no son precisamente requeridas principalmente. para Caballo (2002), Korman y Sarudiansky (2011) y Londoño-Arredondo (2011)

Además se estableció la operacionalización de variables en concordancia con el instrumento a aplicar, el cual se retoma desde el concepto valorado del enfoque cognitivo conductual y que se determinó en la tabla 1.

Tabla 2. *Operacionalización de las variables.*

Variable Dependiente	Medición	Variables Independiente	Medición	Tipo
Trastorno Dismórfico Corporal	Cuantitativa	Insatisfacción Imagen corporal	Cuantitativa	Nominal
	Cuantitativa	Preocupación sobre el peso	Cuantitativa	Nominal
Edad	Cuantitativa	Datos sociodemográficos	cuantitativa	intervalo
Estado Civil	Cuantitativa		cuantitativa	Nominal

Número de Hijos	Cuantitativa	Cuantitativa	Ordinal
Cirugía estética	Cuantitativa	Cuantitativa	Nominal
Estado laboral	Cuantitativa	Cuantitativa	Nominal

Expuesto lo anterior, los resultados partirán del análisis de estadísticos descriptivos procesado por el software SPSS V.20.

Resultados

Los resultados descritos a continuación, sustentan el cumplimiento de los objetivos propuestos. En este sentido, se permite explicar como el TDC se manifiesta en este tipo de población de mujeres con cirugía estética de tal forma que se puede responder a la descripción de acuerdo a las variables sociodemográficas representativas de esta población.

Resultados variables sociodemográficas.

Los resultados referentes al primer objetivo reflejan que, la mayor cantidad de mujeres participantes comprendían edades entre los 24 y 29 años de edad, así mismo, casi tres cuartas partes de esta población es de estado civil soltero, además se reconoció el nivel socioeconómico promedio como el 3, así mismo, el 70% de ellas trabaja y en un 57% no poseen hijos, sin embargo, el 80% se siente inconforme con su aspecto físico luego de haberse practicado la o las cirugías estéticas, lo cual podría explicar que más del 80% quisiera realizarse una nueva cirugía de esta clase.

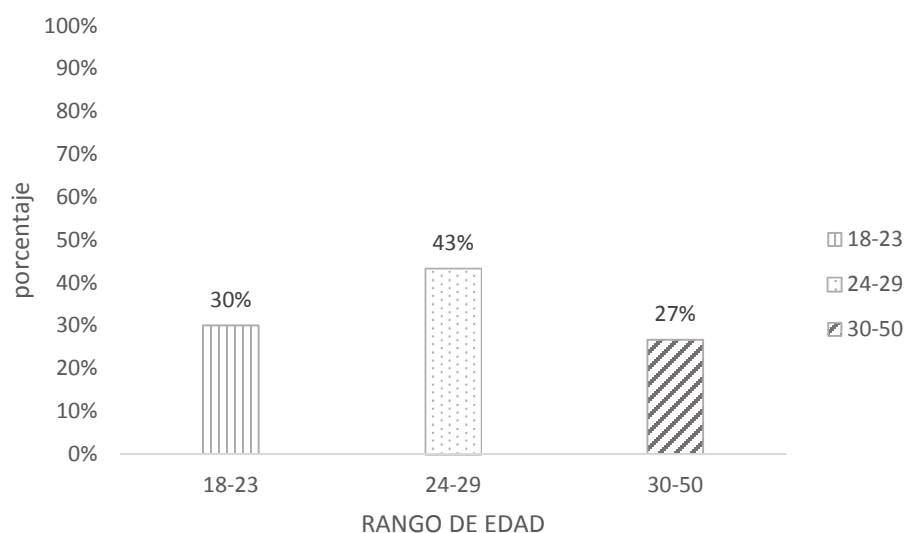


Figura 3. Rango de edades de las mujeres participantes.

Se evidencia que, de la muestra total que el 30% (9 mujeres) comprenden edades entre los 18 y 23 años, el 43% (13 mujeres) poseen entre 24 y 29 años y 27% (8 mujeres) entre los 30 y 50 años, indicando que, un 73% (22) de las mujeres de la muestra se encuentran en una adultez joven.

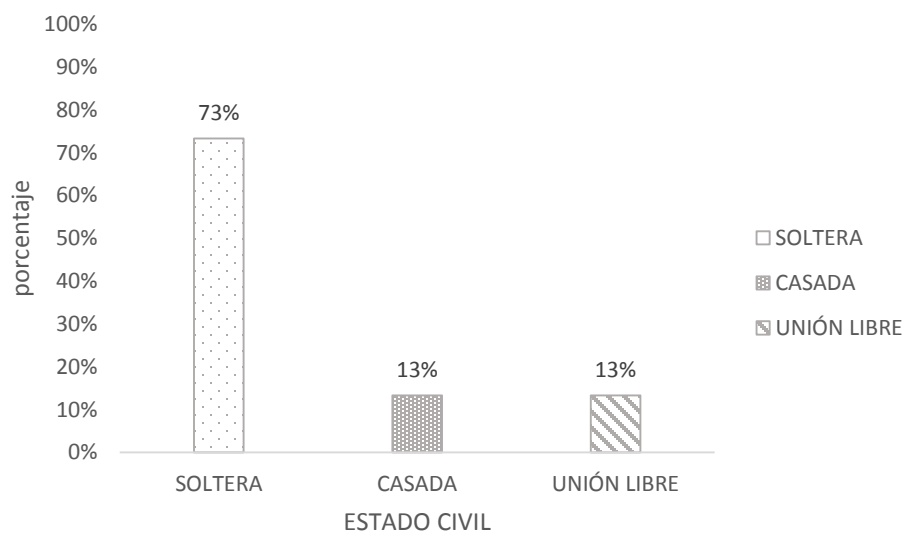


Figura 4. Estado civil.

En relación al estado civil, de acuerdo a la muestra total, la mayoría son solteras con 73% (22 mujeres), un 13% (4 mujeres) se encuentran casadas y 13% (4 mujeres) se encuentran en situación de unión libre, indicando que, en su mayoría las mujeres que deciden practicarse esta clase de intervenciones médicas son mujeres solteras, al menos en condición de estado civil.

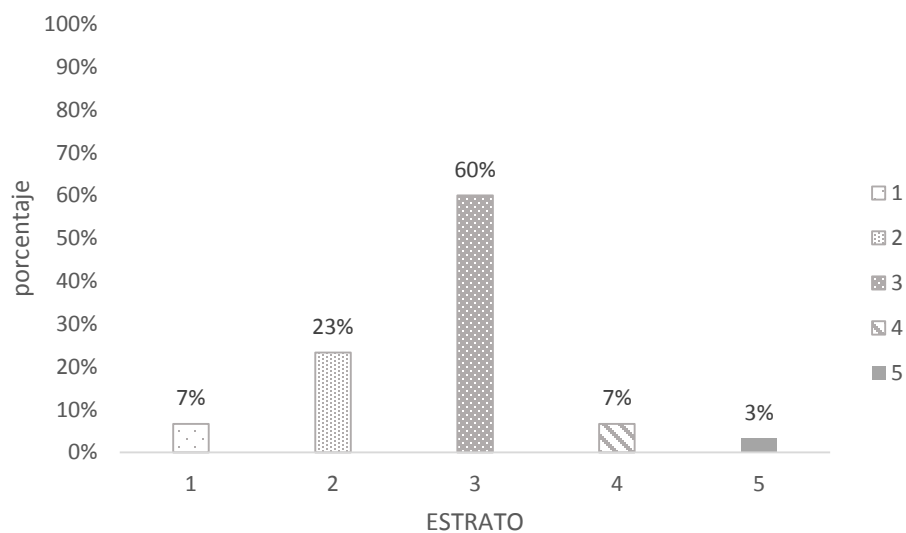


Figura 5. Nivel socioeconómico.

En relación al nivel socioeconómico o estrato, según la muestra total, el 7% (2 mujeres) se encuentran en estrato 1, 23% (7 mujeres) se encuentran en estrato 2, 60% (18 mujeres) se encuentran en estrato 3, el cual es el estrato predominante, sugiriendo que, si bien no existe un estrato único en que las mujeres se practiquen esta clase de intervenciones quirúrgicas, se evidencia cierta prevalencia en este nivel socioeconómico, 7% (2 mujeres) se encuentran en estrato 4 y 3% (1 mujer) se encuentran en estrato 5.

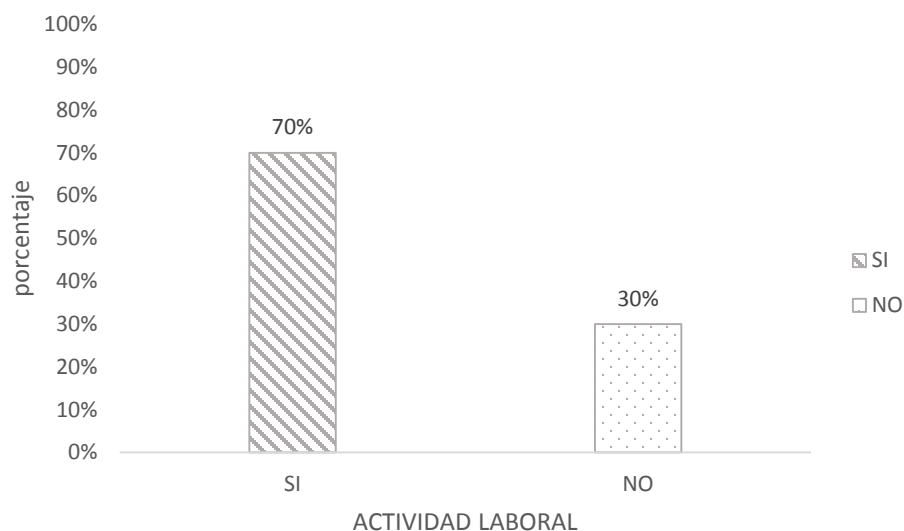


Figura 6. Actividad laboral.

En relación a la actividad laboral, según la muestra total que fueron 30 mujeres (100%), el 70% (21 mujeres) trabajan o realizan acciones que se traduzcan en ingresos monetarios y el 30% (9 mujeres) no realizan ninguna acción o labor en relación a trabajo remunerado económicamente, esto explicaría variables como la mayoría en condición de soltería y que no tienen hijos, puesto que la mayoría genera ingresos de manera independiente, lo cual hace más factible el practicarse esta clase de intervenciones.

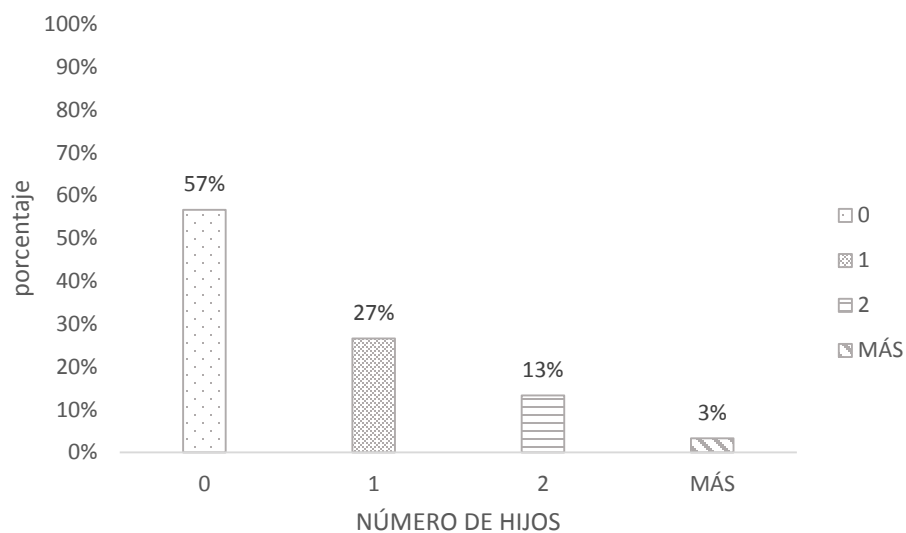


Figura 7. Número de hijos.

En relación al número de hijos, según la muestra total, el 57% (17 mujeres) no tienen hijos, 27% (8 mujeres) tienen un hijo, 13% (4 mujeres) tienen 2 hijos y 3% (1 mujer) tienen más de dos hijos, en adhesión a anteriores variables, donde la mayoría trabaja y son solteras, estas podrían dar explicación a razones de por qué no tienen hijos e su mayoría.

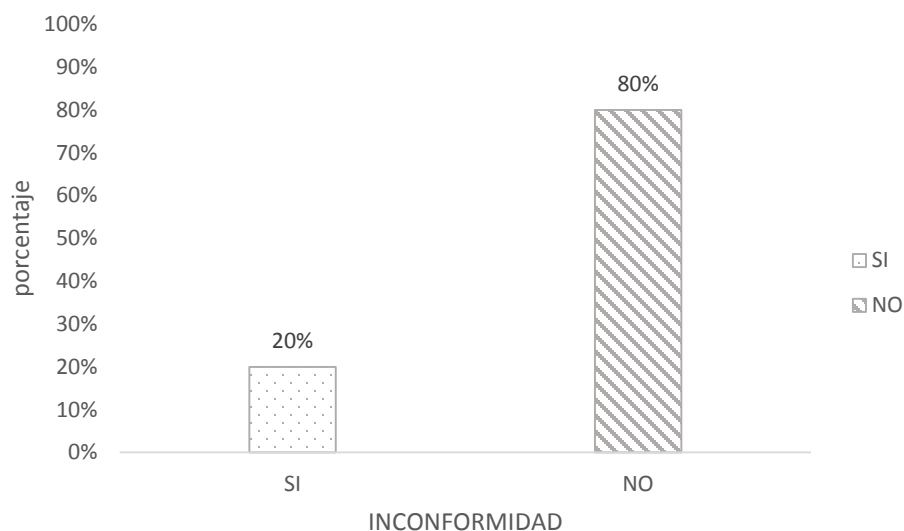


Figura 8. Inconformidad imagen post-cirugía.

En relación al nivel socioeconómico o estrato, según la muestra total, el 20% (6 mujeres) indican que sí se encuean inconformes y 80% (24 mujeres) que se encuentran conformes con su imagen actual, indicando que existe una alta probabilidad de que dichas mujeres se sometan nuevamente a una cirugía estética.

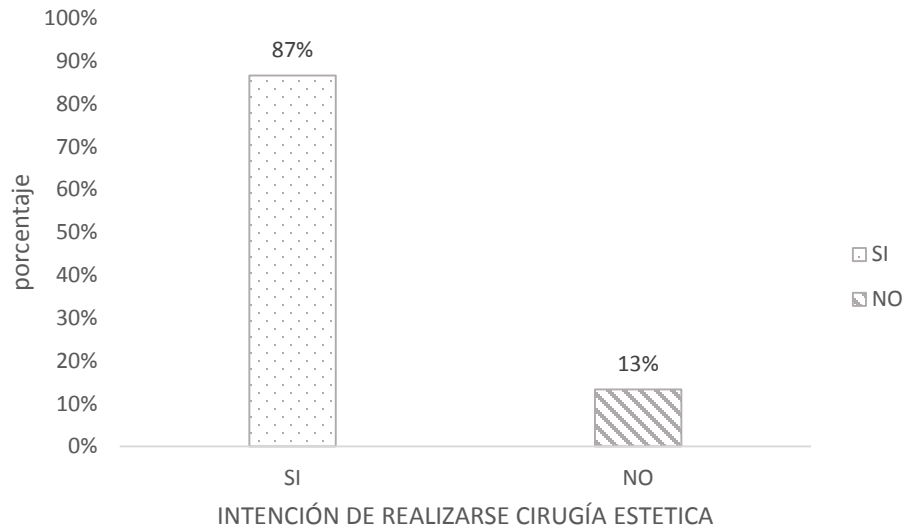


Figura 9. Intención de someterse a cirugía estética.

En relación si existe intención de realizarse una cirugía estética, el 87% (26 mujeres) indican que sí desean hacerse otra cirugía y 13% (4 mujeres) que no lo contemplan, que se relaciona completamente con la variable anterior, explicada en la figura anterior respectivamente, puesto que existe una inconformidad con la apariencia post cirugía.

Resultados Nivel de Riesgo al TDC

Ahora bien, en cumplimiento con el objetivo número 2, se pudieron evidenciar aspectos como, el riesgo moderado a padecer del TDC presenta una prevalencia alta con un 57%, que se puede relacionar con la intención de realizarse nuevamente cirugías pues se sienten aun inconformes con su apariencia física, puesto que también en un 47% tiene un riesgo moderado a insatisfacción de su imagen y en un 57% presentan una preocupación de subir de peso moderada.

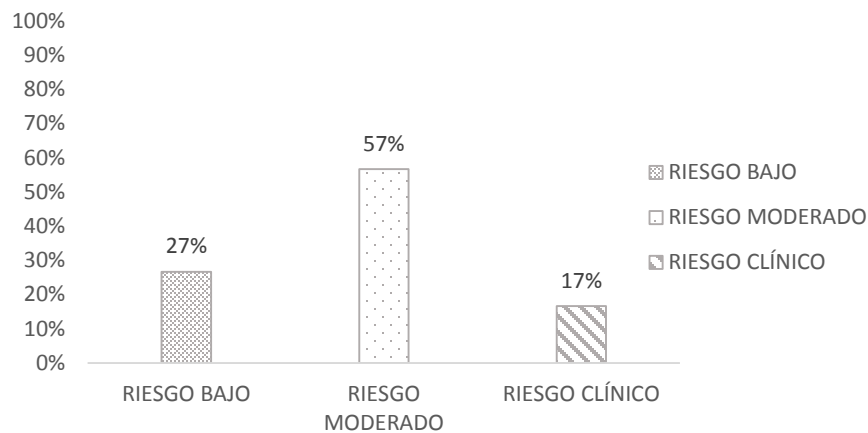


Figura 10. Riesgo a trastorno dismórfico corporal.

Respecto al riesgo que presentan las mujeres participantes en relación a presentar el TDC, el 27% (8 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 57% (17 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 17% (5 mujeres) presenta un riesgo clínico, indicando que existe en su mayoría un riesgo moderado a presentar el TDC.

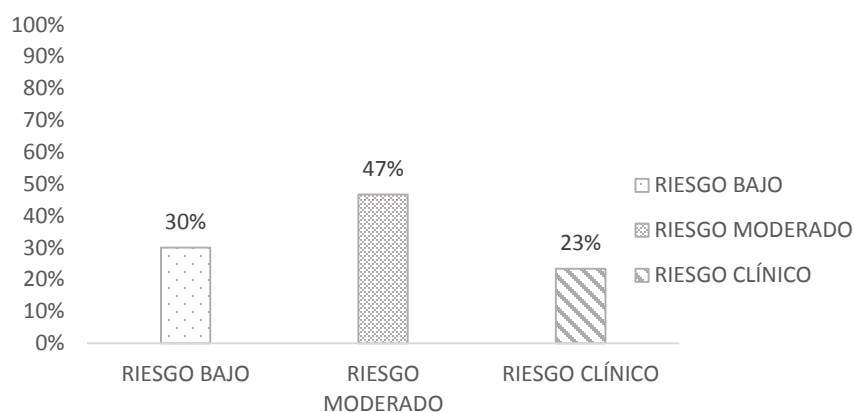


Figura 11. Factor de insatisfacción de imagen.

Respecto a la insatisfacción de su imagen, mediante la muestra el 30% (9 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 47% (14 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 23% (7 mujeres) presenta un riesgo clínico, sugiriendo que casi el 50% de las participantes tienen un riesgo moderado de insatisfacción de su imagen.

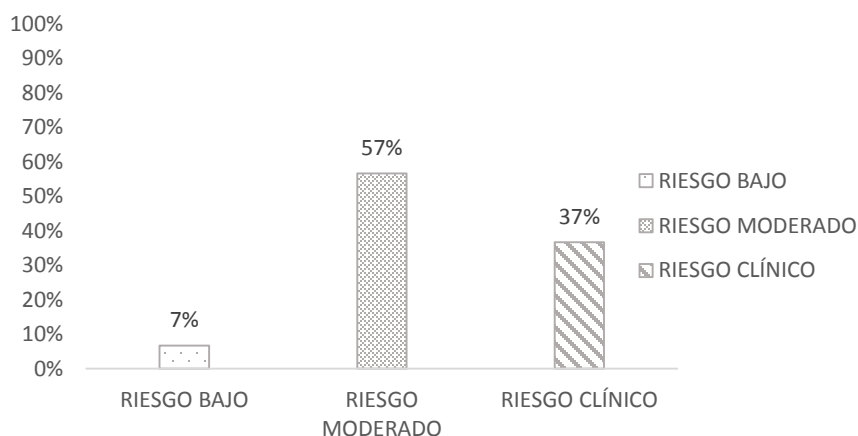


Figura 12. Factor de preocupación de Peso.

Respecto a la preocupación por su peso, mediante la muestra total que fueron 30 mujeres (100%), el 7% (2 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 57% (17 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 37% (11 mujeres) presenta un riesgo clínico, indicando que existe una prevalencia de riesgo moderado de cara al miedo al peso corporal.

Resultados Asociación del nivel de riesgo del TDC y Variables Sociodemográficas

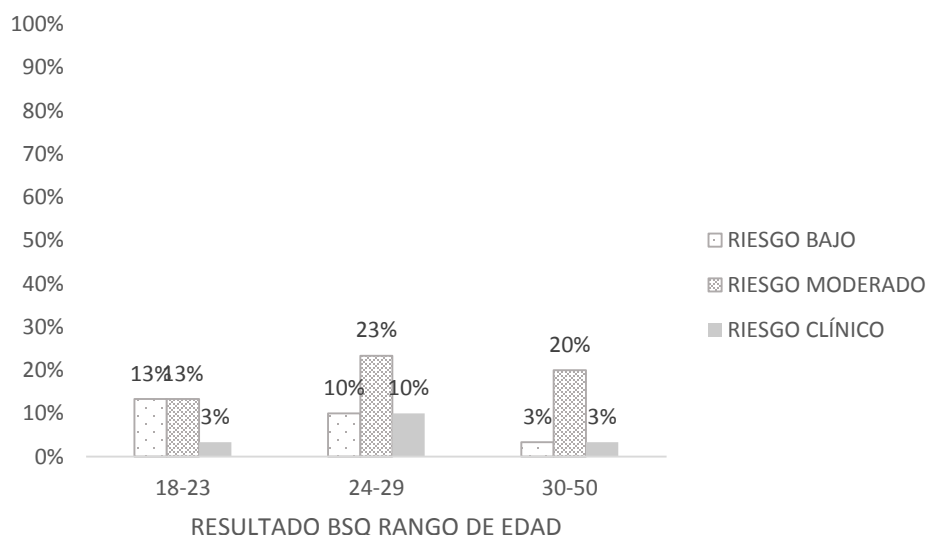


Figura 13. BSQ y Rango de edad.

Respecto a la asociación entre las variables de BSQ y el rango de edad, mediante la muestra se indica que, de las mujeres entre 18 y 23 años de edad que representan un 30% (9 mujeres), el 13% (4 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 13% (4 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 3% (1 mujer) presenta un riesgo clínico, de las mujeres entre 24 y 29 años de edad que representan un 43% (13 mujeres), el 10% (3 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 23% (7 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 10% (3 mujeres) presenta un riesgo clínico, de las mujeres entre 30 y 50 años de edad que representan un 27% (8 mujeres), el 3% (1 mujer) presenta un riesgo bajo, el 20% (6 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 3% (1 mujer) presenta un riesgo clínico.

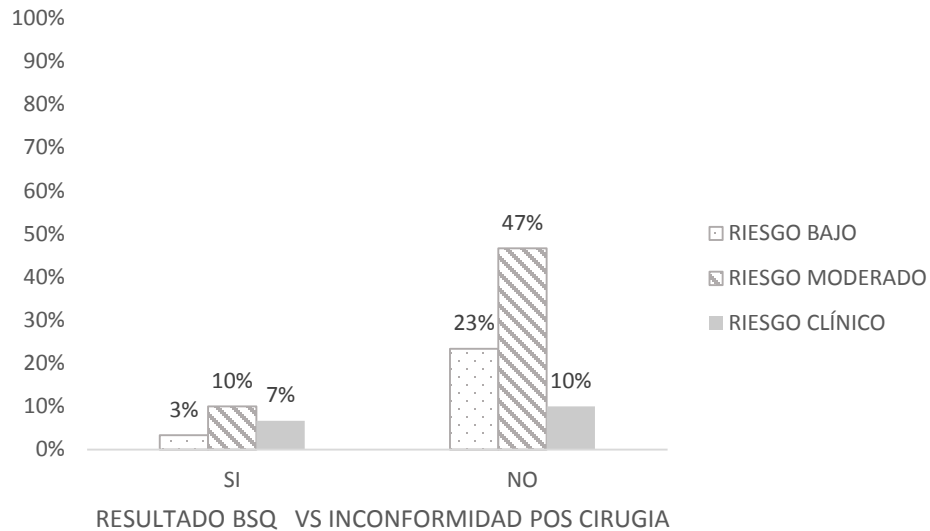


Figura 14. Resultado BSQ vs inconformidad post-cirugía.

Respecto a la asociación entre las variables de BSQ y la inconformidad post-cirugía, mediante la muestra total se indica que, de las mujeres que indicaron que sí estaban inconformes con su cirugía que representan un 20% (6 mujeres), el 3% (1 mujer) presenta un riesgo bajo, el 10% (3 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 7% (2 mujeres) presenta un riesgo clínico, de las mujeres que indicaron que no estaban inconformes con su cirugía que representan un 80% (24 mujeres), el 23% (7 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 47% (14 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 10% (3 mujeres) presenta un riesgo clínico.

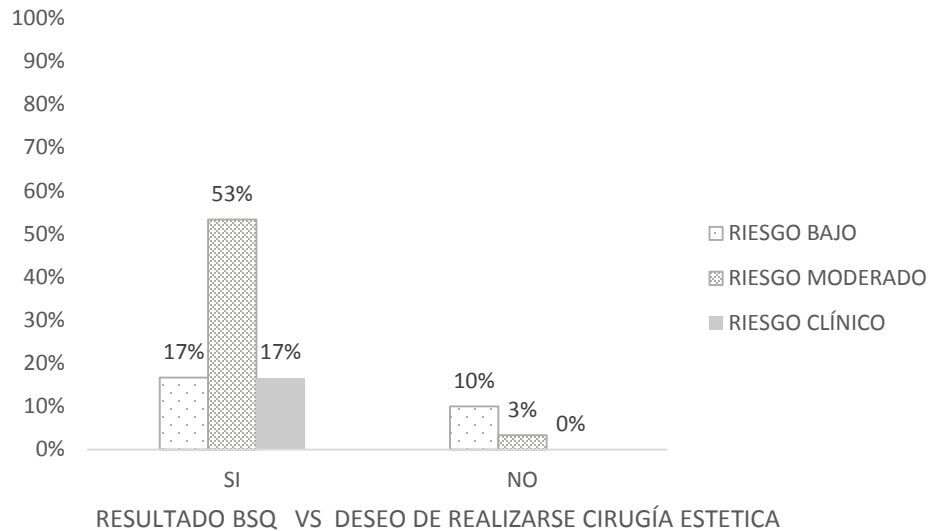


Figura 15. Resultado BSQ vs deseo de realizarse cirugía estética.

Respecto a la asociación entre las variables de BSQ y el deseo de realizarse otra cirugía, mediante la muestra total se indica que, de las mujeres que indicaron que sí poseen el deseo de realizarse otra cirugía que representan el 87% (26 mujeres), el 17% (5 mujeres) presenta un riesgo bajo, el 53% (16 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 17% (5 mujeres) presenta un riesgo clínico, de las mujeres que indicaron que no estaban inconformes con su cirugía que representan un 10% (3 mujeres), el 3% (1 mujer) presenta un riesgo bajo, el 0% (0 mujeres) presenta un riesgo moderado y un 10% (3 mujeres) presenta un riesgo clínico.

Discusión

En concordancia con los resultados obtenidos, frente a la identificación de las variables sociodemográficas de la población objeto de estudio, se estableció principalmente que el rango de edad de mujeres con cirugía estética de la Universidad Simón Bolívar es el rango entre los 24 a 29 años, seguido del rango de 30 a 50 años y en menor medida el rango de 18 a 24 años, esto indica que en el rango de 24 a 29 años es un rango en el que puede haber mayor preocupación por la imagen corporal, este resultado muestra concordancia con los resultados de investigación de Cruzado, Vásquez y Huavil (2010), en donde se indica que, en esta edad, existe una mayor preocupación por el aspecto físico lo cual generaría la mayor incidencia de esta clase de chiriguas y un auge en la aparición del TDC, donde la mayor referencia de preocupación por la imagen corporal está asociada en edades a partir de los 24 años.

De esta forma, la edad puede ser un indicador de referencia para realizarse procedimientos estéticos con el objeto de minimizar la preocupación por la imagen corporal o la afiliación social, de modo que la cirugía estética ha sostenido un mecanismo socialmente aceptado para superar dificultades asociadas a la imagen corporal, tal como la plantea Hoyos, Sierra y Giraldo (2010) la cirugía estética a nivel cognitivo representa una idea para solucionar los problemas de obsesión con la imagen corporal o como un mecanismo para poder acceder a componentes de afiliación afectiva. Además, el elevado número de mujeres con cirugía estética en este rango de 24 a 29 años (Cruzado, Vásquez y Huavil, 2010), se alude a que es una etapa del ser humano en el que las relaciones interpersonales en diversos contextos son muy importantes y de allí que la aceptación

representa un factor que resulte en la toma de decisiones sobre si realizarse una cirugía estética o no.

Entre tanto, si bien la edad representativa asociada a mujeres con cirugía estética está entre los 24 a 29 años y retomando lo referenciado acerca de la afiliación emocional, en este estudio son solteras, esto indica, tal como lo plantea Londoño-Arredondo (2011) que le contesto conlleva a que las mujeres tomen su aspecto físico con base en un sistema de creencia que las conlleva a realizar cirugías estéticas que de una u otra forma fomentan sentimientos de seguridad que hacen que la dependencia afectiva sea menor.

En relación a lo anterior, García (2016) exponen que la cultura de generar comportamientos asociados a mantener una imagen corporal esbelta o asociada a estándares de belleza, hace que si bien sean personas aceptadas socialmente, muchas veces genera pensamientos de autoconfianza que reduce la posibilidad de generar relaciones afectivas duraderas y significativas, ya que se distorsiona la sensación de seguridad exagerándola y reduciendo la capacidad asertiva de entablar relaciones duraderas, esto podría explicar por qué hay un menor número de mujeres que son casadas o viven en unión libre.

Así mismo, pulido (2015) frente a la variable de estado civil referencia que hay una tendencia hacia la soltería en las mujeres que deciden realizarse una cirugía estética, además resalta que la cirugía estética no representa un mecanismo de tratamiento efectivo para la preocupación por la imagen corporal y que muchas veces terminan siendo un factor que si bien permita percibir una adecuada aceptación social, en ocasiones puede conllevar a que no se den o presenten relaciones afectivas significativas, estableciendo dificultad para sostener relaciones de pareja significativas y de allí que la soltería es una variable común en las mujeres que se han realizado una o más cirugías estéticas.

Otro de los indicadores sociodemográficos de este estudio fue el identificar a que estrato socioeconómico pertenecen las mujeres que se han realizado cirugías estéticas, esto con el objeto de establecer si la conducta de realizarse cirugía estética como un componente que pueda asociarse al nivel socioeconómico de la mujer; de esta forma, se estableció que en un 60% las mujeres que se han realizado cirugía estética sostienen un nivel socioeconómico de estrato 3, seguido del estrato 2, este resultado permite indicar dos aspectos, el primero que el acceso a cirugías estéticas por ser socialmente aceptado se ha vuelto de fácil acceso y en segundo lugar que más allá del costo las mujeres realizan el esfuerzo por mejorar su imagen corporal, así como otros aspectos como el círculo social en que desenvuelven, pues se fomenta un tipo de condicionamiento social por parte de la figura de la mujer estándar, y que a su vez, impacta en la autopercepción de las mujeres que propician la aparición recurrente de deseos de realización de dichas intervenciones estéticas.

Uno de los factores asociados al TDC, a nivel de los criterios clínicos Moreno y Cols (2015) sustentan que el deterioro o malestar social se representa cuando la persona devalúa su apariencia intensamente llegando a imaginar que las demás personas se fijan e interesan por el defecto que perciben de su imagen corporal y conlleva a comportamientos excesivos y que generan malestar en alguna o diversas áreas de su vida, en esta se incluye la estabilidad económica, la cual puede generar malestar significativo toda vez que el comportamiento obsesivo por la distorsión de la imagen corporal conlleve a gastos exagerados y que desborden la capacidad de la persona.

Frente al estado civil y el estrato socioeconómico, Figueroa Varela y Careaga Pérez. (2013) exponen que en la actualidad los estándares de belleza, conllevan a que las mujeres

prematuramente busquen modificar aspectos de su cuerpo, principalmente estando solteras, esto con el objeto de evitar relaciones negativas de poder, ya que se ha venido asumiendo que si una mujer es casada y se somete a una cirugía estética y ha recibido apoyo económico, supone que la pareja tiene potestad sobre la vida de la mujer, si bien los resultados muestran una mayor proporción de mujeres en estratos 3 y 2, se puede inferir que estas mujeres han tenido que realizar un esfuerzo para poder acceder a la cirugía estética, por lo que habría que profundizar si este comportamiento supone un malestar social significativo.

Para determinar lo anterior, fue necesario identificar si las mujeres que representaron la muestra de estudio sostienen actividad laboral, por lo cual es menester hacer énfasis en que esto permitiría asociar que ellas mismas se han hecho cargo de los gastos de su cirugía estética, reduciendo la posibilidad de que sea un factor de riesgo asociado al TDC en el criterio de malestar social, en este sentido, los resultados lograron identificar que en un 70% las mujeres vinculadas a esta investigación si realizan actividad laboral, lo que es una variable que permite describir que a nivel de realizar actividades de contacto social no supone aún un criterio de deterioro significativo.

Al respecto, Pulido (2015) establece que la actividad laboral en mujeres que han optado cirugía estética es un escenario que permite obtener reconocimiento social por parte de las demás personas, la búsqueda de aceptación social se deriva de los escenarios donde las mujeres pueden resaltar su belleza y esto como un mecanismo que apunte a la valoración positiva de su imagen y de referenciar adecuadamente su autoestima, Korman y Sarudiansky (2011) describen que los contextos de interacción social como lo es el trabajo son fundamentales para el desarrollo y reestructuración de los esquemas cognitivos de la

persona, de allí que, las mujeres con cirugía estética que sostienen actividad laboral pueden desarrollar escenarios en los que los componentes irracionales sobre su aspecto físico sean reducidos.

El sostener actividad laboral, para esta población representa un factor que disminuya el riesgo de deterioro social, Moreno y Cols. (2015) El sostener actividades de tipo social, reduce el comportamiento evitativo y esto hace que se reduzca el deterioro social por componentes irracionales de pensamiento en este caso de las mujeres que realizan alguna actividad laboral, cabe destacar que este estudio se realizó en mujeres de la Universidad Simón Bolívar, por lo que es otro escenario de contacto social que permite que estas mujeres logren espacios donde puedan acceder a manifestaciones positivas frente a su imagen corporal.

Otro aspecto sociodemográfico, que se tuvo en cuenta fue el número de hijos, esto con el objeto de establecer, si la cantidad de hijos puede tener incidencia en la percepción negativa de la imagen corporal, para este estudio se obtuvo que en un 57% no tienen hijos y un 21% tienen entre uno o dos hijos, estos resultados indican que en proporción no se puede asumir que el tener hijos este directamente asociado a la realización o no de cirugía estética, más allá de que para autores como Pulido (2015) y Figueroa Varela y Careaga Pérez. (2013) las mujeres que tienen hijos pueden asociar su elección de realizarse una cirugía estética con el propósito de mejorar su percepción en la imagen corporal luego del embarazo.

Sin embargo, esta intención de realizarse cirugías a fin de modificar la imagen corporal también puede ser producto de la insatisfacción con el primer procedimiento estético realizado y frente a esto se obtuvo que solo un 20% de las mujeres que se han

realizado cirugía estética manifestaron insatisfacción por el resultado de la cirugía realizada, por lo que se deduce que en un 20% equivalente a 6 mujeres pueden sostener el riesgo de manifestar pensamientos irracionales asociados al TDC, esto es concordante con los resultados obtenidos de la prueba BSQ, ya que en un 17% equivalente a 5 mujeres manifestaron riesgo clínico de sufrir el TDC.

Estos resultados indican proporcionalidad entre los resultados del instrumento y la correspondencia con la auto administración de las preguntas sociodemográficas, lo que valida la calidad de las respuestas obtenidas, ahora bien, los resultados permiten explicar que en la población estudiada el 17% sostiene un riesgo clínico de sufrir el TDC por factores asociados a la insatisfacción de la imagen corporal y por otra parte, en la preocupación excesiva por el peso, cabe resaltar que Castrillón y Cols. (2007) al validar el instrumento toman estas dimensiones como factores principales que enmarcan la triada cognitiva de pensamiento, emoción y conducta, por lo que se explica que éstas 5 mujeres a nivel general presentan distorsiones cognitivas que conllevan a desajustes de comportamiento y desajustes de sus estados emocionales.

Lo anterior, establece lo que Caballo (2002) plantea como la representación cognitiva de la distorsión sobre la imagen corporal, estructurando un trastorno que requiere de una adecuada intervención psicológica, ya que la sobrevaloración de la imagen corporal clínicamente significativa, a mediano y largo plazo conllevan a comportamientos destructivos sobre la salud física y mental de la persona, de allí que desde la concordancia con lo planteado con Caballo (2005) es relevante comprender que el TDC tenga una comorbilidad con otros trastornos mentales como son los trastornos de la conducta

alimentaria que suponen un riesgo alto para la salud de las personas, además de tener comorbilidad con trastornos asociados al estado de ánimo.

Así mismo, se resalta que la población identificada con riesgo clínico del TDC, si bien sostienen aspectos relacionales en contextos como el académico o laboral, a nivel de las respuestas desadaptativas del BSQ en el aspecto social indicaron evitación principalmente, para Caballo (2002) los indicadores de distorsión cognitiva suponen todo un desajuste de la triada cognitiva y al presentarse en la persona indicadores del TDC.

Los resultados del BSQ indicaron además que en un 57% es decir 17 mujeres encuestadas, sostienen un factor de riesgo moderado, por lo que se puede indicar que en este porcentaje uno de los dos factores que integra la prueba está incidiendo en el riesgo moderado de sufrir el TDC, para ello es importante recurrir a los resultados por cada una de las dimensiones del BSQ, esto permite ampliar el análisis de la orientación que tienen las distorsiones en la población estudiada.

En este sentido, en lo que respectan las tablas de contingencia, se pueden reconocer que, el factor de insatisfacción de la imagen según el BSQ el riesgo clínico para este factor fue de un 23% el cual equivale a 7 mujeres que presentan riesgo clínico, en esta dimensión, esto quiere decir que los rasgos de las distorsiones cognitivas están asociadas a la percepción distorsionada de la imagen corporal, este resultado es concordante con la respuesta del cuestionario sociodemográfico y representa un criterio en el que se puede asumir que para este porcentaje de la población la imagen corporal muchas veces es distorsionada y recrea un escenario de preocupación de tipo clínico, frente a comportamientos y emociones negativas hacia sí misma, tal como lo expone Caballo (2002) y Moreno y Cols. (2015), se puede asumir que para estas mujeres la imagen corporal

representa un componente esencial en la estructura de percepción de calidad de vida, sin embargo, pueden estar expuestas a sobrevalorar la percepción que tienen las otras personas en referencia a la belleza.

Moreno y Cols. (2015) sostienen esto, que se vio reflejado en los resultados en el análisis de las figuras, que, todo el componente emocional intrínseco en la realización reiterativa de cirugías estéticas puede deberse a factores como la autoestima, en donde se encuentran componentes como la autoimagen o auto reconocimiento

Ahora bien, con respecto al factor de preocupación por el peso se resalta que un 37% presentó un riesgo clínico en este factor evaluado por el BSQ, lo que indica que 11 mujeres excesivamente sostienen rasgos de distorsión cognitiva frente al peso normal que manejan, quiere decir que estas 11 mujeres muchas veces exageran tener mayor peso que el que realmente tienen y esto conlleva a comportamientos evitativos y de riesgo para la salud como lo plantea Moreno y Cols. (2015), del mismo modo Castrillón y Cols. (2007) establecen que para la población colombiana la preocupación por el peso es un factor muy común en personas con riesgo de TDC y que de allí se derivan comportamientos que tienen comorbilidad con otros trastornos mentales de la conducta alimentaria.

Por tanto, estas mujeres identificadas con riesgo clínico en el factor de preocupación por el peso, pueden manifestar constantes problemas de salud física asociada a conductas de riesgo alimentarias o por exceso de conductas de ejercicio, ya que de acuerdo con Caballo (2002) las personas que sufren el TDC, no logran medir el riesgo a su salud, sino justifican más allá de la angustia su obsesión y su disposición a la creencia distorsionada que sostienen por la excesiva preocupación por el peso.

Los resultados descritos, permitieron asociar por contingencia la generalidad de los niveles de riesgo del TDC por medio de la aplicación del BSQ con las variables sociodemográficas permitiendo identificar aspectos claves de la población de estudio en comparación con los resultados del BSQ, en este sentido, la población que tiene mayor riesgo clínico se encuentra en el rango de edad de 24 a 29 años, esto quiere decir que el riesgo del TDC corresponde a lo que plantea epidemiológicamente en el DSM-V, ya que sobre este rango de edad es donde se han encontrado el mayor número de casos de personas con TDC, y son concordantes con estudios como los de Arab (2010) quien describe que los casos de pacientes sometidos a cirugías plásticas que tienen un TDC está entre un 6 a 15%, tendencia que se mantuvo en el presente estudio ya que el porcentaje de riesgo clínico del TDC para las mujeres con cirugía estética fue un 17%.

Como ya se ha expuesto, el TDC es un trastorno mental asociado a la constante distorsión de los atributos físicos de la persona, retomando a Moreno y Cols. (2015) La mayor dificultad radica en el conjunto de creencias distorsionadas que a menudo conllevan a conductas de riesgo para la salud, del mismo modo, se estableció que las mujeres que tienen riesgo clínico presentaron inconformidad con la cirugía estética realizada y además como resultado significativo las mujeres que manifestaron riesgo clínico del TDC están dispuestas a seguir sometiéndose a cirugías estéticas.

Así mismo, las mujeres que presentaron riesgo moderado, se concentran en el rango de edad de 24 a 29 años y en su mayoría están dispuestas a someterse a otros procedimientos estéticos, lo cual podría estar relacionado con el rango de edad en que se encuentran, al haber más presencia de inconformidades respecto a la autoimagen y que así mismo, presentan las posibilidades económicas para sufragar los costos de dichas

intervenciones, esto permite analizar que si bien no se estableció en la mayoría de población estudiada riesgo clínico asociado al TDC, si se puede determinar que las mujeres que se han realizado algún tipo de procedimiento estético, si responde en un grado moderado a insatisfacción con la imagen corporal y que si bien no representa un riesgo inminente de padecer el TDC, no están exentas a poder desarrollar el trastorno, toda vez que como plantea Pulido (2015) la cirugía estética se ha venido constituyendo como un medio para resolver los conflictos asociados con la belleza corporal.

Finalmente, los resultados de esta investigación permitieron consolidar una fuente primaria para seguir explorando los factores que se asocian al TDC en la población objeto de estudio y además permitió conocer la experiencia de las mujeres que se han realizado cirugía estética frente al constructo psicológico de la patología asociada a la imagen corporal, cabe resaltar además que las personas que manifestaron riesgo clínico del TDC requieren de una exploración clínica que permita establecer si presentan el TDC y de esta manera iniciar procesos de psicoterapia.

Conclusiones

Las conclusiones presentadas a continuación responden a una relación entre resultados y la teoría a fin de dar una mirada precisa a la investigación presentada anteriormente.

Entonces, en primera instancia se concluye que, si bien se encuentran datos que apuntan que la edad es una variable bastante considerable para determinar si existe una mayor o menor probabilidad de presentar el TDC, se debe ampliar más la muestra a fin de tener datos significativos de cara a la prevención de la aparición de este trastorno para este tipo de población, y es importante resaltar que este estudio estableció que para las mujeres con cirugía estética la tendencia a presentar rasgos del TDC, está en un porcentaje alrededor del 17% con riesgo clínico, y un 57% de riesgo moderado, concluyendo entonces que es una población riesgo de presentar signos y síntomas del TDC.

Además, se concluye que la aparición de este trastorno puede tener una relación intrínseca con factores como el no tener hijos, lo cual indicaría que, aspectos como la autoimagen estarían con mayor frecuencia dentro de los pensamientos o decisiones de cara

a las inversiones en las mujeres y el factor de la imagen corporal es donde se expresa con mayor frecuencia con distorsiones cognitivas asociadas al TDC.

Finalmente, se concluye que los resultados obtenidos por medio de la prueba de tamizaje muestran resultados concretos, pero que, se necesitan ampliar más para que exista una significancia en dicha muestra a fin de generar mecanismos de promoción y prevención en relación al bienestar de la mujer Norte Santandereana.

Recomendaciones

Las recomendaciones presentadas a continuación responden las necesidades percibidas que deberían abordarse desde la Universidad, por parte de los estudiantes y a quienes deseen trabajar con población en condiciones similares, e incluso, a quienes deseen ampliar en un futuro los resultados o variables de la presente investigación.

Se recomienda que, psicólogos en formación profundicen en el estudio de trastornos relaciones con la percepción de la autoimagen en la región, ya que es un fenómeno que se viene presentando con auge, y es menester por parte de profesionales de la salud mental, intervenir en pro del bienestar de los habitantes de la región.

Igualmente, se recomienda que, en futuros estudios, se estudie con anterioridad la cantidad de población y su disponibilidad para la ejecución de la investigación, a fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles y que esto se resigne en mayor impacto en los resultados.

Finalmente, se recomienda a la Universidad Simón Bolívar Sede Cúcuta incentivar a los estudiantes en el estudio y diseño de instrumentos hechos en Colombia, a fin de generar mayor sentido de pertenencia en relación a estos instrumentos que a su vez, estarían adecuadamente contextualizados y darían mayor precisión en impresiones diagnósticas o de tamizaje.

Referencias

- APA (2013). *American Psychiatric Association. DSM V*. American Psychiatric Association.
- Arab, E. (2010). Trastorno dismórfico corporal: ¿temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad? *Medwave*, 10(05). Revisado y Recuperado de: [<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/RC/Reuniones/4522>]
- Behar, R. y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394. Revisado y Recuperado de: [<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n11/Art07.pdf>]
- Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Trastornos de la imagen corporal: anorexia nerviosa versus anorexia inversa (trastorno dismórfico muscular). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 121-128. Revisado el 22 de noviembre de 2016 y recuperado de [<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00121.pdf>].

- Caballo, V. E. (2002). V. 1-*Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI de España Editores.
- Calderón, T. (2013). Aproximaciones sobre el cuerpo y la estética: Una reflexión psicológica sobre la feminidad. *Revista Poiésis*, (25). Revisado y Recuperado de: [<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/638>]
- Castañeda, I., Londoño, C., Cabarcas, K., Arenas, A., Cortés, A., González, S., Mayorga, M. y Medina, M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Suma Psicológica*, 20(2), 251-261. Revisado y Recuperado de: [<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v20n2/v20n2a10>]
- Castel, D., Honigman, R. & Phillips, K. (2002). Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Mental Health Research Institute*, 176 (12), 601–604.
- Castrillón Moreno, D., Luna Montaña, I., Avendaño Prieto, G., & Pérez-Acosta, A. M. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1). Revisado y recuperado de: [<http://www.redalyc.org/html/798/79810103/>]
- Constitucional, C. (1991). Constitución Política de Colombia. Presidencia de la República. Santa Fé de Bogotá: Colombia.
- Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of selfesteem. San Francisco, Estados Unidos: Freedman y Company.

- Cruzado, L., Vásquez, É., & Huavil, J. (2010). Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso. In *Anales de la Facultad de Medicina* 71, (1), 51-53. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100010]
- De Psiquiatría, A. A. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. Médica Panamericana.
- Del Pilar Ureña-Molina, M., Pacheco-Milian, M., & Rondón-Ortega, M. J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Ciencia y Cuidado*, 12(2), 57-71. Revisado y recuperado de: [<http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/509>]
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Revisado y Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000100007&script=sci_arttext&tlng=en]
- El Espectador (2015) Colombia, un País de Plástico, *El espectador*. Archivo web Revisado y Recuperado de: [<http://www.elespectador.com/noticias/salud/colombia-un-pais-de-plastico-articulo-607061>]
- Fernández, F. P. (2004). El medio social como estructura psicológica: reflexiones del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
- Figuroa Varela, M. D. R., & Careaga Pérez, G. (2013). La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. *La ventana. Revista de estudios de*

género, 4(37), 324-360. Revisado y recuperado de:
[<http://www.redalyc.org/html/884/88428978013/>]

García Abreu, D., Ojeda Vicente, M., Gutiérrez, F., & José, E. (2014). Trastorno dismórfico corporal. *Medicentro Electrónica*, 18(3), 140-142.

García, M. (2016). *Subjetividades femeninas en las cirugías estéticas de la ciudad de Cali* (Doctoral dissertation).

González-Martí, I., Fernández Bustos, J. G., & Contreras Jordán, O. R. (2012). Contribución para el criterio diagnóstico de la Dismorfia Muscular (Vigorexia). *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2). Revisado y recuperado de:
[<http://www.redalyc.org/html/2351/235126897015/>]

Hernández S, R., Fernández C, C., & Baptista L, P. (2010). Fundamentos de metodología de la investigación. Quinta edición.

Hernández-Cortés, L. M., & Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748-761. Revisado y recuperado de
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300014&script=sci_arttext&tlng=pt]

Hoyos, J. E., Sierra, S. M., & Giraldo, J. P. (2010). ¿Qué se desea cuando se demanda una cirugía cosmética? *Affectio Societatis*, 7(12). Revisada y recuperada de:
[<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/23597>]

- Kirszman, D., & del Carmen Salgueiro, M. (2015). Body image. Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129-136. Revisado y recuperado de: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152315000233]
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Ley 1090. (2006) *Ley de la Profesión de Psicología y Código Deontológico y Bioético en Colombia*. Consulta de la Norma. Archivo Web. Revisado y Recuperado de: [https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006_actualizada_junio_2015.pdf]
- Ley 1616. (2013) *Ley de Salud Mental en Colombia*. Consulta de la Norma. Archivo Web. Revisado y Recuperado de: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%201%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf]
- Londoño-Arredondo, N. H. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastornos mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 289-309.
- Luna, N. C., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el auto concepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (10).
- Luna-Montaña, I. (2001). MUJER, BELLEZA Y PSICOPATOPATOLOGÍA. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30(4), 383-388.

Mapa de Ubicación Universidad Simón Bolívar sede Cúcuta (2016). Archivo Web de Google Maps. Revisado y Recuperado de: [https://www.google.com.co/webhp?hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZ9Zy0lr_QAhUD1iYKHR9_BPcQPAgD#hl=es&q=unisimon%20cucuta&rflfq=1&rlha=0&rllag=7883967,-72501307,4&tbm=lcl&tbs=lf:1,lf_ui:2,lf_pqs:EAE&fll=7.883967049999992,-72.50130795000001&fspn=0.0048567454415504585,0.008046646626240772&fz=18&oll=7.883967050000001,-72.50130795&ospn=0.00004250970313890434,0.0001287460316916622&oz=15&qop=1&rlfi=hd::si:10391445268771290694]

MinSalud. (2013). Mi plan. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/Mi-Plan.aspx]

Moreno, D. C., Montaña, I. L., Prieto, G. A., & Pérez-Acosta, A. M. (2015). Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 15-23.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

Ohlsen, L., Ponten, B. y Hambert, G. (2006). Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Ann Plastic Surgery*, 2, 42-52.

Prieto, G. y Delgado, A. (2010) Fiabilidad y Validez. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 67-74

Pulido Garzón, D. C. (2015). Factores sociodemográficos y de salud, esquemas mal adaptativos y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal como predictores de

- la aceptación de cirugías plásticas estéticas. Revisado y recuperado de:
[<http://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2268/2/RAE%20Institucional.pdf>]
- Rabert, E. R., DEL CID, L. B. G., & Ruiz, J. B. (2010). Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 457-472.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Salaberria, K. & Rodríguez, S. (2007), percepción de la imagen corporal.<https://secre.org/pacientes/que-es-la-cirug%C3%ADa-pl%C3%A1stica>
- Saüch, G. y Castañer, M. (2013). La proyección de la imagen corporal en jóvenes adultos y en la tercera edad. Una aplicación específica de expresión de la corporalidad. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (24), 113-116.
- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E., & Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160.
- Trujano, P., Nava, C., de Gracia, M., Limón, G., Alatriste, A. L., & Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal. *Anales de psicología*, 26(2), 279-287.
- Figuerola Varela, M. D. R., & Careaga Pérez, G. (2013). La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(37), 324-360.

Vinaccia Alpi, S., Riveros Munévar, F., & Quiceno, J. M. (2016). Validez de constructo y confiabilidad de la versión en español del Spirituality Index of Well-Being (SIWB) en población colombiana con enfermedad pulmonar crónica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(3), 321-330.

Zuckerman, D. y Abraham, A. (2008). Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction. *Journal of Adolescent Health*, 43 (4), 318 – 324.
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000100001]

Apéndices

Apéndice A. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se presentan una serie de preguntas acerca de sus condiciones sociodemográficas es importante responder cada una de ellas.

Datos Sociodemográficos

Edad: _____ Estado civil: _____ Estrato: _____

Realiza actividad laboral: Si__ No__

Número de hijos: 0__ 1__ 2__ mas__

1. ¿antes de realizarse la cirugía estética usted ha asistido al psicólogo/a, por su insatisfacción con su imagen corporal? SI__ NO__
2. ¿Se ha realizado algún tipo de cirugía estética? SI__ NO__
3. Después de la cirugía estética realizada se ha sentido inconforme con su imagen corporal SI__ NO__
4. ¿Le gustaría realizarse otra cirugía estética más a delante? SI__ NO__

CUESTIONARIO BSQ VERSIÓN COLOMBIANA

Nos gustaría saber su opinión respecto a su cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

Nunca: 0, es Raro: 1, A veces: 2, A menudo: 3, Muy a Menudo: 4, Siempre: 5.

Ítem	Pregunta	Nunca	Es Raro	A veces	A menudo	Muy a Menudo	Siempre
1	¿Cuándo te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2	¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3	¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4	¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
5	¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
6	¿Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
8	¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9	¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
10	¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11	¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12	¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15	¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						

17	¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
18	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19	¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20	¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21	¿La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23	¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
24	¿Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?						
25	¿Has pensado que no es justo que otras chavas/os sean más delgadas/os que tú?						
26	¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27	¿Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
28	¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
29	¿Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30	¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
31	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
32	Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente						

33	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						
34	¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						