



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Plan de Trabajo Integrador Final

Autoridades de la Universidad

Rector Emérito: Dr. Roberto Kertész

Rector: Mgter. Néstor Blanco

Autoridades de la Carrera Licenciatura en Psicología y de la Unidad Académica

Decana: Lic. Beatriz Labrit

Director: Mgter. Marcelo Godoy

Tutor de Contenido: Lic. Gustavo Nahmod

**AUTOESTIMA EN SUJETOS QUE TRANSITARON UNA CIRUGÍA  
PLÁSTICA ESTÉTICA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Alumna: Díaz, Eliana Gabriela

Nº de Legajo: 8496

Fecha presentación: 27/03/2018

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Marco Teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Cirugía Plástica Estética.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Autoestima .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Antecedentes.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Planteo del Problema.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Objetivo General.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Hipótesis.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Método.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1. Diseño.....</b>	<b>23</b>
<b>5.2. Participantes.....</b>	<b>23</b>
<b>5.3. Técnicas de recolección de datos.....</b>	<b>23</b>
<b>5.4. Procedimiento.....</b>	<b>24</b>
<b>6. Resultados.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>29</b>
<b>8. Conclusión.....</b>	<b>34</b>
<b>9. Referencias.....</b>	<b>36</b>
<b>10. Anexo .....</b>	<b>43</b>

## 1. Introducción

El objetivo del presente trabajo de investigación es advertir los diferentes niveles de autoestima que presentan aquellos sujetos que deciden ser intervenidos quirúrgicamente de cirugía plástica estética.

Es pertinente destacar que la Argentina, es considerada como una de las mecas de la Cirugía Plástica Estética debido al creciente auge numérico que han tenido los procedimientos quirúrgicos a través de los años, por esa razón es necesario conocer tanto las estadísticas numéricas de lo sucedido como así también el tipo de intervención quirúrgica realizada.

Para la medición de la variable autoestima se empleó la técnica de recolección de datos cuyo nombre es el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) Versión Adultos (2010), la cual se administró a 30 adultos entre mujeres y hombres luego de ser operados de cirugía plástica estética, siendo sus edades entre 20 y 50 años de edad.

En el transcurso del recorrido realizado dentro de la psicología se ha hallado poco material al respecto, tal estado de situación ha de requerir una revisión, exploración y delimitación de la temática adoptando una mirada amplia del fenómeno y siguiendo el paradigma reinante en la ciencia actual por consiguiente se ha seguido el Paradigma de la Complejidad.

Intentar comprender la forma en que se produce este fenómeno lleva a acudir al paradigma de la Complejidad, resulta necesario entender que el estudio de cualquier aspecto del ser humano será multifacético. Este envuelve un entramado de variables que implican organismos vivientes, desde la perspectiva de Morin (1998) con una organización completa, rica y compleja (genética, historia, y tradiciones sociales).

Pero ¿Qué es la complejidad? “la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico” (Morin, 1998, p. 32). De esta manera la complejidad se exhibe con los rasgos turbadores de lo enredado, de lo enmarañado, del desorden, lo ambiguo y la incertidumbre. Por lo tanto la complejidad no es una palabra solución sino una palabra problema; y es desde esta mirada que este estudio dialogará y negociará con lo real, evitando volverse ciego ante el fenómeno. Apelando a disciplinas como: medicina, bioética,

sociología, deontología, filosofía, psicología para pretender develar dicho fenómeno. Así se intenta acceder al conocimiento multidimensional y no parcelado, evitando el aislamiento del objeto de estudio de su: contexto, devenir y antecedentes; en otras palabras se habrá de conocer el objeto de estudio desde una perspectiva Transdisciplinar (Morin, 1998).

Por otro lado, Morin (1998) advierte al sujeto cognoscente que “podemos esbozar el punto de vista epistemológico que permite controlar, es decir, criticar, trascender y reflexionar sobre nuestra teoría. Es también el punto de vista que nos sitúa eco-sistémicamente al tomar conciencia de las determinantes/condicionamientos del ambiente” (p. 71). Es desde esta perspectiva que se requiere de la racionalidad autocrítica entendiendo por tal el coloquio permanente entre nuestras estructuras lógicas, que aplicamos al mundo, y que debe dialogar con el mundo real (empírico); único modo de corregir el delirio lógico. En palabras de Morin (1998) “Tenemos necesidad de un diálogo permanente con el descubrimiento. La virtud de la ciencia, que le impide zozobrar en el delirio, es que datos nuevos arriban sin cesar y la llevan a cambiar sus visiones y sus ideas” (p.104).

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Cirugía Plástica Estética

Durante el año 2009, según las estadísticas de la Sociedad de Cirugía Plástica Internacional (ISAPS), se efectuaron 297.813 procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos siendo estos últimos aquellos que se realizan en el consultorio médico como el botox y el plasma rico en plaquetas. El dato numérico coloca al país en el séptimo lugar del ranking mundial teniendo en cuenta el número de procedimientos respecto del total de la población y en el puesto trece si se toma únicamente el número de intervenciones realizadas (Rios, 2011). La ISAPS mostró sus estadísticas en relación al tipo de intervención quirúrgica, donde la liposucción representa el 18.8% del total de los procedimientos quirúrgicos, el implante mamario un 17%, la blefaroplastia (elevación del párpado) un 13.5% y la rinoplastia (modificación de la nariz) un 9.4%. El comunicado de la ISAPS obtenido a partir de encuestas efectuadas a 91 países que son los miembros de la sociedad, evidencia que la Argentina también es uno de los países con mayor número de cirujanos plásticos. Puntualmente con 517 especialistas ubicándose en el puesto 11 del ranking.

Según la ISAPS se calcula que el número total de intervenciones quirúrgicas se eleva a 8.536.379 y el de procedimientos no quirúrgicos a 8.759.187, haciendo que el total mundial se eleve a 17.295.557.

En la Argentina, durante el año 2013 se realizaron 287.823 procedimientos – quirúrgicos y no quirúrgicos–, lo que coloca al país en el noveno lugar del ranking mundial, según el informe que realizó la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (Ballarino, 2014). Las referencias fueron alcanzadas por la asociación mediante encuestas enviadas a 2.700 especialistas de 95 países y confirman varias tendencias: el avance del botox, la presencia cada vez mayor de hombres en el consultorio del cirujano y que el aumento de mamas continúa siendo la operación preferida por las argentinas (durante 2013 se realizaron 54 cirugías de implantes de mama por día). En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el alza fue de un 35% en tres años (de 88.572 en 2010 a 120.652 en 2013). En primer lugar la cirugía más solicitada es el aumento de mamas, seguido por la liposucción, la cirugía para reducir el abdomen (abdominoplastía), y la de nariz (rinoplastia).

La cirugía plástica, comenzó a delimitarse como especialidad quirúrgica a partir de la Primera Guerra Mundial y entre los años 1960 y 1970 llegó a su época dorada permaneciendo vigente hasta la actualidad, dando lugar a la incorporación de nuevos procedimientos y también al progreso de otras técnicas. (Sánchez Rodríguez & Alessandrini González, 2007).

Conforme a lo expresado por Sánchez Rodríguez & Alessandrini González (2008) el vocablo plástica deriva del griego plastiké que alude a “formar” o “apto para ser moldeado”; en un sentido más amplio significa: construir, crear o moldear; de esta manera se constituye en su nivel reconstructivo y estético por ende la especialidad. La cirugía plástica, por lo tanto, orientada en sus inicios solo a los tejidos dérmicos hoy abarca la reconstrucción funcional y estética de todos los tejidos, llegando a ser la especialidad quirúrgica más extensa requiriente de superespecialización: cirugía reconstructiva, cirugía estética, cirugía de la piel, quemaduras, cirugía craneofacial, cirugía de los órganos genitales externos, cirugía de la mano y miembro superior, etc.

Particularmente la sociedad de cirugía plástica internacional define a la cirugía estética:

como los procedimientos quirúrgicos que simbolizan una combinación entre el arte y la ciencia, que piensan en el cuerpo como un objeto sobre el que es permitido intervenir técnicamente para ser reparado independientemente del sujeto,

permitiéndoles al mismo pasar de un cuerpo vivido subjetivamente a tener un cuerpo como objeto tangible (Córdoba, 2010, p.5).

Los autores Hontanilla & Auba (2002) plasman la distinción de los términos cirugía reparadora o reconstructiva y cirugía estética. Cuando se efectúa un acto quirúrgico de cirugía estética reparadora, la misma se puede nombrar como un proceso reparador debido a que el procedimiento efectuado reanuda aquello que se había perdido. Como ejemplos se puede mencionar aquellas intervenciones quirúrgicas que reconstruyen un defecto en la funcionalidad de los tejidos luego de una exéresis de un tumor o una mastectomía. En otras ocasiones se realizan cirugías estéticas propiamente dichas, donde la persona decide someterse a una intervención para mejorar su aspecto físico, en éstos casos es imprescindible establecer si la solicitud de la cirugía estética es causa o no de un trastorno psicológico o si además el paciente tiene un trastorno psiquiátrico de base.

Salazar (1994) asimismo afirma que:

Actualmente, estamos convencidos de que la cirugía plástica no es una especialidad de menor importancia, pues ella cumple un papel central en la apariencia del individuo como ser biopsicosocial. La imagen tiene un gran significado dentro de las interacciones humanas, debido a que contribuye a sembrar en las personas nuevas esperanzas e ilusiones de llevar una vida sana, participativa y socialmente competitiva (p.11).

Por consiguiente, es pertinente conocer el concepto de fealdad desde Eco (2007), donde la fealdad propia de la estética se define como aquella variabilidad en una relación armónica que se presenta entre los fragmentos que conforman un todo, es decir aquello imperfecto; desigual. Si el término fealdad es únicamente nombrado como un antagonismo de la belleza, puede tomarse como una disputa de discursos entre aquellas premisas multidisciplinares y disciplinares dando tanto lugar a las clásicas como a las actuales debido a que el significado de feo o bello va mutando a través de la historia. Es decir, por las obligaciones sociales en relación a las variables ético-morales, psico-sociales, socio-políticas y político-culturales, entre otras. Por consiguiente:

la fealdad o la belleza depende de las épocas y de las culturas, lo que era inaceptable ayer puede convertirse en lo aceptado de mañana, y lo que se considera feo puede contribuir en un contexto adecuado a la belleza del conjunto (Eco, 2007, p.4).

Sánchez Rodríguez & Alessandrini González, 2007 desde una mirada bioética, describen que con cierta periodicidad ciertos cirujanos plásticos toman el acto quirúrgico con un fin propicio, puntualmente en aquellos casos donde su objetivo estético ha sido truncado y mediante un proceso judicial argumentan la preexistencia de afecciones de origen psíquico en pacientes intervenidos quirúrgicamente. El proceso puede ocurrir en la práctica, al cirujano plástico no le concierne realizar una diagnosis psiquiátrica debido a que en su contra podrían imputarlo del cargo de impericia. Por esta razón, es pertinente tener en cuenta a cada uno de los sujetos que llegan a la consulta y que el cirujano plástico realice una interconsulta con un profesional especializado que le sirva de sostén en su objetivo terapéutico, es decir una mirada holística de cada uno de los pacientes. Cabe aclarar la eficacia de realizar una evaluación sistémica, siendo la misma aquella que tiene en cuenta al sujeto en su totalidad ya que la misma debe transcurrir antes de efectuar la intervención quirúrgica. En el caso de no realizar la misma, es congruente que renuncie a afirmar el fin saludable de su intervención y que en el consentimiento informado de la operación, manifieste que la particularidad de su actividad médica no es de resultado sino únicamente como un medio para llegar a un determinado objetivo.

Siguiendo la misma perspectiva, es importante tener en cuenta el contenido que debe tener el consentimiento informado, dado que el mismo es legal cuando el sujeto ha sido comunicado sobre todas las particularidades referentes al acto quirúrgico en cuestión. La nota debe contener el resultado, la naturaleza, los efectos de la cirugía como así también las dificultades que conlleva la misma. El permiso de acceder significa que el consentimiento puede ser retirado de un momento a otro y que la disposición del individuo debe ser respetada siempre que haya sido íntegramente comunicado de los efectos que comporta. (Orta Hernández y Pascual López, 1997).

## 2.2. Autoestima

El vocablo autoestima no ha sido calificado como una dificultad para la psicología, el mismo es uno de los componentes primordiales del comportamiento del ser humano en sus niveles adaptativos y desadaptativos, estableciendo de ésta manera su propia cognición y accionar a través de las conductas del sujeto (López Nubia & Domínguez, 1993).

En principio se realizará un recorrido sobre las diferentes acepciones del término en cuestión. Para comenzar es ineludible marcar la divergencia entre el concepto de

autoestima personal y el de autoestima colectiva. Según, Rosenberg (1965,1979), la autoestima personal se define como un sentimiento de respeto a sí mismo y de estima individual y la autoestima colectiva se refiere a categorías sociales y grupos. (Sánchez Santa –Bárbara, 1999).

Según Horsntein (2010), el vocablo autoestima implica por un lado el atributo de lo propio “auto” y por el otro “estimar” donde el término procede del latín aestimare, siendo su significado evaluar, calificar, valorar (Corominas, 1967). Vargas & Polaino – Lorente (1996) señalan que para la conformación de la futura autoestima de un sujeto son primordiales las “relaciones tempranas de afecto entre padres e hijos” (p. 106). Asimismo, la valoración que cada individuo tiene de sí mismo en soledad mediante la reflexión o la meditación por sí solas no alcanzan para una autoevaluación de uno mismo debido a que siempre van acompañadas de la apreciación o evaluación social (Polaino – Lorente, 2000).

Polaino Lorente, 2000 toma el concepto de autoestima que Coopersmith (1959,1967 y 1981), siendo la definición la siguiente:

la evaluación que hace el individuo respecto de sí mismo, que por lo general se mantiene. La autoestima expresa una actitud de aprobación o desaprobación y pone de manifiesto el grado en que el sujeto se considera importante, capaz, con éxito y valioso (p.112).

Desde la perspectiva de Montoya, Sol & González- Arratia (2001) la autoestima es la valoración que cada sujeto tiene de sí mismo, donde el camino recorrido tiene como eje a la experiencia vivida día tras día siendo influenciado por los procesos anímicos en los cuales los seres humanos transitan.

Montoya & Sol (2001), nombran a la autoestima como aquella cualidad interna con que un ser humano se refiere a sí mismo y la manera en cómo se perciba dentro de su universo dará lugar a que el sujeto se ubique dentro de su cosmos desde una posición positiva o negativa. Asimismo Fundichely Quiala & Zaldivar Rodríguez (1999) manifiestan que la autoestima es aquella forma donde el sujeto es capaz de amar, sentir, pensar y actuar consigo mismo dando como resultado una actitud adquirida hacia uno mismo. La autoestima incide no sólo en el hacer del sujeto sino también en su bienestar psicológico debido a la forma de evaluación que se realiza a sí mismo, generando determinados efectos en las diferentes áreas: intelectual, conductual, emocional, social y escolar, así lo

sostienen los autores (Herrero, 1994; González- Arratia, Gily & Valdez, 2000). Incluso Bardwick (1983), señala que la autoestima resulta de cómo el sujeto se desempeña en su rol utilizando características y capacidades individuales, si las anteriores no son ejercidas por el individuo la autoestima desciende.

Por otro lado, González –Arratia et al., 2000, expresa que: “el sexo del sujeto es importante en la conformación de la autoestima, especialmente las mujeres tienen más baja autoestima debido a que están abandonando los roles tradicionales y estereotípicos” (p.174). Por consiguiente Bardwick (1983) relaciona el concepto de autoestima con el género femenino donde plantea que la mujer se ve influida por el atuendo, debido a que ha aprendido que el aspecto atractivo muestra una expresión de competitividad y seguridad dando de ésta manera un aumento en su autoestima; no obstante sostiene que la mujer que usa vestimenta sugestiva y demasiado maquillaje suelen tener una disminución de su nivel de autoestima. Igualmente Simmonds & Rosenberg (1975), concuerdan que la autoestima y autoimagen en las mujeres produce más cantidad de problemas que en los hombres, debido a que el género femenino tiende a preocuparse por la opinión que los demás tienen de ellas, también se interesan demasiado en consentir a sus compañeros, suelen estar descontentas con su rol sexual lo cual implica un aumento de su introspección lo que da como corolario una desvalorización de su autoestima y un aumento de inseguridad emocional.

En el recorrido acontecido es preciso tener presente al concepto de belleza debido a que el mismo adquiere importancia desde la antigüedad y es desde allí donde intenta conservarse junto con la apariencia juvenil. En la interacción con los otros es donde la apariencia muestra su supremacía dando lugar a que se instale la siguiente premisa donde el tener un buen semblante externo se relaciona con el éxito social y profesional. (Sánchez Rodríguez & Alessandrini González, 2007).

Un componente vital, al que no constantemente se le da la profundidad que merece es el cuerpo propio. No hay un sujeto sin organismo, de la misma manera que no hay afecto sin corporalidad. La representación del cuerpo pocas veces es funcionalmente objetiva en los individuos debido a que hay no sólo atributos sino también ideales en boga donde las comparaciones suelen en ocasiones enmarañar, desordenar y cambiar la evaluación

personal llegando a un estado que bordea lo patológico, como es el caso de una anorexia mental. (Polaino – Lorente, 2000).

Dolto (1994), narra que el esquema corporal define al ser humano como representante de la especie, sin importar las condiciones de vida, el territorio o la época. En principio, el esquema corporal es igual para todos los individuos de la especie humana a diferencia de la imagen del cuerpo que es única y por ende se liga al sujeto y a su biografía. Por tal motivo el esquema corporal es en parte inconsciente, preconscious y consciente, mientras que la imagen del cuerpo es particularmente inconsciente. Y al respecto Nasio (2008), menciona que: “La imagen inconsciente del cuerpo es un código íntimo, propio de cada individuo” (p.20).

Retomando la idea de la imagen corporal Dolto (1994) manifiesta que:

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrecruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto con el otro, sea de comunicación o de evitamiento de comunicación, se asienta en la imagen del cuerpo; porque no es sino en la imagen del cuerpo, soporte del narcisismo, que el tiempo se cruza con el espacio y que el pasado inconsciente resuena en relación presente (p.21-22).

La autoestima está siendo determinada por agentes que están en transición con la imagen corporal, la apariencia física, el grado educativo, la edad, como lo plantea González (1989) incluso Consille (1989) manifiesta con respecto a la apariencia que las malformaciones físicas inciden sobre algunos conceptos utilizados en psicología como es en el caso de: personalidad, autoestima, relaciones familiares, imagen corporal, etc.

López y Domínguez (1993) exponen que la autoestima es definida como la actitud hacia sí mismo y que además se corresponde con cuatro conceptos: Autoconcepto, Autoconfianza; Rol e Imagen Corporal. A continuación la definición de cada uno de ellos:

Autoconcepto: es la evaluación cognoscitiva compuesta por la percepción de las habilidades y características propias que posee el individuo, de aquello que quiere ser y de las expectativas que los demás tienen del sujeto.

Autoconfianza: se refiere a que el sujeto piensa que puede realizar algo, que además lo hará y por último que tendrá éxito al concretarlo, abarca conjuntamente a la autoeficacia que marca la relación entre la expectativa de logro que tiene el individuo y su realización personal.

Rol: conjunto de representaciones afectivas, cognitivas y de conducta que se asocian con el sexo del sujeto y por disposición normativa como es en el caso de las costumbres, la historia, la convención y el estrato es sociocultural. (Molano 1987). Además se incluye a la identidad, entendida como aquella experiencia privada del rol que se manifiesta ante uno mismo y frente a los demás.

Imagen corporal: es la autovaloración que abarca aspectos afectivos, cognitivos y perceptivos en relación a la sexualidad y al propio cuerpo del sujeto.

En cuanto a las teorías psicosociales de la autoestima, las mismas han privilegiado los aspectos individuales del concepto donde los individuos pugnan por conservar, resguardar y por último fortalecer un perfil positivo de sí mismos.

Con respecto al nivel de la autoestima Sánchez Santa – Bárbara (1999) dice “parece ser que las personas con alta autoestima personal tienden a dejarse influir por el sesgo de autoenaltecimiento (pensamientos positivos poco realistas, ilusión de control y un optimismo poco realista acerca del futuro)” (p.252). Además suelen realizar apreciaciones acerca de sí mismas teniendo presente los triunfos y frustraciones del quehacer habitual y efectuando paralelos en relación a sus propias medidas intrínsecas y de los demás. Rice (2000) narra que aquellas personas que tienen una autoestima baja, manifiestan una identidad insegura, inestable y en muchas ocasiones sensible al rechazo o desaprobación del resto de las personas, afirmando de ésta manera su falta de aprecio, inexperiencia e incongruencia. En ocasiones pueden alterarse al pensar que alguien se sonríe de su persona, también cuando sienten que son acusadas o cuando advierten que los demás tienen una impresión negativa de ellas. Sus niveles de ansiedad aumentan cuando experimentan mayor vulnerabilidad, dando como resultado sujetos torpes, inquietos que sortean por todos los medios de exhibirse al ridículo.

Coopersmith (1967) categoriza los niveles de autoestima en: alta, media o normal y baja. Un individuo que tiene una alta autoestima se estima de manera positiva y está

complacido de sus destrezas y actos, sabe cuáles son sus partes fuertes, débiles y pretende mejorarlos.

Sobre el nivel medio o normal de la autoestima Coopersmith (1967) narra que:

Se caracteriza por presentar similitud con las características de la alta autoestima pero se diferencia en que las personas, aunque se muestran siempre optimistas, son capaces de aceptar críticas; sin embargo, presentan tendencias a sentirse inseguros en cuanto a su vida personal, intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo, tienen confianza en sí mismos pero a veces suelen caer (p.70).

Por último, la baja autoestima donde el sujeto se supone menos de lo que cree que tendría que ser, además están pendientes de las consecuencias actuales para saber cómo corresponde que tienen que sentirse consigo mismos; requieren de “experiencias positivas para contrarrestar los sentimientos negativos que albergan hacia ellos mismos” (p.70).

Finalmente González-Arratia (2001), realiza una historización sobre diferentes conocimientos, dice que lo transcendental del individuo es que tiene una imagen de sí mismo y de las relaciones que mantiene con el medio ambiente, “así como una jerarquía de valores y objetivos meta que definen nuestra evaluación acerca de nosotros mismos” (Silva-Escorcia, & Mejía-Pérez, 2015, p.243). Así mismo Román (1983) enuncia que: “Dichos valores forman un modelo coherente a través del cual la persona trata de planificar y organizar su propia vida dentro de los límites establecidos por el ambiente social. (p.17). En síntesis es posible pensar a la autoestima como un sentimiento que se va gestando, es decir se construye, se desarrolla y por consiguiente tiene la posibilidad de cambiar, debido a que no es algo estático sino que se nutre en cada momento, experiencia, y sensación vivida a lo largo de toda nuestra existencia (González – Arratia, 2001).

### **3. Antecedentes**

En la ciudad de Barcelona Ribas, Botella y Benito (2010), realizan un trabajo de investigación sobre los “Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia. En el presente trabajo se llevaron a cabo dos estudios, donde el primero contó con la participación de 86 pacientes que se realizaron una cirugía estética y fueron

evaluados en el pre y post del procedimiento quirúrgico. El número de participantes fue de 81 mujeres (94,2%) y 5 hombres (5,8%), su edad oscila entre los 18 a los 70 años, se evaluó la imagen corporal mediante el Cuestionario de Imagen Corporal de Botella, Ribas y Benito (2009) con la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire.

Una vez adquirido el consentimiento informado de cada uno de los pacientes, se procedió a administrar por primera vez el Cuestionario de Imagen Corporal de Botella, Ribas y Benito (2009) en el momento de la solicitud quirúrgica de los participantes del estudio y se volvió a efectuar luego de realizada la cirugía estética programada teniendo presente el tiempo del post operatorio acontecido que aproximadamente es de entre 4 a 6 meses para que los resultados de la cirugía fueran evidentes.

Los resultados de éste primer estudio, muestran que la puntuación en general del cuestionario aumenta explicativamente luego de la intervención quirúrgica (media Pre-intervención=3,24; media Post intervención=3,47;  $t = -5,81$ ;  $p < 0,001$ ). En el segundo estudio realizado, se contó con la participación de 44 pacientes que se efectuaron no sólo intervenciones quirúrgicas estéticas sino también tratamientos. El grupo de participantes estuvo compuesto por 43 mujeres (97,7%) y 1 hombre (2,3%). El 38,6% tenían entre 26 y 35 años de edad y un 36,4% entre 36 y 45 años. El instrumento utilizado fue un Cuestionario *ad hoc* cuyo diseño apuntó a la valoración de a) el nivel de bienestar con las intervenciones quirúrgicas estéticas y tratamientos realizados y b) cómo han influido y hasta qué punto en la relaciones de pareja de cada uno de los pacientes que participaron del estudio.

El alcance de los dos estudios realizados para la intervención psicoterapéutica en casos con dificultades que fueron provocados por una imagen corporal son variados. En aquellos pacientes que han participado en el estudio se plasman dos modelos, a) los que le dan mucha importancia a la imagen corporal, b) imagen corporal negativa universal o determinada. La intervención quirúrgica o tratamientos estéticos logran disminuir el efecto de lo planteado en el ítem b) pero no lo consiguen con el ítem a).

Se podría decir que hay dos explicaciones, una referente al cuerpo donde los pacientes tienen determinados trastornos que afectan la apariencia objetiva de su imagen corporal y debido a esto presentan una demasiada preocupación por su figura, la otra sería

la psicológica donde aquellos presentan un grado de inquietud tan alto en lo corporal que los lleva a encontrarse defectos continuamente (Ribas et al., 2010). Ambas afirmaciones son reduccionistas, porque lo más factible es que estemos frente a un desarrollo que gira de manera circular y lógica en el que uno y otro hecho se alimentan mutuamente: la preocupación excesiva que manifiestan éstos pacientes por el cuerpo hace que su autoestima penda exclusivamente de su imagen corporal y por ende los lleva a que se concentren excesivamente en la estimación de su imagen y de sus viables defectos colocándolos en entornos psicosociales donde su inquietud por la imagen aumenta considerablemente, también es necesario recordar cómo valora hoy la sociedad a la imagen corporal a diferencia de cómo lo hacía a través de la historia.

Según Bauman (2000), ante la carencia de la certidumbre a largo plazo, la gratificación inmediata resulta ser una habilidad deseable. Aquello que la vida tenga para brindar que lo brinde de manera inmediata. ¿Quién puede conocer lo que nos proporcionara el futuro? La demora de la recompensa ha extraviado su encanto. Porque ulteriormente, no hay seguridad de que el esfuerzo y el trabajo invertidos en el aquí y ahora podrán tener algún valor en el tiempo que lleve alcanzar la distinción. “Las modas van y vienen a una velocidad vertiginosa, todos los objetos de deseo se vuelven obsoletos, desagradables y hasta producen rechazo incluso antes de haber tenido tiempo de ser gozados plenamente” (p.172).

Moreno y Ortiz (2009), examinaron la relación entre la autoestima, la imagen corporal y las conductas de riesgo en trastornos alimentarios. El número de participantes de la muestra fue de 298 adolescentes alumnos de la escuela secundaria pública de la ciudad de Xalapa; Veracruz; México, su edad oscila entre los 13 y 14 años; en cuanto al sexo de cada uno se referencia que el 51% de la muestra son mujeres y el 49% restante hombres.

Fueron parte del estudio los sucesivos instrumentos: un Cuestionario de Datos Generales para enmarcar a la población donde se plasmó la talla y el peso corporal de cada participante para obtener el índice de masa corporal (IMC) el cual resulta de la razón entre el peso expresado en kilos y la talla expresada en metros al cuadrado. Se esgrimió el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) de Garner y Garfinkel (1979), el mismo evalúa las características anoréxicas como motivación para adelgazar y patrones alimentarios

restrictivos, miedo a engordar. Consta de 40 ítems con una escala de frecuencia de 6 puntos que va desde “nunca” a “siempre”. El punto de corte utilizado es el propuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Servicio Aragonés de Salud (2000) en su Protocolo de atención a pacientes con (TCA), quienes proponen la siguiente clasificación: < mayor o igual a 19, riesgo 20-30 y caso clínico > o igual 31.

También se utilizó el Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) de Cooper (1987) tiene 34 ítems que evalúan la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal. Espina (2001), las especifica en 4 clases que determinan el nivel de inquietud: No preocupado o < igual a 80; ligeramente preocupado 81-110; moderadamente preocupado 111-140 y extremadamente preocupado > o igual a 140.

Por último se tomó el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para alumnos de escuela secundaria (CEA) de García (1998), está compuesto por 17 ítems, de los cuales 16 tratan sobre cualidades referentes a la autoestima y 3 ítems particularmente se refieren a una escala de autocrítica que evalúa si los alumnos responden o no a las preguntas bajo los fines de la deseabilidad social. Es necesario realizar una estimación del percentil para obtener el nivel alto, medio o bajo. Los puntajes obtenidos se dividieron en tres partes iguales de 33.3% cada una.

En esta muestra se hace referencia a la medición del índice de masa corporal fue posible mostrar 33 casos de desnutrición (13 de sexo masculino y 20 de sexo femenino) y 41 casos de obesidad (tipo I y II) en hombres y 37 casos de obesidad en mujeres. Se reveló que los hombres tienen un posible riesgo de trastorno alimentario en el 4% y las mujeres en un 12 % y un 10 % en ambos sexos la patología ya está establecida. En las mujeres hay una mayor disposición a preocuparse por su imagen corporal a diferencia de los hombres donde la misma está presente en los tres grupos etarios pero disminuye cuando aumenta su edad cronológica.

Luego del trabajo de investigación realizado y estudiado la relación entre autoestima, imagen corporal y las conductas de riesgo en trastornos alimentarios es posible probar que las mujeres presentan una mayor disposición a manifestar éste tipo de trastornos que los hombres, de todas maneras el riesgo también está presente en ellos. En cuanto a la insatisfacción de la imagen corporal, las mujeres manifiestan un mayor porcentaje de riesgo

en los trastornos alimentarios y también preocupación por un incremento de peso debido posiblemente a que la presión social es mayor en ellas.

En la ciudad de Mérida, los investigadores Maldonado, Brito, Lara, Pacciotta, Angulo y Barreat (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue advertir la relación entre los diferentes niveles de la autoestima y la motivación al logro exclusivamente en mujeres que tengan la intención de efectuarse una cirugía estética y también comparar las categorías de autoestima de cada uno de los dos grupos, donde el primero son aquellas jóvenes que tienen el proyecto de efectuar una cirugía estética y el segundo está integrado por aquellas que no piensan a algún procedimiento quirúrgico.

El diseño metodológico de la investigación es no experimental, correlacional, de campo, corte transversal y su tipo es no probabilístico. La población total de la muestra estuvo compuesta por 40 jóvenes mujeres, cuyas edades oscilan entre los 14 y 25 años de edad (media 19 años). Se utilizaron dos instrumentos para el sondeo, el primero fue AESTI es una escala de medición de autoestima general planteada por Rosenberg (1965) y el segundo el inventario MLP que mide la motivación de logro construido por Romero G. y Salomon de B., (1990).

El resultado obtenido marca que hay discrepancias en los niveles de autoestima entre las jóvenes que tienen pensado realizarse una cirugía estética y aquellas que no tienen el propósito de efectuarse algún tipo de procedimiento. El resultado de la media para las jóvenes que tienen la intención de realizarse una cirugía estética fue de (52,13) y una media de (57) para aquellas que no piensan en efectuarse un procedimiento. Es importante destacar que los dos resultados obtenidos entran en la categorización de autoestima media o normal. En referencia al motivo por el cual las mujeres se someterían a cirugía estética: 43,48% reveló que era para aumentar sus niveles de autoestima; en tanto que el 39,13% para mejorar su salud y el 17,39% que lo haría para sentirse más aceptada socialmente. Así mismo en dicha investigación se sostiene que hay predominio de motivos, por un lado en la dimensión interior (intrapersonal), sobre motivos de dimensión exterior (interpersonal) ambos relacionados con la cirugía plástica estética.

Si se comparan las intenciones de realizarse una cirugía estética con los niveles de motivación al logro total, se obtiene que las jóvenes que quieren practicarse una cirugía estética lograron un resultado de una media de motivación al logro total baja, a diferencia

del grupo que no tiene intenciones de realizarse un procedimiento quirúrgico alcanzaron como resultado una media de motivación al logro total alta.

Acuña, Serrano, Buelvas, Luna & Pérez (2010), realizaron una investigación sobre la estructuración intrapsíquica de mujeres que se realizaron múltiples cirugías estéticas. El objetivo del presente estudio es la descripción de cada una de las estructuras de las cinco mujeres que tienen realizadas entre tres o más cirugías estéticas. El método utilizado es el cualitativo, cuyo diseño es manifiesto y holista. Su orientación tiene una visión hermenéutica de corte psicoanalítico. En primera instancia, se confeccionó una Anamnesis y una Entrevista Semi- Estructurada y luego se administraron dos instrumentos: el Test del Dibujo de la Figura Humana de Machover (1987) y el Test de Rorschach en la escala de Exner (1994) ambos herramientas del tipo proyectivo.

Para comenzar, es notable enunciar que en la constitución del sujeto es significativa la función materna, la misma debe ser integrada por una función que regle la forma en que la madre satisface las necesidades del niño/a, promoviendo pertinentemente una disociación emocional que separe el apego madre-hija. En los casos nombrados, éste proceso ha fracasado. (Acuña et al., 2010).

Entonces Brullmann (1999) desde el psicoanálisis francés, sostiene que la decisión de operarse particularmente de cirugías plásticas estéticas suelen encuadrar un sufrimiento psíquico, donde el mismo enviste al organismo y que está en relación con la reorganización psíquica del periodo de la adolescencia. Lo anteriormente explicado se relaciona con la validación del fantasma que nombra Amigó (2001), que corresponde que se dé en el segundo despertar sexual, desde una madre que instruye a su hija a funcionar su ser mujer y desde un padre que de apertura a lo sexual.

El deseo de efectuarse cirugías plásticas estéticas está unido a una subjetividad, que traspasa al cuerpo y que no es usado con un fin en sí mismo, sino como una manera de idear o canalizar un etapa intrapsíquica (Acosta, 2006). Entonces las cirugías estéticas se componen en un acto frustrado para efectuar una disposición inconciente, procedente del vínculo con el objeto primario con su voz particular, la “Voz del Otro” (p. 24). Es un acto frustrado porque no fue conveniente para alcanzar su objetivo inconciente, no se efectuó con exactitud la expectación del Otro y en la inacabable búsqueda de ser objeto

del deseo del Otro, se funda la utopía de ser lindas, que no comprende necesariamente ser objeto de amor.

González, M (2003) narra que para el sexo femenino hay una dificultad que se relaciona con el cuerpo, enlazado a la relación materna y que da comienzo a la conformación del esquema corporal, porque es desde la imagen del organismo reflejado en el campo del Otro, es decir en el espejo, que se encuentra latente dicho esquema. Para que acaezca la imagen del cuerpo, la cual es inconsciente, la misma debe entenderse desde la palabra, cuyo origen se encuentra en los inaugurales sonidos no sólo expresados sino también percibidos desde la voz materna que protege los cuidados de la criatura. Es aquí donde la falta se funda en la conformación de un cuerpo atravesado por la marca de la voz materna solicitante y devoradora, que aflora en el ambiente como la declinación del mismo, con su presente ambivalencia se ama – se odia; “un querer ser en el cuerpo de la expectativa del Otro”. (p. 25). Aquí se hace acto la predisposición, por medio del acto quirúrgico, desde la que anhela, como niña, como mujer, lograr la completud y el acatamiento de la Voz del Otro del Deseo. Se toma lo que Lacan (1999) dice sobre la madre omnipotente “...y no porque lo contenga todo como suponía M. Klein sino porque es ella quien decide dar o no dar”. (p.25).

En su deseo de confirmar su ser mujer, se posicionan como objeto de deseo en su rol sexual y no desde un sujeto que desea, entonces sus acontecimientos sexuales están regidos por las expectativas del otro, por condescenderlo o agradarlo en lo sexual, sin tener en cuenta su natural deseo, debido a que disfrutar de lo sexual entrafña ser objeto de goce y no objeto de deseo del Otro en su encuentro con el otro. Son cuerpos en beneficio del deseo del Otro, organismos extraños, edificados según una trama que se ha constituido en el inconciente de éstas mujeres jóvenes. Acosta (2006), dice en relación a este tipo de mujeres: “...no tienen problemas con el cuerpo; el problema es con su feminidad y eso no lo cura un bisturí”. Se adquiere como una tentativa equivocada de responder a una pregunta esencial ¿Qué es ser mujer? (p.26).

Entonces, se halla en las mujeres que se realizan múltiples cirugías estéticas, aquella hendidura materna en su función como abastecedora de una articulación simbólica para la conformación de aquel esquema corporal sano y una subjetividad cuyo deseo sea natural, enlazada además a la falla paterna en su tarea de corte del par madre-hija y todo esto tiene la validación de la estructura psíquica en el segundo despertar sexual y que se advierte como el fracaso del fantasma Amigó (2001). Es en el cuerpo propio donde se colocan las

declaraciones del psiquismo, se convierte en “instrumento parlante” (p.28), porque la inscripción simbólica no es suficiente para gestionar la realidad. En las mujeres estudiadas hay “procesos inconclusos como la simbolización de la castración (¿la castración misma?), la unificación de un esquema corporal desde el narcisismo primario dotado por la relación objetal primaria, la confirmación del fantasma de la feminidad” (p.28) y que se muestran en ellas de una manera deformada, en su realidad corporal, debido a la falta de las funciones maternas y paternas. De esta manera, surge el amor como aquel fragmento que falta en la configuración del organismo y en el caso que esté presente encubre una finalidad narcisista de parte de quien la suministra.

Le Poulichet (1990), enuncia que:

El sufrimiento psíquico equivale en el cuerpo a la insatisfacción, y ante lo doloroso, se coloca una prótesis que sostenga la debilidad narcisista, que mitigue el dolor de la falta de elementos constituyentes, de la incertidumbre en el ser, más aun, que sostenga el fantasma: esta prótesis narcisista, como Le Poulichet (1990) la denomina, es la cirugía estética. (p.28-29).

Como conclusión los investigadores sostienen que en los cinco casos estudiados, se manifiesta una malograda función de sus parejas como así también se denota la disfuncionalidad en cada una de las familias que se reflejan a través de conflictos maritales, separaciones y en algunos casos abandono por parte del progenitor. La figura materna se enuncia como castradora, fálica, con una demanda ambigua porque está desconforme con su ser y a la vez desea a través de sus hijas, situándolas en el dilema del deseo, donde los cuerpos de las entrevistadas se expresan como insatisfechos y frágiles evidenciando aquellas fallas acaecidas donde la cirugía estética es un acto compensatorio de la falta estructural.

En la ciudad de Guadalajara, Figueroa Varela & Careaga Pérez (2013), realizaron una investigación sobre La opción de la reconfiguración estética: estudio en jóvenes universitarias. El objetivo del estudio es examinar si las jóvenes que cursan sus estudios

universitarios particularmente las carreras de Ciencias de la Comunicación, Ciencias de la Educación, Ciencias Políticas, Filosofía y Psicología, piensan que realizarse una cirugía estética aumenta su nivel elevado de belleza estándar de delgadez y si tendría una huella positiva en su vida. El modelo educativo de las carreras anteriormente nombradas tiene en común aspirar el desarrollo de un perfil académico que sea crítico de la problemática y del entramado social, dando como resultado un ejercicio desde una mirada ética, sostenible, imparcial, múltiple y de calidad. El diseño metodológico del estudio fue cuantitativo, transversal y exploratorio. Se elaboró un cuestionario de respuestas abiertas para 217 estudiantes de sexo femenino, la muestra tiene las siguientes particularidades: las jóvenes tienen en promedio 21 años de edad, los 94% solteras, 93% sin hijos, 59% viven con sus padres y el 88% penden económicamente de sus progenitores.

Las preguntas del cuestionario fueron compuestas con la propósito de investigar, a) si hay alguna parte o zona del cuerpo que les causara mayor disgusto en su apariencia física en las últimas semanas (al momento de la entrevista); b) cuál considera el ideal de belleza que una mujer tiene que alcanzar; c) si estaría dispuesta a someterse a una cirugía estética; d) parte(s) del cuerpo que consideraría modificar a través de cirugía estética; e) edad que considera adecuada para hacerse cirugía estética; e) si se hiciera cirugía: en qué considera que cambiaría su vida; f) aspectos de su vida que mejorarían si se realizara una cirugía estética. Luego del análisis de cada una las muestras, resultó que el 87% de las jóvenes describe tener un área corporal que le causa disgusto, y 8% afirmaron no tener zona del cuerpo que les disgustara. Con respecto a realizarse una cirugía plástica, 96 casos (44%) afirman que no se realizarían una cirugía plástica, contra 66% que considera la posibilidad de someterse a ella. Se les preguntó qué zonas del cuerpo no les gusta y si se realizarían la cirugía plástica, luego se clasificó la información y se las dividió en tres grupos: zonas de contacto social (situadas en el rostro y zonas del cuerpo próximas como cara, nariz y cabello), partes del cuerpo cubiertas por la vestimenta (abdomen, busto, glúteos, cadera) y partes del cuerpo expuestas al público (piernas, brazos, manos, pies). Para establecer si hay una correspondencia entre estar a disgusto con una parte del cuerpo y considerar la posibilidad de someterla a cirugía plástica, se efectuó la prueba de Pearson, que resulta en un valor de 0.7654, que muestra que la analogía es alta entre estos dos aspectos; por ende, si una joven siente desazón por alguna parte de su cuerpo será más propensa a considerar realizarse una cirugía plástica. En referencia a las creencias de las jóvenes en relación a los cambios en su vida si se hicieran cirugía plástica. El 29 % no piensa que habría cambios en

su vida, contra 36% que cree, que habría un incremento en su autoestima y seguridad personal.

#### **4. Planteo del Problema**

Origina este trabajo de investigación la necesidad de explorar, conocer e identificar los diferentes niveles de autoestima que presentan los pacientes que deciden ser intervenidos quirúrgicamente de una cirugía plástica estética. En la Argentina, la creciente demanda de las intervenciones quirúrgicas, particularmente las cirugías plásticas estéticas, el alza fue de un 35% en tres años (de 88.572 en 2010 a 120.652 en 2013) como lo expresa la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética.

La Autoestima es una permanente construcción subjetiva que se da a lo largo del ciclo vital y además multifacética, en donde intervienen variables temporo-socio-culturales. Asimismo, cuando se interviene un cuerpo como objeto tangible (organismo) no se estaría teniendo en cuenta a un cuerpo vivido subjetivamente, siendo este organismo intervenido por un cirujano plástico. Es por consiguiente que en este tipo de intervenciones no se tiene en cuenta el cuerpo vivido subjetivamente, en parte el mismo está constituido por imagen corporal y autoestima; y esto incumbe al campo de la Psicología.

En otras palabras, el sujeto que decide someterse a una intervención quirúrgica de cirugía plástica estética considera tan sólo al cuerpo tomándolo como objeto tangible y por lo tanto desestimando por desconocimiento al cuerpo vivido subjetivamente, tal decisión demandaría un proceso psicoterapéutico cuya finalidad sería evaluar la misma en el ámbito psicológico.

#### **4. Objetivos e Hipótesis**

##### **4.1 Objetivo General**

Examinar el nivel de autoestima de los sujetos que acceden voluntariamente a ser intervenidos quirúrgicamente de cirugías plásticas con fines estéticos.

## 4.2 Objetivos Específicos

\* Analizar la relación entre la autoestima y la imagen corporal.

\* Conocer los niveles de autoestima en el sexo femenino y masculino.

## 4.3. Hipótesis

*Las personas que deciden acceder a una cirugía plástica estética tienen un nivel bajo de autoestima.*

## 5. Método

### 5.1. Diseño

El trabajo de investigación realizado, es de naturaleza no experimental, cuantitativa y descriptiva, su diseño es transversal y la recolección de datos se realizó en un tiempo y momento único como lo explica Sampieri (2014).

### 5.2. Participantes

En el actual estudio fueron participes 30 adultos operados de cirugía plástica distribuidos entre mujeres y hombres, cuyas edades oscilan entre los 20 y 50 años de edad.

### 5.3. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos se administró a los pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente. La misma se realizó utilizando el Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) Versión Adultos (2010), su evaluación tiene dos opciones SI o NO y además se empleó un Cuestionario de Datos Personales que incluyen Edad, Sexo y Clase Social.

El Inventario está compuesto por 25 ítems, separados en tres áreas. La primer área denominada Sí mismo general consta de 13 ítems, que se refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas; la segunda área llamada Social tiene 6 ítems que representan a las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos y por último la tercer área nombrada Familiar donde se presentan 6 ítems que hacen referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar en relación con la convivencia.

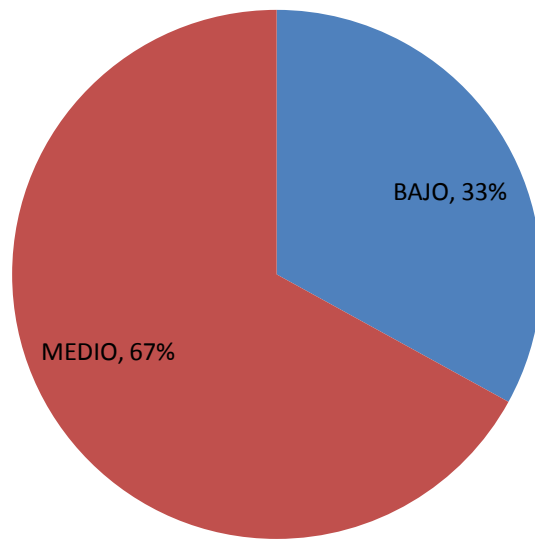
#### 5.4. Procedimiento

La encuesta se realizó en el espacio particular del consultorio de un cirujano plástico. Se tramitó la autorización del presente estudio a los treinta pacientes. Se puso en contacto con quienes fueron parte de la muestra y luego de la presentación se les explicó que su participación es voluntaria y que la duración de dicha encuesta no excedería los treinta minutos. Además se les aclaró que los datos proporcionados serían utilizados exclusivamente con fines académicos.

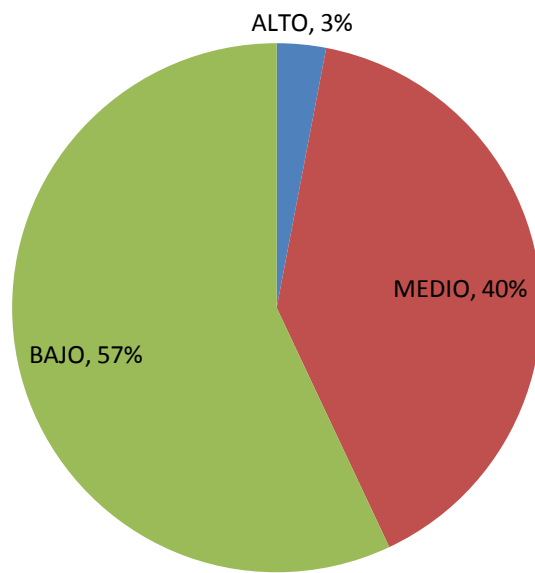
### **6. Resultados**

A continuación se presentan por separados los cuatro gráficos analizados en el estudio de investigación.

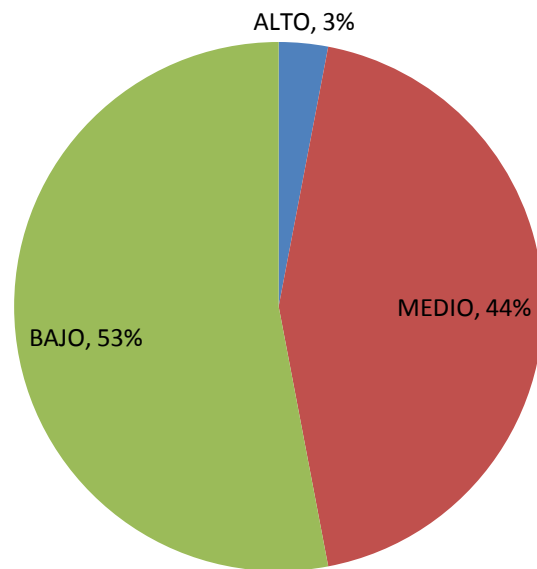
## AUTOESTIMA GENERAL



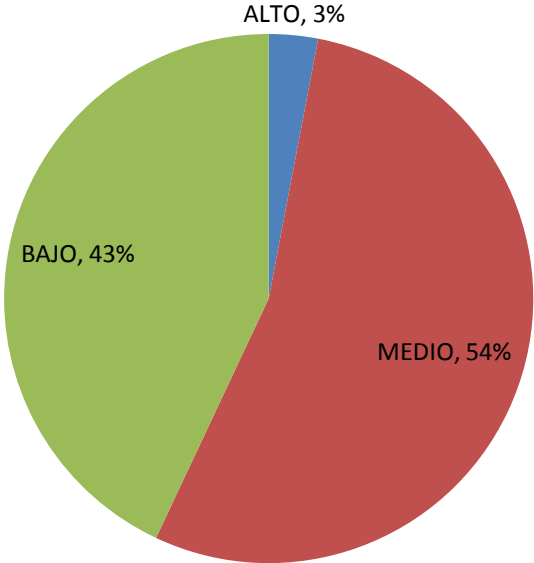
**DIMENSIÓN: SI MISMO GENERAL**



**DIMENSIÓN: SOCIAL**



**DIMENSIÓN: FAMILIAR**



## 7. Discusión

El objetivo general del presente trabajo es conocer el nivel de autoestima que presentan las personas luego de ser intervenidas quirúrgicamente de cirugías plásticas estéticas. En cuanto a los resultados obtenidos se ha hallado respecto del nivel de **Autoestima General** que el 67% de la muestra tiene una autoestima media y el 33% restante posee una autoestima baja.

En referencia a la Autoestima General, el 67% de la muestra analizada presenta una autoestima media, siendo éstos sujetos aquellos que podrían caracterizarse dentro del nivel normal como lo sustenta Coopersmith (1967):

El nivel normal, se caracteriza por presentar una similitud con las características de la autoestima alta pero se diferencia en que las personas, aunque se muestran siempre optimistas, son capaces de aceptar críticas; sin embargo, presentan tendencias a sentirse inseguros en cuanto a su vida personal, intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo, tienen confianza en sí mismos pero a veces suelen caer (p.70).

El 33% de la muestra tiene una baja autoestima, la misma se debería a que éstas personas se conceptuarían a ellas mismas como menos en relación a lo que deberían ser, además están continuamente observando sus conductas para saber cómo tienen que apreciarse en relación a ellos mismos, necesitan tener “experiencias positivas para contrarrestar los sentimientos negativos que albergan hacia ellos mismos” (p.70), como lo afirma Coopersmith (1967). Además, expresarían una identidad inestable, endeble y en muchas situaciones se mostrarían susceptibles al rechazo o a la crítica del resto de las personas, aseverando de éste modo su falta de valoración, inhabilidad e inconveniencia. En determinadas circunstancias podrían perturbarse porque creen que alguna persona se sonríe de ellos, cuando experimentarían que son incriminadas o cuando se percatarían que los otros poseen una opinión negativa hacia ellos. En cuanto a su nivel de ansiedad, el mismo aumenta cuando advertirían un mayor grado de inseguridad, dando como corolario individuos inhábiles, impacientes que eluden por todos los medios posibles de exponerse al ridículo como lo manifiesta Rice (2000). Podríamos decir que el motivo por el cual las mujeres decidirían operarse de cirugía plástica estética sería para aumentar su nivel de

autoestima como lo sustenta Maldonado (et al., 2016), en su estudio sobre la relación entre los diferentes niveles de la autoestima y la motivación al logro.

Respecto de la dimensión **Sí mismo General** los hallazgos permiten concluir que el 57 % de la muestra presenta una autoestima baja, el 40% una autoestima media y el 3 % restante una autoestima alta. La dimensión nombrada, abarca aspectos que se refieren principalmente a la persona con su autopercepción y valoración en relación no sólo con sus propias características físicas sino también abarcando las psicológicas.

En relación a la dimensión nombrada y sus tres resultados, es posible pensar que la valoración que cada uno de los individuos efectúa no sólo de sus características psicológicas sino también físicas es una de las aristas del presente concepto de autoestima. Los sujetos que presentan una autoestima baja del 57 % y una autoestima media del 40%, mostrarían una mirada hacia su propio cuerpo por un lado y una estimación de sí mismos por el otro, ubicándose posiblemente de determinada manera frente al mundo circundante, es decir desde una posición negativa o positiva como lo sostiene Montoya & Sol (2001). Asimismo es ineludible tener en cuenta la relación entre la imagen corporal y la autoestima debido a que la misma fluctuaría de manera constante, porque los sujetos que tienen el 57% de autoestima baja tendrían una exorbitante preocupación por su organismo que los llevaría a que su autoestima dependa de su imagen corporal y por lo tanto tenderían a anclarse exclusivamente en la evaluación de su imagen y de sus defectos dando posiblemente como resultado a personas que se ubican en sitios de constante tensión como lo sostiene en su estudio sobre los efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia, Ribas (et al., 2010).

En cuanto a la dimensión **Social**, en los resultados se evidencia que el 53% de la muestra tiene una autoestima baja, el 44% una autoestima media y el 3% una autoestima alta. La dimensión nombrada abarca las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos.

El 53% de la muestra total tiene una autoestima baja y el 44% una autoestima media, esto demostraría la importancia que tiene el ambiente social para el desarrollo del individuo,

dado que la relación entre éste y la autoestima generaría en el sujeto diferentes conductas individuales, sociales, emocionales, intelectuales y escolares que lo guiarían a interactuar con el medio de determinada manera como lo plantea (Herrero, 1994; González- Arratia, Gily & Valdez, 2000). Además por más que la persona reflexione o se piense a sí misma de manera solitaria, éste proceso no alcanzaría para realizar la evaluación de uno mismo debido a que éste siempre va acompañado de la valoración o estimación que realizaría el entorno social al decir de Polaino – Lorente (2000). El género es una variante importante en relación con la autoestima, porque particularmente el sexo femenino tendría determinados componentes individuales y sociales que la llevarían a estar pendiente no sólo de su imagen corporal sino también de las valoraciones que el entorno tiene de ellas como lo plantea González –Arratia et al., 2000. También en su trabajo de investigación Maldonado (et al., 2016) sobre la relación entre los diferentes niveles de la autoestima y la motivación al logro exclusivamente en mujeres que tengan la finalidad de realizarse una cirugía estética, se llegó a la conclusión que el 17,39% de las encuestadas contestó que lo haría para sentirse admitida en la sociedad.

Asimismo Simmonds & Rosenberg (1975), coinciden en que la autoestima y autoimagen en el sexo femenino produciría más dificultades que en el sexo masculino, porque las mujeres tenderían a inquietarse por la apreciación que el contexto tiene de ellas, se interesarían demasiado en contener a sus compañeros y suelen estar insatisfechas con su rol sexual lo cual provocaría un aumento de su introversión dando como resultado una baja autoestima y por ende un aumento de inseguridad emocional.

Igualmente, el sexo femenino tendría una mayor predisposición a exteriorizar algún trastorno alimentario a diferencia del sexo masculino, igualmente la dificultad está vigente en ellos. En relación al malestar con la imagen corporal, las mujeres revelarían un porcentaje mayor de riesgo, no sólo en los desórdenes alimentarios sino también en su inquietud por el aumento de peso dado que posiblemente la influencia social aumenta en ellas como lo manifiesta Moreno y Ortiz (2009) en su estudio sobre la relación entre la autoestima, la imagen corporal y las conductas de riesgo en trastornos alimentarios.

Respecto de la **Dimensión Familiar**, el resultado del análisis realizado admite ultimar que el 54% de la muestra presenta una autoestima media, el 43% una autoestima

baja y el 3% restante una autoestima alta. La presente dimensión abarca aquellas actitudes y/o experiencias en el medio familiar en relación con la convivencia.

En la dimensión familiar donde el análisis se concentra en los vínculos familiares en relación con la convivencia, los resultados obtenidos nos muestran que el 54% presenta una autoestima media y el 43 % una autoestima baja, siendo la diferencia entre ambas del 11%.

Siendo que el mayor porcentaje obtenido se refiere a la autoestima media con un 54 % se podría evidenciar que tal resultado como lo presenta Coopersmith (1967) se debería al nivel normal de la autoestima que:

se caracteriza por presentar una similitud con las características de la autoestima alta pero se diferencia en que las personas, aunque se muestran siempre optimistas, son capaces de aceptar críticas; sin embargo, presentan tendencias a sentirse inseguros en cuanto a su vida personal, intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo, tienen confianza en sí mismos pero a veces suelen caer (p.70).

Entonces, tanto para el 54% que presenta una autoestima media, como para el 43% que tiene una autoestima baja las relaciones tempranas de afecto entre los progenitores y sus hijos serían fundamentales no sólo para el desarrollo psíquico del infante sino también marcarían los cimientos de la futura autoestima como lo abala Vargas & Polaino – Lorente (1996).

En su investigación referidas a la estructuración intrapsíquica de mujeres que se realizaron múltiples cirugías estéticas Acuña (et al., 2010) muestra que las mujeres que decidieron realizarse una cirugía plástica estética habrían tenido en su conformación como sujetos presente a la función materna, pero la misma tendría cierta dificultad con respecto a la debida separación emocional de su respectiva madre dando como corolario no sólo determinados niveles de autoestima sino también ciertos procesos truncados debido posiblemente a la privación de las funciones parentales. Como lo avala el estudio realizado por Maldonado (et al., 2016) sobre la relación entre los diferentes niveles de la autoestima y la motivación al logro exclusivamente en mujeres que tengan la finalidad de realizarse una cirugía estética, el mismo sostendría que prevalecen los motivos de la dimensión interna

(intrapersonal) sobre los motivos de la dimensión externa (intrapersonal) en relación con la realización de la cirugía plástica estética.

Con respecto a la imagen corporal, debemos señalar que la misma sería consecuencia de las interacciones con los integrantes de la familia, entre ellas la convivencia, las vivencias infantiles y la educación siendo éstos elementos los que conforman el inconsciente y dentro del cual se forjaría la imagen corporal, su estimación o no dependería de la habilidad de los vínculos parentales, de su funcionalidad y por sobre todo de la tramitación de los mismos.

En relación a su deseo de reafirmar su ser mujer, las pacientes estudiadas se ubicarían no como sujetos deseantes sino como objetos de deseo en el rol sexual, por lo tanto sus encuentros sexuales estarían supeditados a las expectativas del otro, sin tener en cuenta su deseo original. Serían cuerpos a merced del deseo del Otro, estarían contruidos en el inconsciente de éstas jóvenes. Entonces, se hallaría como propio en las mujeres que se realizan múltiples cirugías plásticas estéticas, tanto la grieta materna en su función proveedora para la configuración de un esquema corporal sano como una subjetividad con un deseo específico, “ligada a la grieta paterna en la función de cortar con la diada madre-hija y en conjunto con la validación del fantasma de la estructura psíquica de la adolescencia, que se entiende como el fracaso del fantasma Amigó (2001)”. Es en el organismo donde se albergarían las manifestaciones del psiquismo, “se convierte en un instrumento parlante” (p.28), porque el registro simbólico no alcanzaría para gestionar la realidad. En estas pacientes habría procesos que han quedado inacabados “como la simbolización de la castración (¿la castración misma?), la unificación de un esquema corporal desde el narcisismo primario dotado por la relación objetal primaria, la confirmación del fantasma de la feminidad” (p.28) y se mostraría en las mujeres de un modo desfigurado, en su realidad física debido a la carencia o falta de la función materna y paterna. Entonces el amor surgiría como aquel fragmento que faltaría en la composición del cuerpo y en el caso de estar presente, ocultaría una finalidad narcisista por quien la provee.

El sufrimiento psíquico equivale en el cuerpo a la insatisfacción, y ante lo doloroso, se coloca una prótesis que sostenga la debilidad narcisista, que mitigue el dolor de la falta de elementos constituyentes, de la incertidumbre en el ser, más

aun, que sostenga el fantasma: esta prótesis narcisista, como Le Poulichet (1990) la denomina, es la cirugía estética (p.28-29).

## **8. Conclusión**

En respuesta a la hipótesis planteada en el presente estudio de investigación, es posible manifestar que el mayor porcentaje de sujetos intervenidos quirúrgicamente de cirugía plástica estética tienen un nivel de autoestima bajo, seguido por el nivel de autoestima medio. El resultado obtenido se debe a que las personas que deciden operarse de una cirugía plástica estética colocan su atención en el organismo, objeto tangible el cual es posible intervenir por el cirujano plástico, viéndose defectos en su cuerpo de manera continua debido a conflictos que han sucedido allá y entonces con ambos progenitores, dejando de lado no sólo la subjetividad de éste cuerpo sino también su autoestima e imagen corporal.

Cabe aclarar que el sexo femenino presenta una autoestima generalmente más baja en comparación con el sexo masculino, debido tanto a factores externos como el lugar y el rol que ocupa la mujer en la sociedad, la estimación que el contexto tiene de ellas y aquellos factores internos como la propia mirada que se dirige únicamente a su imagen corporal.

En las pacientes estudiadas en el presente trabajo es importante preguntarse ¿Qué buscan las pacientes que se realizan una o más cirugías plásticas estéticas? ¿Los pacientes intervenidos quirúrgicamente tienen la fantasía que a través de una o varias intervenciones quirúrgicas van a cambiar algo más que su cuerpo tangible, como su autoestima, o su imagen corporal?, es aquí donde se hace evidente la intervención de un profesional en el campo de la psicología, siendo su tarea durante el proceso en cuestión que aquellas pacientes sean capaces de reparar su autoestima y desviar su única atención sobre su imagen corporal haciendo consciente diferentes distorsiones que se han producido por desarrollos emocionales, relacionales y cognitivos.

Es viable recomendar la realización de un trabajo interdisciplinario entre el cirujano plástico y un profesional de la psicología, no sólo para evaluar de manera integral al

paciente que decide realizarse una cirugía plástica estética sino también para darle una disposición más adaptativa a la realización de la misma.

Como limitaciones del estudio, debe considerarse el hecho de contar con un grupo reducido de la muestra poblacional, en referencia a los sujetos que fueron encuestados, como así también su rango etario, por lo que se recomienda extender no sólo la cantidad de la muestra sino también su edad.

## 9. Referencias

- Acosta, H. (2006). *Malestar cultural y vínculo*: Medellín Colombia: Universidad de Antioquia.
- Acuña, E., Serrano, S., Buelvas, C., Luna, S., & Pérez, S. (2010). Estructuración psíquica en mujeres con múltiples cirugías estéticas. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 3(7), 2-35. Disponible en <http://www.academia.edu/download/31429588/acunabermudez.pdf>
- Amigó, S. (2001). *Clínica de los Fracazos del Fantasma*. Rosario Argentina: Ed. Homosapiens.
- Ballarino, F. (2014). Argentina, en el top ten de las cirugías plásticas. Disponible en <http://rouge.perfil.com/2014-08-03-50525-argentina-en-el-top-ten-de-las-cirugias-plasticas/>
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Bardwich, J. (1983). *Psicología de la mujer*. Madrid, España: Alianza.
- Brullmann, F. (1997). *Origen del deseo de cirugía estética durante la adolescencia*. París Francia: Disponible en [http://adolescence.free.fr/old/Volumes/Print\\_99/espagnol/resumen.html](http://adolescence.free.fr/old/Volumes/Print_99/espagnol/resumen.html)
- Corominas, J. (1967). *Breve diccionario etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Gredos.
- Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *Revista latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 2 (2), 37- 48. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/2732/273220628004/>
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 87-94.

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, EE.UU: Freedman & Company.
- Coopersmith, S. (1981). *Self –Esteem Inventories*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.
- Eco, U. (2007). *Historia de la fealdad*. Italia: Borgaro Torinese (TO).
- Figueroa 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. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362013000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362013000100013&script=sci_arttext)
- Fundichely Quiala, M., & Zaldívar Rodríguez, I. (1999). Autoestima en el personal de enfermería. *Revista cubana de enfermería*, 15(3), 184-189. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300009&script=sci_arttext&tlng=pt)
- González-Arratia, N. I; Gily, L M & Valdez, J. L. (2000). “Autoconcepto en mujeres mexicanas y españolas. Un análisis transcultural”. *Revista de Psicología y Salud*, 10,1, enero-junio. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/104/10410206/>
- González-Arratia, N. I. (2001). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia, N. I., Valdez Medina, J. L., & Serrano García, J. M. (2003). Autoestima en jóvenes universitarios. *CIENCIA ergo sum*, 10(2). Disponible en <http://www.redalyc.org/html/104/10410206/>

- González C. (1989). *Diferencia en la Autoestima: locus de control; conducta desadaptativa*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- González, M (2003). *Sexualidad Femenina y psicoanálisis*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Hontanilla, B., & Auba, C. (2002). Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales. *Revista médica Universidad de Navarra*, 46, (3), 45,51. Disponible en <http://dspace.unav.es/bitstream/10171/39429/3/med%20y%20persona.pdf>
- Hornstein, L. (2010). *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1999) *Seminarios Buenos Aires - argentina*: Paidós.
- Lancelle, G. (2002). La autoestima. *Revista Intercambios/Intercanvis*, 8,54. Disponible en <http://www.intercanvis.es/pdf/08/80-07.pdf>
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis: "Las narcosis del deseo"*. Buenos Aires Argentina: Ed. Amorrortu,
- López, N. J., & Domínguez, R. (1993). Medición de la autoestima en la mujer universitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, (2). Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525208>

- Maldonado, M. E., Brito, M. A., Lara, G. G., Pacciotta, E., Angulo, I. M., & Barreat, Y. (2016). Autoestima y perfil motivacional en jóvenes con intenciones de practicarse cirugía estética. *Multiciencias*, 16(1). Disponible en <http://www.redalyc.org/html/904/90450808009/>
- Molano, C. (1987). *Influencia del cambio de roles de la mujer sobre el comportamiento del hombre*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Montoya, M. Á. y Sol, C. E. (2001). *Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano*. México: Pax.
- Morales, J. H. (2015). Estética de la cotidianidad Un acercamiento desde la representación de la fealdad. *e-ikon*, 2(2), 62-69. Disponible en <http://www.eam.edu.co/ojs/index.php/eikon/article/viewFile/109/115>
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-48082009000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-48082009000200004&script=sci_arttext)
- Moreno, H & Zambrano, H (2013). *Autoestima y Distorsión de la imagen corporal en mujeres con mamoplastía y/o Gluteoplastía de aumento*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela. Disponible en <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-13-06932.pdf>
- Morin, E (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 7 (3). Disponible en <http://www.redalyc.org/html/447/44770311/>

- Nasio, J.D (2008). *Mi Cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Orta Hernández S.D & Pascual López MA. (1997). La investigación clínica en seres humanos. En J. Acosta Sariago (Ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana* (pp112-22). La Habana, Cuba: Centro Félix Varela. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-74932007000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74932007000400012)
- Parra Calderón, L. F. (2014). *Función psicosocial de la cirugía estética: el caso de cinco mujeres en la ciudad de Cali*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de San Buenaventura Cali, Cali, Colombia.
- Polaino-Lorente, A. (2000). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista complutense de educación*, 11(1), 105-136. Disponible en [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1720/1/pag105\\_136.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/1720/1/pag105_136.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. Disponible en <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/232/234>
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rios, S. (2009). La Argentina en el top ten de las cirugías plásticas. Disponible en <http://www.lanacion.com.ar/1330946-la-argentina-en-el-top-ten-en-cirugias-plasticas>
- Rodríguez, K. S. (2007). Consentimiento Informado y Cirugía Estética. *Bioética*. Mayo – Agosto 2007. Disponible en <http://www.cbioetica.org/revista/72/721115.pdf>
- Roman, J. M. (1983). *Análisis transaccional: Modelo y aplicaciones*. Barcelona: CEAC.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton university press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. EE.UU, New York: Basic.

Salazar, R. (1994). Historia de la cirugía plástica. En: F. Coiffman, (Ed.), *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética* (pp. 6-11). Bogotá, Colombia: Científicas y técnicas.

Sánchez Rodríguez, K. & Alessandrini González, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista cubana de Cirugía*, 46(4). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400012&lng=es&tlng=es)

Sánchez Rodríguez, K. & Alessandrini González R. (2008). Reflexiones éticas necesarias en pacientes de cirugía plástica. *Revista del Centro de Referencia de Bioética Juan Pablo II*. Enero/Abril 2008,24. Disponible en <http://www.cbioetica.org/revista/81/812226.pdf>

Sánchez Santa-Bárbara, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de psicología*, 15(2), 251-260. Disponible en <http://www.redalyc.org/html/167/16715209/>

Silva-Escorcía, I., & Mejía-Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 241-256.

Simmons, R. G. & Rosenberg, F. (1975). "Sex, Sex Roles, and Self-image". *Journal of Youth and Adolescence*, 4(3), 229-258.

Torres, A., & Sanhueza, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Invest Educ Enferm*, 24(2), 112-119. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v24n2/v24n2a12.pdf>

Vargas Aldecoa, T., & Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. España, Madrid: Pirámide.

## 10. Anexo

**Edad:** ..... **Sexo** 1.Hombre 2.Mujer **Clase social** 1.Alta 2.Media 3.Baja

Lo invitamos a colaborar en una Investigación que se desarrolla en la Universidad de Flores sobre la opinión que la gente tiene sobre distintos aspectos de su vida personal y social. Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda por SÍ o NO de acuerdo a la relación de que lo expresado se corresponda con usted. Es un cuestionario anónimo en el que no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa su opinión. Por favor intente responder a todo el cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.

SI	NO
1	2

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	1	2
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	1	2
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.	1	2
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.	1	2
5. Soy una persona simpática.	1	2
6. En mi casa me enojo fácilmente.	1	2
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	1	2
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	1	2
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	1	2
10. Me doy por vencido (a) muy fácilmente.	1	2
11. Mi familia espera demasiado de mí.	1	2
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	1	2
13. Mi vida es muy complicada.	1	2
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	1	2
15. Tengo mala opinión de mí mismo (a).	1	2
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	1	2
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.	1	2
18. Soy menos guapo o bonita que la mayoría de la gente.	1	2
19. Sí tengo algo que decir, generalmente lo digo.	1	2
20. Mi familia me comprende.	1	2
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	1	2
22. Siento que mi familia me presiona.	1	2

23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	1	2
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	1	2
25. Se puede confiar muy poco en mí.	1	2