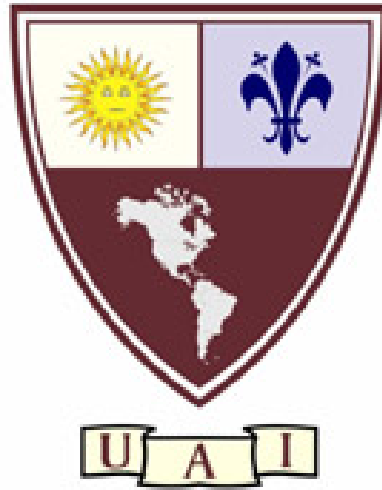


Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



**“RASGOS DE PERSONALIDAD E INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL
EN PERSONAS QUE REALIZAN TRATAMIENTOS ESTÉTICOS”**

Autor: Camila Zurita Palacios

Legajo: 76345

Sede: Centro

Turno: Tarde

Tutora: Lic. María Carolina De Grandis

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Email: kmy3996@gmail.com

Año: 2020

AGRADECIMIENTOS

Las palabras no alcanzan para describir el sentimiento de gratitud que tengo hacia mi familia, quienes me acompañaron a lo largo de estos cinco años, en la que es mi elección de profesión a futuro.

Estuvieron y están presentes en mis altas y bajas, mis aciertos y desaciertos y en mis certezas e incertidumbre, siempre mostrándome su apoyo por seguir adelante. Desde niña me inculcaron valores que hoy considero mi guía para cumplir mis metas, entre ellas están: el respeto, la voluntad, el esfuerzo, la dedicación, la constancia y la responsabilidad.

El paso por la universidad me permitió conocer profesores a los que estimo mucho por transmitirme la pasión con la que realizan su trabajo, entre ellos a Carolina De Grandis, mi tutora, que supervisó el trabajo realizado en esta tesis.

Agradezco a Sil, Caro y Pao, que fueron y son como mi segunda familia dentro de la facultad. También a todos los compañeros con los cuales tuve la posibilidad de conocer y compartir momentos de miedos, nervios, dudas y también risas, apoyo y motivación mutua con el fin de lograr nuestras metas. Armamos un grupo muy bonito donde nos transmitimos conocimiento, experiencias y vivencias que nos unieron más.

Por último, no puede faltar el agradecimiento a Mariana Noti, mi jefa, por ayudarme, enseñarme y alentarme a seguir con mis estudios, brindándome horas más flexibles para poder estudiar y dar todo de mi en ambas áreas. A Florcita mi compañera de trabajo por hacerme el aguante y a la Dr. Andrea Miranda, directora de SAENI, por abrirme las puertas a ese hermoso espacio de aprendizaje de donde surge la idea de esta tesis.

Con todos ustedes me encuentro eternamente agradecida.

RESUMEN

El presente trabajo, tuvo como objetivo general, indagar la existencia de relaciones significativas entre los Rasgos de Personalidad, Insatisfacción con la Imagen Corporal (IC) y la realización de Tratamientos Estéticos.

La muestra tuvo un total de 220 participantes mayores a 18 años. La metodología de la investigación, tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional y descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó la adaptación española del instrumento Body Shape Questionnaire (BSQ) de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996), la adaptación del Inventario de Personalidad “Big Five” de Castro Solano y Casullo (2001) y el cuestionario sociodemográfico para la caracterización de la muestra.

Los resultados obtenidos indicaron que la correlación entre Neuroticismo e IC fue inversa y moderada, mientras que en Extraversión y Responsabilidad la relación fue directa y débil. Por otra parte, en base a la cantidad de tratamientos, Neuroticismo e IC obtuvieron una relación débil e inversa en personas que no se realizaron tratamiento y fue inversa y moderada en personas con 1 a 3 y más de 6 tratamientos. En Extraversión la correlación con IC fue directa y débil, en personas con 1 a 3 y más de 6 tratamientos. Responsabilidad e IC se relacionaron de manera directa y débil en el grupo de 1 a 3 tratamiento y Agradabilidad tuvo relación débil y directa en los que no se realizaron tratamiento. Por último, en base a la zona de tratamiento, Neuroticismo e IC tuvieron relación inversa y moderada en las tres opciones. Extraversión correlaciono de forma débil y directa en la Zona Facial, pero en la opción de Ambas Zonas la correlación fue directa y moderada. Responsabilidad se relacionó de forma directa y débil en los participantes que optaron por la opción de Ambas Zonas.

Palabras claves: Imagen Corporal, Rasgos de Personalidad, Tratamientos Estéticos, Body Shape Questionnaire

ABSTRACT

The present work had as a general objective, to investigate the existence of significant relationships between Personality Traits, Dissatisfaction with Body Image (CI) and the performance of Aesthetic Treatments.

The sample had a total of 220 participants older than 18 years. The research methodology had a quantitative approach, with a non-experimental, cross-sectional, correlational and descriptive design. For data collection, the Spanish adaptation of the Body Shape Questionnaire (BSQ) instrument by Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos and Zapater (1996), the adaptation of the “Big Five” Personality Inventory by Castro Solano and Casullo (2001) and the sociodemographic questionnaire to characterize the sample.

The results obtained indicated that the correlation between Neuroticism and HF was inverse and moderate, while in Extraversion and Responsibility the relationship was direct and weak. On the other hand, based on the number of treatments, Neuroticism and HF obtained a weak and inverse relationship in people who did not undergo treatment and it was inverse and moderate in people with 1 to 3 and more than 6 treatments. In Extraversion, the correlation with HF was direct and weak, in people with 1 to 3 and more than 6 treatments. Responsibility and HF were directly and weakly related in the group with 1 to 3 treatment and Agreeableness had a weak and direct relationship in those who did not undergo treatment. Finally, based on the treatment area, Neuroticism and HF had an inverse and moderate relationship in the three options. Extraversion correlated weakly and directly in the Facial Zone, but in the option of Both Zones the correlation was direct and moderate. Responsibility was directly and weakly related in the participants who opted for the Both Zones option.

Keywords: Body Image, Personality Traits, Aesthetic Treatments, Body Shape Questionnaire

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE GENERAL	4
CAPÍTULO I	9
1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Introducción	9
1.2 Justificación	11
<i>1.2.1 Teórica</i>	11
<i>1.2.2 Práctica</i>	11
<i>1.2.3 Social</i>	11
1.3 Objetivos	11
<i>1.3.1 Objetivo General</i>	11
<i>1.3.2 Objetivos Específicos</i>	11
1.4 Hipótesis	12
CAPÍTULO II	13
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	13
2.1 Estado del arte	13
<i>2.1.1 Antecedentes</i>	14
2.2 Instancia Conceptual	19

2.2.1 Personalidad	19
2.2.1.1 Evolución del Concepto	19
2.2.1.2 Teorías de la Personalidad	20
2.2.2 Imagen Corporal	35
2.2.2.1 Evolución del Concepto	35
2.2.2.2 Alteraciones de la Imagen Corporal	37
2.2.3 Tratamientos Estéticos	45
2.2.3.1 Evolución del concepto	45
2.2.3.2 Profesionales que realizan los tratamientos estéticos	49
2.2.3.3 Clasificación de tratamientos.....	51
CAPÍTULO III	57
3. METODOLOGÍA	57
3.1 Tipo de estudio y diseño	57
3.2 Muestreo	57
3.3 Muestra	57
3.4 Criterios de inclusión	57
3.5 Criterios de exclusión.	58
3.6 Instrumentos	58
3.7 Procedimiento	60
3.8 Análisis de datos	61
CAPITULO IV	62

5. RESULTADOS	62
5.1 Caracterización de la muestra	62
5.3 Cruce de Variables	71
<i>5.3.1 Análisis de Normalidad</i>	<i>71</i>
<i>5.3.2 Análisis de Correlación entre la Variable Insatisfacción con la Imagen Corporal y Rasgos de la Personalidad</i>	<i>72</i>
<i>5.3.3 Análisis de Correlación en función a variables sociodemográficas</i>	<i>73</i>
<i>5.3.3 Análisis de comparación de grupos</i>	<i>81</i>
CAPÍTULO V.....	91
5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	91
CAPITULO VI.....	98
6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	98
CAPITULO VII	115
7. ANEXO	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Dtribución de la Variable Edad en la Muestra	62
Figura 2 Distribución de la Variable Sexo en la Muestra.....	63
Figura 3 Distribución de la Variable Nacionalidad en la Muestra	63
Figura 4 Distribución de la Variable Estado Civil en la Muestra.....	64
Figura 5 Distribución de la Variable Nivel Educativo en la Muestra.....	64
Figura 6 Distribución de la Variable Zona de Residencia en la Muestra	65
Figura 7 Distribución de la Variable Tipo de Tratamiento Estético.....	66

Figura 8 Distribución de la Variable Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados	
Anteriormente	67
Figura 9 Distribución de la Variable Elección de Zona de Tratamiento Estético	67
Figura 10 Distribución de la Variable Tratamientos Estéticos en Zona Facial	68
Figura 11 Distribución de la Variable Tratamiento Estético en Zona Corporal	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estadísticos Descriptivos de los Cuatro Niveles de Insatisfacción Corporal	70
Tabla 2 Estadísticos Descriptivos de las Dimensiones y Factores	70
Tabla 3 Prueba de Normalidad de Factores del BSQ y Dimensiones del Big Five.....	71
Tabla 4 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ.....	72
Tabla 5 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ en Base al Estado Civil.....	73
Tabla 6 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ según Zona de Residencia.....	74
Tabla 7 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ según Tipo de Tratamiento Estético	75
Tabla 8 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ en Base a Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados	77
Tabla 9 Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ en base a Zona en la que se Realizarían Tratamiento Estético.....	79
Tabla 10 Diferencia entre Factores de BSQ y la Variable Sexo.....	81
Tabla 11 Diferencia entre los Factores de BSQ y la Variable Edad.....	81
Tabla 12 Diferencia entre los Factores del BSQ y la Variable Nacionalidad.....	82

Tabla 13 Diferencia entre los Factores del BSQ y la Cantidad de Tratamientos Estéticos	
Realizados	82
Tabla 14 Diferencia entre Factores de BSQ y Zona de Tratamiento Estético	83
Tabla 15 Diferencia entre Niveles de Insatisfacción Corporal y Tratamiento Estético	
Realizado.....	83
Tabla 16 Diferencia entre Niveles de Insatisfacción Corporal y Rasgos de Personalidad	84
Tabla 17 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Rango de Edad	85
Tabla 18 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Sexo.....	85
Tabla 19 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Estado Civil.....	86
Tabla 20 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Nivel Educativo Alcanzado	87
Tabla 21 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Zona de Residencia	88
Tabla 22 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Cantidad de Tratamientos Estéticos	
Realizados	88
Tabla 23 Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Niveles de Insatisfacción Corporal según Realización de Tratamiento Estético	90

CAPÍTULO I

1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

En la actualidad, se ha observado como la sociedad ha aumentado su preocupación por mantener una Imagen Corporal bella, delgada y joven, igual a la proporcionada por los distintos agentes sociales.

El autor, Cocimano (2004) sostenía que:

El cuerpo del sujeto contemporáneo se ha convertido en mercancía y, como tal, ha quedado sometido a la lógica del mercado. El valor de la imagen corporal se ha ido acentuando al amparo del modelo visual generando por las tecnologías de la imagen.
(p.3)

Grosser Guillén (2006), comentaba en su investigación, como la juventud se había convertido en un producto que el mercado tomo y empezó a vender. Se podría decir que fue la comparación, del propio cuerpo con los modelos sociales de belleza propuestos por los distintos medios de comunicación, los que llevaron a una disminución de satisfacción en la imagen corporal convirtiéndose así en uno de los factores que desencadenaban los trastornos relacionados a la conducta alimentaria y los trastornos dismórfico (Baile et al., 2002).

Parece ser que esta obligación y presión social ejercida por los medios de comunicación, lleva a que las personas se preocupen por mantener el cuerpo delgado y joven, buscando ser aceptadas socialmente y así alcanzar el éxito. Convirtiéndose en consumidores de dietéticos, moda y tratamientos estéticos (Santiso, 2001; Madero, 2017).

De hecho, según la investigación realizada por Raich y Torras (2002) el 75% de las personas que asisten a centros estéticos tiene como motivos de consulta, resolver problemas relacionados a la disminución de peso, a partir de tratamientos como la liposucción, tratamientos para celulitis, rejuvenecimiento, entre otros. Además, utilizaron el BDDE (Body

Dysmorphic Disorder Examination) de Rosen y Reiter (1995) para la evaluación de insatisfacción corporal y síntomas dismórfico obteniendo que el 32% de las personas que asisten a centros estéticos tuvieron puntuaciones que superan el punto de corte, mientras que de la población en general, lo supero el 10%. Por otra parte, en la publicación de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS), Argentina ocupa actualmente el puesto número doce dentro del ranking mundial de los países con mayor demanda en procedimientos de cirugías cosméticas. Es probable que el aumento se deba al cambio en los estándares de belleza que la sociedad y la cultura aceptan, dejando en las personas la decisión de optar por distintos comportamientos como someterse a dietas estrictas, realizar ejercicio o también realizarse tratamientos estéticos, muchas veces en pro de no sufrir los prejuicios.

Si bien en la actualidad, las investigaciones que asocian los rasgos de personalidad con la Imagen Corporal son escasa, limitando el acceso a ese tipo de lectura (Swami, Hadji- Michael y Furnham, 2008; Swami, Taylor y Carvahlo, 2011). Se pueden nombrar el estudio de Galarsi et al., (2009) quienes obtuvieron una significativa correlación negativa entre la Imagen Corporal, la Extroversión y el Neuroticismo, esto quiere decir que cuando una estaba elevada la otra disminuía y viceversa. De igual manera, en la investigación de Swami et al. (2013), se demostró una significativa asociación negativa entre el Neuroticismo y la Apreciación de la Imagen Corporal. Por último, en la investigación de Caldera- Montes et al. (2019) los resultados expresaron que el sexo femenino obtuvo puntuaciones elevadas en la Insatisfacción Corporal, y en la Personalidad los puntajes elevados fueron en Neuroticismo, Apertura a las Experiencia y Amabilidad. En cuanto a la correlación entre estas variables, fue significativa en el caso de Insatisfacción Corporal y Neuroticismo.

Son estas observaciones las que abren el paso para empezar el recorrido de esta investigación buscando una relación entre el grado de insatisfacción en las personas y la realización de tratamientos. Dejando como pregunta de investigación: ¿existen relaciones

significativas entre los Rasgos de Personalidad, la Insatisfacción con la Imagen corporal y la elección de tratamientos estéticos?

1.2 Justificación

1.2.1 Teórica

La presente tesis espera ampliar el área de conocimiento respecto a la relación entre los Rasgos de Personalidad, la Insatisfacción con la Imagen Corporal y como ambos pueden repercutir en la decisión que tomen las personas de realizarse tratamientos estéticos.

1.2.2 Práctica

Se intentará aportar información empírica sobre Rasgos de Personalidad, Insatisfacción con la Imagen Corporal, que ayudará en la elaboración de intervenciones preventivas, tanto en el ámbito de la psicología clínica, como en los centros de estética, para brindar una asistencia que mejore la calidad de vida de las personas.

1.2.3 Social

La presente investigación, pretende concientizar a la sociedad sobre las problemáticas relacionadas a la Imagen Corporal y como la constitución de la misma se ve influenciada por la mirada de la sociedad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Indagar si existen relaciones significativas entre los Rasgos de Personalidad, la Insatisfacción con la Imagen Corporal y la realización de Tratamientos Estéticos.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Caracterizar a la muestra según variables sociodemográficas a saber: Edad, Sexo, Nacionalidad, Estado Civil, Nivel de Educación, Zona de Residencia, Si está en tratamiento psicológico o psiquiátrico, Si lo han diagnosticado con Anorexia, Bulimia o Trastorno Dismórfico Corporal, Si se ha realizado tratamientos estéticos

anteriormente, Cuantos tratamientos se ha realizado anteriormente, En que zona se realiza o realizaría con más frecuencia tratamientos y por último, que tipo de tratamientos faciales o corporales se realiza o realizaría.

- b. Describir los Rasgos de Personalidad según la cantidad de Tratamientos Estéticos realizados.
- c. Identificar el Nivel de Insatisfacción con la Imagen Corporal en personas que se realizan tratamientos estéticos.
- d. Comparar los Rasgos de Personalidad según las variables sociodemográficas.
- e. Comparar Insatisfacción con la Imagen Corporal según las variables sociodemográficas.
- f. Determinar la asociación entre los Rasgos de Personalidad y Niveles de Insatisfacción con la Imagen Corporal en personas que se realizan tratamientos estéticos.

1.4 Hipótesis

- Hipótesis General: Las dimensiones Neuroticismo y Extraversión presentaran una correlación significativa con Insatisfacción con la Imagen Corporal en personas que se hayan realizado mayor cantidad de Tratamientos Estéticos.
- H1: Las personas que se realicen Tratamientos Estéticos en la zona corporal, presentaran una correlación significativa entre Neuroticismo e Insatisfacción con la Imagen Corporal
- H2: Las personas mayores a 34 años presentaran Insatisfacción con la Imagen Corporal.
- H3: Las personas que residan en Capital Federal presentaran correlación significativa entre Insatisfacción con la Imagen Corporal y Neuroticismo.
- H4: Personas con mayores Niveles de Insatisfacción Corporal presentaran una correlación significativa con Neuroticismo, Extraversión y Responsabilidad.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Estado del arte

En el presente apartado se iniciará por una abreviada presentación para luego comentar los distintos antecedentes hallados sobre el tema.

Desde la antigüedad, los seres humanos buscan la belleza y la juventud. Comenzando por los egipcios, pasando por los romanos y griegos, llegando hasta culturas indígenas, entre otros, hicieron lo posible por obtener y mantener la belleza. Darwin observó que la belleza se relacionaba con la simetría, es decir, que cuando una cara era proporcionada y presentada mayor simetría con el cuerpo, la apreciación de la belleza era mayor. Sin embargo, cuando se presentaban pómulos planos, mentón retraído, nariz grande o abdomen protuberante, el atractivo percibido era mínimo (Manzaneque, 2013).

La sociedad actual, no difiere mucho en este sentido. Según Castillo (2006) en el posmodernismo nace la sociedad del consumo y el individuo se transforma en espectador de los medios de comunicación, manipulado por el comercio y las grandes empresas. Deja de consumir lo que necesita para necesitar lo que consume, las necesidades pasan de ser vitales a ser impuestas. La persona pasa de tener la necesidad de vestir, a necesitar determinada marca de ropa, sustituye la necesidad de transporte por el consumo de determinados vehículos y el concepto de la salud deja su lugar a lo socialmente aceptado por bello. La importancia por la apariencia y las normas a seguir según los estándares de belleza establecidos, son transmitidos por una variedad de agentes sociales (Fredrickson y Roberts, 1997). Esto terminó influyendo en el pensamiento de las personas, quienes ahora creen que al mejorar su apariencia mejorarán sus relaciones sociales, se sentirán más aceptadas y tendrán éxito en el ámbito laboral o en los distintos aspectos de su vida (Manzaneque, 2013; Santiso 2001).

2.1.1 Antecedentes

La investigación realizada por Vazquez et al. (2018) evaluó la percepción corporal de 48 preescolares y sus respectivos padres. La edad promedio de los participantes era de 5 años. Los resultados obtenidos, mostraron que un 56 % de los participantes se percibieron más delgados en relación a su IMC (Índice de Masa Corporal) y de igual manera los padres tampoco pudieron percibirlo. Por otra parte, la investigación de De Sousa Fortes et al. (2013), analizó el impacto de internalizar el ideal de delgadez en la Insatisfacción Corporal en 273 adolescentes con edades comprendidas entre 11 a 15 años. Se obtuvo como resultado que 60,8% de las adolescentes estaban Libre de Insatisfacción Corporal, mientras que un 18,3% presento Leve Insatisfacción, 11,7% Moderada Insatisfacción y un 9,4 % tuvo Severa Insatisfacción Corporal. Esto les permitió concluir que la internalización impacta en la Insatisfacción Corporal ya que quienes tenían mayor insatisfacción también tenían mayor internalización del ideal y viceversa. En la investigación de Benel et al. (2012) se evaluó la Insatisfacción con la Imagen Corporal en 124 participantes con edades comprendidas entre 19 y 27 años. Los resultados obtenidos mostraron que un 60,4% presentaron valores significativos con la Insatisfacción Corporal.

Por su parte, Sánchez et al. (2018) evaluaron la Insatisfacción Corporal en adultos mayores. Para ellos encuestaron a 176 personas mayores de 50 años. Entre los resultados obtenidos se encontró que los varones mayores a 65 tuvieron una satisfacción corporal significativamente mayor, mientras que en las mujeres mayores a 65 la satisfacción corporal se encontraba disminuida, más aún si eran residentes de zonas urbanas y tenían pareja al momento de la encuesta.

Si bien, la presente investigación, toma en cuenta la participación de personas mayores a 18 años, los tres estudios antes mencionados dan cuenta que alteraciones en la Imagen

Corporal como, por ejemplo, la insatisfacción, puede estar presente desde edades muy tempranas, hasta las más avanzadas.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que actualmente son pocas las investigaciones que relacionen las tres variables elegidas para la presente tesis: los Rasgos de Personalidad, Insatisfacción con la Imagen Corporal y Tratamientos Estéticos. La mayoría de las investigaciones correlacionan los Trastornos de la Conducta Alimentaria con la alteración en la Imagen Corporal.

Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Mac Neill et al. (2017), se propusieron estudiar no solo las diferencias de género en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Insatisfacción Corporal, sino que además incorporaron los Rasgos de Personalidad. Los resultados obtenidos, informaron que las mujeres presentaron mayores niveles que los hombres en la Insatisfacción Corporal y en los Trastornos Alimenticios. En cuanto a los Rasgos de Personalidad, se encontró una relación significativa con la Insatisfacción Corporal para ambos sexos. Entre los rasgos que mayor relación positiva tuvieron, se encuentra el Neuroticismo para ambos sexos, mientras que hubo correlaciones significativas pero negativas con Agradabilidad y Conciencia en el caso de las mujeres; y en los hombres fue para Extraversión y Escrupulosidad.

Aunque, anteriormente este tipo de investigaciones estaba destinado a población femenina, el aumento en el interés por la Imagen Corporal masculina permitió replantear los objetivos de estos estudios. Por ejemplo, la investigación de Caldera - Montes et al. (2019) se planteó identificar el nivel predictivo que tienen las Dimensiones de la Personalidad sobre la Imagen Corporal. Para ellos evaluó a 567 participantes con edades comprendidas entre los 14 y 20 años, entre ellos 288 mujeres y 279 hombres. En cuanto a los resultados se encontró una correlación significativa entre las dimensiones Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad Y Responsabilidad con la Imagen Corporal. Las mujeres presentaron correlaciones más

elevadas que la de los hombres. Los autores concluyeron que estas diferencias se deben al hecho que la cultura de la imagen corporal suele generar mayor presión sobre las mujeres que los hombres (Trejo et al., 2016).

Sutin y Terracciano (2016) realizaron una investigación donde relacionaron los Rasgos de Personalidad con la experiencia objetiva y subjetiva sobre el peso corporal tanto en mujeres como hombres adultos jóvenes. La investigación conto con un total de 15669 participantes. Los resultados obtenidos mostraron la existencia de una asociación significativa entre estas variables. Los niveles mayores en adiposidad, correlacionaron con Neuroticismo en las mujeres mientras que en los hombres la correlación fue mayor con la Extraversión. Por otra parte, el rasgo de Responsabilidad estaba asociado a un peso saludable.

Manzaneque (2013), investigó si la personalidad, las variables ejecutivas o las variables clínicas podrían contribuir en la explicación de la distorsión de la Imagen Corporal. La investigación tuvo 133 participantes universitarios con edades que van desde los 18 hasta los 25. De la correlación entre los Rasgos de Personalidad y la Insatisfacción con la Imagen Corporal. Los resultados obtenidos indicaron que el rasgo Neuroticismo, tuvo una correlación positiva y significativa con la Insatisfacción Corporal, esto quiere decir, que cuanta mayor inclinación tiene una persona a mostrar una personalidad neurótica, con rasgos predominantes de ansiedad, hostilidad, depresión, impulsividad, vulnerabilidad al estrés, tendrá una mayor posibilidad de estar insatisfecha con su Imagen Corporal. Por otra parte, también se puso de manifiesto que las personas insatisfechas con su Imagen Corporal puntúan más bajo en el rasgo Amabilidad. Tomando en cuenta estos resultados, Guimón (1999) decía que la percepción, la evaluación, la valoración y la vivencia del cuerpo están relacionadas con la imagen de uno mismo, con la personalidad y con el bienestar psicológico.

Por otra parte, anteriormente se mencionó, las influencias que maneja el mercado respecto al concepto de belleza y como esto genera que la sociedad decida optar por procedimientos

que ayuden a alcanzar los estándares de la cultura de la delgadez (Toro,2004). Según Hollander y Aronowitz (1999, Citados en Raich, 2004), dentro de estos procedimientos se encuentran las dietas restrictivas, ejercicios, el uso de cosméticos e intervenciones estéticas. De hecho, en la actualidad, existen organizaciones que se encargan de manejar estadísticas mundiales sobre procedimientos estéticos como tratamientos mini- invasivos y también cirugías. Según el informe publicado en 2018 por ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) se expresa que en Argentina se pudieron contabilizar 608960 tratamientos realizados, de los cuales el 46,1% fueron cirugías y el 53,9% eran tratamientos no quirúrgicos. Por otra parte, desde ASAPS (The American Society for Aesthetic Plastic Surgery) el informe de resultados de 2018 muestra como año tras año es notable el incremento en la demanda de estos procedimientos.

Continuando con el tema, Aguilar (2013), realizó un estudio donde reseña los principales hallazgos respecto a investigaciones que relacionen el Perfeccionismo y el interés en la Cirugía Estética. Tomando al Perfeccionismo como Rasgo de Personalidad a correlacionar, encontró resultados en donde se expone que en personas que presentan un Perfeccionismo extremo se aumenta de manera significativa la probabilidad de someterse a una cirugía estética. Llegando a sus conclusiones, el autor, expone que según Feingol (1992), mantener tal correlación protege poderosos reforzadores sociales, que terminan siendo perjudiciales para la persona, ya que, si las inferencias derivadas del contexto respecto a los resultados de la cirugía no son positivas, esto establecería condiciones para el desarrollo de Dismorfia Corporal. Desde este punto, el rasgo perfeccionista sería contradictorio para procedimientos de cirugías estéticas. Sherry et al. (2007) consideran este aspecto importante para quienes ejercen la cirugía plástica, ya que, de reconocer estas actitudes en sus candidatos a cirugías plásticas, entenderían que constituye un inconveniente para la realización de procedimientos estéticos, esto evitaría intervenir quirúrgicamente en tales casos.

Por otra parte, desde la investigación realizada por Ribas et al. (2010) se evaluó los efectos de las cirugías estéticas y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal en 86 participantes de entre 18 y 70 años. Se realizaron dos estudios, el primero contrastó los efectos de la cirugía estética sobre la Imagen Corporal mediante un diseño pre-post en el que la variable Imagen Corporal se evaluó utilizando la versión española del cuestionario MBSRQ. Entre los resultados obtenidos se demostró que luego de someterse a una cirugía, la valoración subjetiva positiva de la imagen corporal se incrementaba igual que sentirse más atractivos físicamente. En el segundo estudio, las intervenciones y tratamientos realizados a la muestra de participantes contribuyeron a mejorar su Autoestima en la dimensión de Imagen Corporal. De hecho, en el estudio realizado por Ilia (2009), al menos el 80 % de las participantes indicaron que se someterían a una cirugía estética para mejorar su imagen corporal ya que consideraban a esta su carta de presentación y aceptación de la sociedad y el área laboral.

Tanto Carbarcas y Londoño (2014) y Pulido Garzon (2015), realizaron investigaciones similares, donde evaluaron la relación entre la Insatisfacción Corporal y la aceptación de cirugías plásticas estéticas. Los resultados, indicaron que la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con una actitud más positiva hacia la cirugía plástica estética o con el posible sometimiento a este tipo de procedimientos. Desde Didie y Sarwer (2003), reportan que el motivo más frecuente para realizarse estos procedimientos, es el deseo de mejorar la imagen o la figura corporal y así sentirse más cómodas con su cuerpo y consigo mismas, lo que confirma que la imagen corporal es una de las razones principales para someterse a este tipo de procedimientos. Y es que tal deseo se ve influenciado por la marcada diferencia entre la imagen percibida en la actualidad y la imagen deseada, que es la expuesta por los medios de comunicación.

2.2 Instancia Conceptual

2.2.1 Personalidad

2.2.1.1 Evolución del Concepto

La personalidad es un concepto que se ha ido desarrollado a lo largo de la historia a partir de la realización de diversas investigaciones. El objetivo de las mismas era poder brindar explicaciones acerca del cómo, porqué y para qué de los distintos comportamientos que tenía cada individuo y como es que estos podían ser causados por diferentes factores ambientales, biológicos y los sociales, etc. (Montaño Sinisterra et al., 2009).

Según Pelechano (1996) el concepto, personalidad, guarda relación histórica y teórica con el de 'persona'. Este segundo tendría un carácter más filosófico y sus orígenes remontarían a las ciencias religiosas antiguas. La palabra persona, originalmente era usada como referencia a la máscara teatral utilizada por actores dramáticos, permitiéndoles representar estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. De esta manera, la máscara hacía referencia a cuestiones del rostro, que permitían identificar a una persona en determinadas circunstancias, social, en relación a su indumentaria y a como juega con determinados roles que le toquen ejercer en el mundo (Pelechano 1996; Montaño Sinisterra et al., 2009).

Años más tarde, Cicerón (106-43, citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose en cuatro diferentes significados:

- Apariencia: forma en que un individuo aparece frente a las demás personas.
- Rol Social: papel que una persona desempeña en la vida.
- Conjunto de Cualidades: es aquello que comprenden al individuo;
- Status Social: como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

Estos cuatro significados se relacionan con las características de personalidad que pueden ser evidenciadas en una persona a partir de la observación empezando por la parte más superficial (la máscara), hasta llegar a identificar las características internas del otro.

Durante la época clásica se puso en auge distintos significados del concepto de personalidad. Cerdá (1985) sostiene que uno de estos conceptos está adherido a la Santísima Trinidad, que entiende el termino como algo sustancial y no asumido, es decir, que hace referencia a que es algo que se encuentra en sí mismo y forma parte de su esencia.

Boecio, en el siglo VI, a raíz de la relación que hicieron los primeros teólogos sobre los términos persona y esencia, sintetizo estos conceptos para dar origen al termino de personalidad añadiendo a esta concepción el atributo de racionalidad. De esta manera se dio origen a un gran ramillete de definiciones filosóficas, en donde principalmente se encuentra a Santo Tomás de Aquino, quien exalta al individuo por encima de la realidad, pues pensaba que nada podía ser superior a la realidad que el Ser posee (Allport, 1970).

En la actualidad, el concepto de personalidad es considerado un modelo complejo de características psicológicas profundas y generalmente inconscientes, que se expresan automáticamente en cada faceta del funcionamiento individual. Puede definirse como la integración dinámica de los aspectos cognitivos (intelectuales), connotativos (pulsionales y voluntarios) y afectivos, así como por los aspectos psicológicos y morfológicos del individuo. Por otra parte, existen otras características como la estabilidad en el núcleo que continuidad, que se mantiene aún con los cambios que se sufren a lo largo de la vida, la estructura interna que la hace inaccesible a la observación directa y por último la consistencia que mantiene ante diferentes situaciones (Cortese, 2004).

2.2.1.2 Teorías de la Personalidad

Como se mencionó anteriormente la Personalidad ha sido objeto de diversas investigaciones que ha derivado en diferentes concepciones según el momento histórico y la

perspectiva psicológica (escuelas). Sin embargo, todas mantienen un fin en común, el poder explicar la adaptación del individuo a diversas situaciones de la vida (Shaffer y Del Barrio-Martínez, 2002).

Por ejemplo, Allport (1975, citado por Cerdá, 1985) expresaba que la psicología de la personalidad es la ciencia del caso individual, plantea que la personalidad es la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse, es decir, que la personalidad se forma en función al desarrollo del individuo, a partir de características ambientales, biológicas y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento.

También expone la existencia de dos términos primordiales que sustentan el estudio de la personalidad. El primero es el ‘temperamento’, un fenómeno naturalmente emocional que se ha ido adaptando en función de la evolución humana. Se puede presentar a causa de factores genéticos o hereditarios, pues los individuos reaccionan de manera rápida e intensa ante la estimulación ambiental y por tanto su estado puede fluctuar de acuerdo a las exigencias del medio (Lluís, 2002). El segundo, es el ‘carácter’, considerado el grado de organización moral que posee un individuo y que se fundamenta a través de los juicios de valor y de una evaluación ética que se hace de la personalidad, depende en gran medida de la propia experiencia de cada individuo. Según, Lluís (2002) el carácter controla, modifica, corrige y autorregula la actividad de los individuos, a fin de poder dar respuestas satisfactorias a las exigencias del medio.

Sumado a estos dos conceptos, se debe entender a la personalidad desde lo genético, el desarrollo en cuanto a etapas y la evolución de la especie; ya que de acuerdo con algunas teorías (Domínguez y Fernández, 1999) todos los niños poseen ciertas funciones y estructuras que no han alcanzado su correspondiente maduración, lo que permite no identificar una base sólida de la personalidad, por tal razón, se puede hablar de personalidad a partir de los 3 años,

puesto que se han identificado algunos intereses, aptitudes, estilo conductual y la manera de resolver problemas que facilitan su bienestar y supervivencia en el medio (McCrae y Costa, 1997; Díaz y Díaz-Guerrero, 1997).

A continuación, se desarrollarán las otras teorías existentes según el enfoque psicológicos que se aborde.

Psicoanálisis

Desde la perspectiva psicoanalítica, Sigmund Freud (1856 - 1939), planteo que los rasgos principales de la personalidad se establecen en la infancia y la niñez temprana. Tanto en el desarrollo normal como el patológico (Shaffer y Del Barrio- Martinez, 2002).

La teoría de la personalidad de Freud fue variando a medida que avanzaba en su desarrollo teórico. Para Freud, la personalidad humana es producto de la lucha entre los impulsos destructivos y la búsqueda de placer. Sin dejar de lado los límites sociales como entes reguladores (Alós, 2017).

Según Seelbach Gonzales (2012), para entender la teoría postulada por Freud, primero se debe considerar a los tres postulados, pilares dentro de la teoría psicoanalítica. Los elementos inconsciente, consciente y preconscious se encuentran integrados en la mente humana conformando el aparato psíquico, de manera que no pueden separarse. Además, son característicos de la configuración de la personalidad.

- Consciente: es aquello que el ser humano ubica, de lo que se da cuenta, las sensaciones físicas, las emociones, los recuerdos y los pensamientos. En otras palabras, se puede decir que es el material que se encuentra disponible. tiene la funcionalidad de percibir y registrar lo que ocurre en torno a la persona.
- Inconsciente: refiere a lo inaccesible, tanto para la misma persona como los demás. Es considerada una parte muy primitiva en el ser humano, oculta material en lo profundo

de la mente humana, información que quizá nunca llegue a emerger y que difícilmente se puede llegar a conocer.

- Preconsciente: es información que de alguna manera se encuentra disponible pero que es complicada de entender, debido a la manera en cómo se manifiesta en el individuo, ya que, puede ser mediante sueños, fantasías y recuerdos. Se puede decir que la función del preconscious es filtrar la información inconsciente a la parte consciente del individuo, además de retener información que sea inaccesible y guardarla en el inconsciente.

Si bien estos tres elementos se mantienen integrados, la manera en cómo se distribuye el material consciente, preconsciente e inconsciente varía de persona en persona.

Seelbach Gonzales (2012), explica que Freud al teorizar el desarrollo del aparato psíquico explicó que es un proceso que inicia al nacer, hasta el primer año de vida. Considerándolo un periodo de gran importancia para la formación de la psique humana, sobre todo del inconsciente. En esta etapa se desarrolla lo que él llamó Ello, que refiere a la parte primitiva e innata de la personalidad, cuyo único propósito es satisfacer los impulsos de la persona. Representa las necesidades y deseos más elementales, las pulsiones, las cuales describe en dos categorías (Alós, 2012):

- Eros o Pulsión de vida: está relacionada con la capacidad de autoconservación del individuo, impulso para crear, protegerse, relacionarse, es decir, instintos que tienen que ser satisfechos para garantizar la supervivencia de todos los organismos.
- Thanatos o Pulsión de muerte: caracterizada como una pulsión agresiva y destructiva del ser humano hacia sí mismo y hacia el otro. Provoca que los organismos rechacen lo que no les agrada, que destruyan o agredan aquello que les amenaza.

Si bien estas pulsiones corresponden a instintos básicos que la especie humana ha desarrollado de manera evolutiva, cuando el individuo se desarrolla en torno a una sociedad civilizada, se suelen reprimir o canalizar para ser aceptado en ésta.

Freud llamo Superyó a la estructura del aparato psíquico que involucra las normas sociales, reglas de comportamiento, deberes y obligaciones que se van adquiriendo en el proceso de socialización. De hecho, la familia es la primera en encargarse de enseñar estas normas de comportamiento social al niño (Salvaggio y Sicardi, 2014).

El proceso de socialización implica que la satisfacción de las pulsionales básicas se lleven a cabo, pero sin comprometer su aceptación social, es decir, el individuo tiene que elegir la manera de satisfacerlas. A Este proceso de elección y filtro entre las pulsiones del Ello y las imposiciones del Superyó, Freud lo denominó Yo.

El Yo dentro del aparato psíquico se desarrolla con posterioridad, debido a que el individuo tiene que aprender a controlar, filtrar, y elegir el modo en que debe satisfacer sus instintos. El Yo tiene la función de filtrar información procedente del ambiente (normas y reglas), y del Ello (deseos e instintos), para ser funcional en el ambiente social. La forma en cómo el individuo equilibra deseos e imposiciones sociales constituye la personalidad (Seelbach Gonzales, 2012)

Por otra parte, Freud además de describir el desarrollo del aparato psíquico y los elementos que intervienen, agrego que existen etapas a las que denomino psicosexuales y son las siguientes: a) fase oral, b) fase anal, c) fase fálica, d) fase de latencia y e) fase genital.

En estas etapas existe un desarrollo de tipo sexual en el organismo. Para el psicoanálisis, la sexualidad es una energía que se dirige hacia objetos en específico, tanto en el ambiente como en el individuo. Se puede decir entonces que según sea la conformación del aparato psíquico, será la vinculación con los objetos de atracción. todo dependiendo de cómo se logre equilibrar los instintos y las normas sociales, la formación de vínculos afectivos, junto con la

energía sexual destinada a ello, definirán su manera de ser en la sociedad y esto es, la personalidad (Seelbach Gonzales, 2012).

Conductismo

Watson, padre del conductismo, concordaba con la teoría sobre la tabula rasa de John Locke del siglo XVII. Esta teoría de la personalidad sostenía que un recién nacido viene en blanco, y el medio ambiente es el que determinaba la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998).

Skinner, por su parte, al realizar experimentos sobre el aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona aprende a hacer, es igual a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe (Papalia y Wendkos, 1997).

Es por eso que la parte conductual de la personalidad pone énfasis en la especificidad situacional disminuyendo la importancia a las manifestaciones internas (Pervin y John, 1998).

Según la teoría de Skinner, la personalidad es un producto artificial que sólo existe en los ojos de quien la observa. Él utilizaba tres términos pilares en su teoría: estímulo, respuesta y reforzador. Sostenía que los estímulos del ambiente pueden actuar como reforzadores que incrementaban la incidencia conductual, es decir, que el comportamiento dependería del aprendizaje y las condiciones presentes, ya que, la conducta es específica a cada situación (Skinner y Ardila, 1977). Según expresa el autor, los rasgos de personalidad son rótulos que se le adjudican a las personas en función de la conducta que presenta. Los cambios en la conducta dependen de las variables del ambiente y la frecuencia con que ocurren los cambios (Skinner y Ardila, 1977).

Entonces para Skinner la personalidad es un conjunto de pautas de comportamiento, que derivan de situaciones o experiencias que el individuo afrontó en su momento y que ahora utiliza para evocar diferentes esquemas de respuestas (Fadiman y Frager, 1979).

Cognitivismo

Desde la teoría cognitivista de la personalidad se planteó que la conducta esta guiada por la forma en que se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, esto no deja de lado las características del ambiente. Para Bandura (1977) la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente, donde las expectativas internas de los individuos tienen un papel importante, ya que las personas se ajustan a criterios o estándares para calificar un comportamiento en diversas situaciones.

Además, Bandura plantea que la conducta de las personas está orientadas a metas, pues los individuos se pueden regular a sí mismos, teniendo un grado de libertad o capacidad de cambiar durante toda la vida (Bandura, 1977). El autor considera que los seres humanos son complejos, únicos, activos y destaca el pensamiento y la autorregulación.

Siguiendo con Bandura (1977), el carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales y procesos de sociabilización, tiende a formarse de manera continua. Entre los modelos concentrados en dimensiones del carácter se destacan los llamados “esquemas”, sistemas estructurados y entrelazados, responsables del procedimiento de un estímulo recibido y su respuesta conductual asociada (Beck et al., 1995).

Por otra parte, Kelly (1955, citado por Pervin y John, 1998) en su momento planteó como concepto estructural de la personalidad el ‘constructo’, es decir, una manera de construir o interpretar el mundo. Según este término, las personas lo utilizarían para anticipar o experimentar sucesos, ya que, los interpreta, les da estructura y significado. De esta manera muestran la existencia de características que diferencian a los individuos unos de otros.

En el caso de Albert Ellis psicoterapeuta cognitivo, al explicar las emociones mediante la ecuación ($A+B=C$), en donde A refiere al acontecimiento desencadenante, B a la creencia para ese acontecimiento y C las respuestas emocionales y comportamiento productos de las creencias. El autor, consideró que existían creencias que mediaban entre los sucesos de la vida y las respuestas. Por lo tanto, cada emoción daba origen a una determinada respuesta y

dependiendo la cognición del sujeto, la misma podía o no provocar el desajuste (Ellis y Abrahms, 2001).

Y siguiendo con esta línea, Beck et al. (2004) define a la personalidad como una organización de sistemas cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales, que engloban estructuras estables llamadas esquemas y programas denominados modos. Ambos trabajan conjuntamente con el fin mantener la homeostasis y promover la adaptación al ambiente. Beck, expresa que los rasgos de la personalidad, como la autonomía y la dependencia, son la expresión abierta de esos esquemas y que la estabilidad de los mismos en una persona se refleja en la consistencia de sus respuestas sistémicas a lo largo de un rango de situaciones. Finaliza su definición, expresando que, ante trastornos de personalidad, los esquemas, y por ende las respuestas, son disfuncionales y operan casi de forma continua, conduciendo a patrones crónicos, auto-derrotistas.

En el caso de Eysenck y Eysenck (1985) definen a la personalidad como, una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva; el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva; el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendócrina.

Según Eysenck los rasgos psicológicos pueden ser descriptos como factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persisten en muchos tipos de situaciones diferentes (Eysenck y Eysenck, 1985). Teniendo en cuenta esto, se puede decir que además de tratarse de una teoría centrada en el rasgo, es también una teoría dimensional. Las teorías dimensionales o también conocidas como factorialistas, proponen la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse

cuantitativamente las diferencias individuales (Mayor y Pinillos, 1989). El concepto de dimensionalidad implica dos aspectos básicos, en el primer caso refiere a que existe un limitado número de dimensiones básicas de personalidad, y en el segundo que tales dimensiones se distribuyen de manera normal, formando un continuo en el que cualquier persona puede ser ubicada (Pelechano, 2000). En este sentido, para Eysenck la dimensión es un factor de segundo orden o suprafactor que supone la correlación entre factores de primer orden o rasgos como: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P). Según, el autor estas tres dimensiones no deberían ser tratadas como excluyentes ya que, una persona puede ser descrita en función del grado de E, N y P, todo dependiendo de su ubicación en el espacio tridimensional que conforman estos suprafactores mencionados. De este modo, una persona no será Extravertida, sino que tendrá un grado de E, pero también podrá sentirse representada por las otras dimensiones (Schmidt et al., 2010). En la teoría de Eysenck también se incluye una cuarta dimensión de personalidad: la inteligencia general o factor g, esta dimensión refiere a las habilidades cognitivas, que tiene características especiales y distintivas con respecto a las tres dimensiones del temperamento y el carácter.

Por otra parte, se suele afirmar que el modelo de personalidad de Eysenck es jerárquico, ya que en el nivel básico están las acciones, reacciones emocionales o cogniciones específicas. En un segundo nivel, se encuentran los actos, emociones o cogniciones habituales. Estas conductas intercorrelacionadas dan lugar al tercer nivel, que corresponde al de los rasgos y finalmente, en el cuarto nivel, se encuentran las dimensiones que constituyen el nivel más general y básico de la personalidad (Eysenck, 1990).

Por último, se puede afirmar que la teoría de personalidad de Eysenck se trata de un modelo psicobiológico de la personalidad ya que las variables de personalidad tienen una clara determinación genética que incluyen estructuras fisiológicas y hormonales concretas, y son contrastables por medio de procedimientos experimentales (Eysenck y Eysenck, 1985).

Humanístico

Entre los representantes de este enfoque se encuentran Gordon Allport, Erich Fromm, George Kelly, Abraham Maslow, Rollo May, Henry Murray y Carl Rogers (DeCarvalho, 1990).

Maslow (1962; citado en Villegas Besora, 1986), consideraba a la psicología humanística la ‘tercer fuerza’ de la psicología, ya que tuvo en cuenta como primera fuerza, al psicoanálisis y al cognitivismo conductual como la segunda fuerza. Desde este punto no buscaba excluir las aportaciones de las otras, sino que la idea era la construcción de una psicología más comprensiva, sistémica, de base empírica que abarque las cimas y las profundidades de la naturaleza humana.

La psicología humanista difería de las dos corrientes dominantes de aquel momento, ya que las consideraba deficientes para el entendimiento del ser humano. Las críticas al conductismo, referían a su estrechez de mirar, su artificialidad y su incapacidad para suministrar una comprensión de la naturaleza humana. Además, rechazaba la imagen de un organismo robotizado. En el caso del psicoanálisis, consideraban que era irracionalista y determinista, la sobrevaloración del papel de la conciencia en la comprensión de la conducta ya que se sometía al ser humano a las oscuras motivaciones inconscientes (Carpintero et al., 1999).

Desde la teoría humanista se propone menos propuestas conceptuales, y así, conceptos como el amor, la libertad, la esperanza, la autorrealización, la satisfacción, la felicidad e incluso la espiritualidad humana, forman parte del nuevo paradigma humanista (Seelbach Gonzales, 2012).

En cuanto a la personalidad, esta corriente explica que su desarrollo no se encuentra determinado por hechos del pasado y tampoco la considera inmutable. En su lugar, señala que ese progreso se debe a un cúmulo de experiencias que el ser humano constantemente integra a su vida. Del mismo modo, Maslow y Rogers, expresan que el desarrollo de la personalidad

se da de forma continua y dinámica, todo gracias a la motivación innata que tiene el ser humano de actualizar las potencialidades que posee su organismo. Se puede decir que los objetivos de esta actualización es buscar un mantenimiento y crecimiento personal también conocido como autorrealización (Vilanoba, 1993; Seelbach Gonzales, 2012; Garcia et al., 2018).

Seelbach Gonzales (2012) explica que al igual que el psicoanálisis, la corriente humanística desarrollo un modelo de aparato psíquico no tan complejo que consta de tres fases o entidades del ser humano:

- *Yo falso*: es lo que el individuo considera que no es, es decir, son los conceptos que el individuo separa de su imagen. No es algo que necesariamente no pertenezca a sus características, pero si puede que aún no sean aceptadas como propias.
- *Yo real*: refiere a lo que el individuo asume como propio, aun cuando no posea esa característica, desde la Gestalt a esto también se lo denomina introyectos.
- *Yo ideal*: hace referencia a lo que el ser humano busca ser, de esta manera funciona como un motivador para llegar a un estado que actualmente no es. El yo ideal es un motor que moviliza el desarrollo de la personalidad hacia la satisfacción de sus necesidades.

Se debe entender que la interacción que exista entre estos elementos se va a presentar de distintas formas en cada individuo y dependerá de la información con la que cuente de su entorno. El punto está en que no existan fricciones que impidan la satisfacción de necesidades.

Según Maslow (1991) estas necesidades tienen un orden que va desde las más básicas o vitales hasta las necesidades de transcendencia.

- Necesidades Fisiológicas: La satisfacción de esta necesidad no es opcional, ya que si no son cubiertas el organismo corre el riesgo de morir, estas necesidades tienen que ver con la comida, descanso, etc.
- Necesidades de Seguridad: refiere a la protección, la estabilidad y el abrigo o refugio. Como tener un hogar o trabajo.
- Necesidades de Pertenencia: hacen referencia a un requerimiento social, amigos, familia o parejas. El miedo de no cubrir esta necesidad es quedarse solo.
- Necesidades de Estima: está relacionada con sentirse querido, por eso buscan el afecto y reconocimiento de otros.
- Necesidades de Trascendencia: es el nivel más difícil de alcanzar, y no todos llegan a satisfacer. La trascendencia implica tener la sensación de que, paradójicamente, no se necesita nada; es una sensación que dura relativamente poco tiempo, se dice que existen momentos cumbre.

Por su parte, Rogers (2011) concibe al ser humano desde una perspectiva positiva, considerándolo bueno y saludable por naturaleza. Para este autor, el ser humano se construye, se moldea y se realiza todo el tiempo a partir de un proceso que busca conseguir sus objetivos vitales y metas que serán beneficiosos para sí. En este sentido, la personalidad se desarrolla en base a las experiencias cotidianas y en la tendencia a la autorrealización de cada individuo. La teoría desarrollada por Rogers, fue denominada Enfoque Centrado en la Persona ya que la atención se orienta al ser humano como centro y protagonista de su propio desarrollo hacia aquel Ideal del Yo al que desea llegar.

Teoría integradora de la personalidad

La teoría integradora surge de la necesidad de poder establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada que estructure y dé calidad a la variedad de

investigaciones y enfoques existentes. Para Lluís (2002), esta teoría plantea los siguientes objetivos:

- a. elaborar un modelo de personalidad amplio, que posibilite la integración de las principales teorías, que organice los principales logros de la investigación empírica incorporando la inteligencia;
- b. definir la personalidad a partir de la identificación teórica de los factores o facetas de las grandes dimensiones;
- c. fundamentar la comprensión de la personalidad desde un enfoque evolucionista;
- d. ofrecer un modelo de rasgos que incorpore los paradigmas actualmente activos, sobrepasando el concepto descriptivo de la estructura y permitiendo involucrarse con los procesos.

Es decir, que lo que se pretende lograr con la Teoría Integradora de la Personalidad es poder definir la personalidad sin limitarse a la descripción o explicación del carácter, el temperamento o la inteligencia; sino más bien logras incluir estos tres aspectos en uno (Montaño Sinisterra et al., 2009).

Por eso, para dar respuesta a esta problemática se desarrolló “La Teoría de Rasgos” en donde la noción de rasgo refiere al carácter distintivo de algo, es decir, un atributo funcional relativamente persistente que hace que el individuo se incline hacia cierto tipo de respuesta o situación (Salvaggio y Sicardi, 2014). Dentro de esta teoría fue adquiriendo especial importancia el “Modelo de los Cinco Grandes”, pues utilizaba al lenguaje como fuente fiable de datos relativos a las características que pueden definir o construir la personalidad humana. Ya en su momento, Galton, autor de “La Medición del Carácter” (1884) había utilizado el léxico y diccionario como medio para definir el contenido (ter Laak, 1996). Por su parte, Allport y Odbert (1936) considerados pioneros en realizar un estudio psicoléxico completo,

extrajeron 17953 términos referidos a la personalidad, asumiendo que tendría la capacidad de distinguir el comportamiento de un ser humano respecto a otro.

Recién en los años ochenta, Cattell (1995) revive este enfoque cuando toma la lista creada por Allport, eliminando y añadiendo términos que contribuirían a su futura propuesta de 16 rasgos de personalidad. Gracias al trabajo de Cattell, Fiske realizó un análisis factorial con datos obtenidos a través de diversas fuentes y obtuvo por primera vez una estructura de cinco factores (ter Laak, 1996).

Según Costa y McCrae (1994), representantes del Modelo de los Cinco Grandes, explican que se puede distinguir cinco dimensiones de la personalidad: Extroversión, Agradabilidad, Escrupulosidad, Estabilidad Emocional y Apertura a la Experiencia. De hecho, dentro de los instrumentos desarrollados se encuentra el Big Five Questionnaire BFQ, a partir del cual se identifican los cinco rasgos de la teoría y en donde de acuerdo a las características de cada uno, se pretende dar cuenta de la personalidad del individuo (Gómez & Zabuido, 1996). Si bien la versión original del instrumento fue realizada por John et al. (1991), para el presente trabajo se tomará en cuenta la adaptación realizada por Castro- Solano y Casullo (2001) compuesto por 44 ítems clasificando la personalidad en cinco dimensiones: la Extraversión, la Agradabilidad, la Responsabilidad, el Neuroticismo y la Apertura a la Experiencia (Gosling et al., 2003).

Para tener mayor comprensión de estos se los describirá según Gosling et al., (2003):

- Neuroticismo: define el grado en que una persona afronta sin problemas situaciones complicadas de la vida. Una persona con altos niveles de neuroticismo se representa como un ser depresivo, ansioso e impulsivo, hostil, inquieto, muy emocional, vulnerable, inseguro, poco fiable y a menudo hipocondriaco. Lo opuesto hablaría de un individuo tranquilo, relajado, poco emocional, resistente, seguro de sí mismo y con alta autoestima.

- **Extroversión:** Refiere a la cantidad y la intensidad de la interacción social, al nivel de actividad, la necesidad de estímulos externos y al atractivo de la alegría. Una persona con altos niveles de extroversión se puede describir como alegre, viva, locuaz, enérgica, optimista y cálida. Un individuo con bajos niveles de extroversión se describe como poco sociable, tranquilo, reservado, introvertido, equilibrado, distante y orientado al trabajo.
- **Apertura a la experiencia:** Refiere a la persona que evalúa la búsqueda activa y la apreciación de la experiencia en sí misma, la tolerancia para la explotación de lo conocido y lo desconocido, alguien que mide su propio “mundo espiritual” y su experiencia de vida. Es decir, muestra el grado en que un sujeto tiende a buscar nuevas experiencias personales y concibe de una manera creativa su futuro. Una persona con altos niveles de apertura a la experiencia se describe como curiosa, interesada, creativa, imaginativa y poco convencional. Lo opuesto haría referencia a una persona tradicional, temerosa y no interesada en explorar
- **Agradabilidad:** refiere a la calidad de la orientación interpersonal a lo largo de un continuo, de piedad y compasión hacia los demás, mostrando antagonismo en pensamientos, emociones y acciones. Una persona con altos niveles de este factor puede ser descrita como resistente, sencilla, honesta, generosa, sensible y fiable. En el polo opuesto, el individuo es visto como narcisista, grosero, desconfiado, vengativo, rencoroso, que no coopera y manipulador.
- **Responsabilidad:** refiere al grado de concentración de un sujeto respecto a sus objetivos. Además, muestra que tan disciplinado, exigente y que control sobre sus impulsos muestra para la consecución de dichos fines. Una persona con altos niveles de responsabilidad se presenta como organizada, con alto sentido del deber, autodisciplina, puntual, concienzuda, ordenada, amable, atenta, ambiciosa,

comprometida y perseverante. Lo opuesto sería un individuo poco fiable, perezoso, descuidado, negligente, imprudente, indiferente, sin fuerza de voluntad, hedonista, sin rumbo y sin aspiraciones.

2.2.2 Imagen Corporal

2.2.2.1 Evolución del Concepto

En la década de los años 60 durante el siglo XX, el termino Imagen Corporal despertó el interés de quienes trabajaban con pacientes que presentaban trastornos alimenticios. Se observaba la importancia que ponían sobre la Imagen Corporal y como esta solía encontrarse alterada. A partir de ese momento, se tomó conciencia mundialmente sobre el tema y se realizaron investigaciones con el fin de poder definir y evaluar dicho termino (Bruch, 1962; Raich, 2011).

Según Fishe (1990), las primeras referencias a la Imagen Corporal se encontraban relacionadas al ámbito neurológico. De hecho, el neurólogo Bonnier (1905) fue uno de los primeros en hablar sobre el tema, utilizándolo para referirse a sujetos que sentían que todo su cuerpo había desaparecido, lo que llamo “aschematía o esquema corporal”. Los autores, Pick y Head (1926, citado en Hecaen y Albert, 1978) utilizaron el termino para referirse a problemas relacionados con la propia orientación corporal, hablaban de una propia imagen espacial del cuerpo que cada individuo construye y con el cual se comparan los movimientos del mismo.

Años más tarde, Schilder (1935) al publica su libro “The Image and Appearance of the Human Body” propuso la primera definición sin recurrir a aspectos netamente neurológicos, sino que tomo aportes filosóficos, psicoanalíticos y sociológicos en donde sostenía que: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1935).

Durante los años posteriores, la Imagen Corporal se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado. La definición más clásica, la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Una visión más neurológica la interpreta como una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. En el caso de concepciones dinámicas, definen a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo, y en enfoques psicoanalíticos entienden la imagen corporal como el límite corporal percibido por cada sujeto (Raich, 2010).

En el caso de Rosen (1992, citado en Raich, 2010), la imagen corporal es un concepto que refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Se pueden contemplar aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales. Por ejemplo, autores como Cash y Pruzinky (1990) o Thompson (1990 cit. en Raich, 2010) conciben la Imagen Corporal como un constructo constituido por esos aspectos:

- Aspectos Perceptivos: que hacen referencia a la precisión en la que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo; así como a las alteraciones en la percepción que pueden dar lugar a sobre estimaciones o subestimaciones.
- Aspectos Cognitivos- Afectivos: o también conocido como subjetivo y es que, este aspecto refiere a las actitudes, sentimientos y valoraciones que despierta el cuerpo o cualquier aspecto de la apariencia física.
- Aspectos Conductuales: hace referencia a las conductas y sentimientos que provoca la percepción del cuerpo, como experiencias de placer o displacer, satisfacción o insatisfacción.

Por su parte, Rosa María Raich, doctora en Psicología, coautora de algunos de los estudios más importantes relacionados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en 2010 en su libro “Imagen Corporal” da una definición más reciente acerca de este término expresando

que: “La Imagen Corporal son los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo (...) es la manera en la que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” (pp. 23 - 24).

Pero esto no es todo, ya que, de la misma forma en que se desarrollaron estudios orientados a lograr una definición, también se interesaron por saber la manera en que el sujeto construye su Imagen Corporal. Autores como Gómez (1997) o Salaberria et al., (2007) desde sus investigaciones han concluido que la Imagen Corporal se va construyendo evolutivamente, es decir, que a partir de las etapas de la vida que se van pasando, se interioriza la vivencia del cuerpo y de esa manera se va conformando de forma natural.

Según Sands y Wardle (2003 cit. en Toro, 2004) se considera a la adolescencia una de las etapas más importante para esta constitución, ya que, el cuerpo se convierte en fuente de identidad, de autoconcepto y en donde la sociedad impacta fuertemente con las normas de la cultura en relación a los estereotipos de belleza actualmente aceptados. En relación al tema, Salaberria et al.(2007), sostienen que niñas de entre 9- 12 años son conscientes de la existencia de un modelo ideal delgado, se consideran a estas presiones sociales, factores predisponentes a tener un mayor o menor grado de insatisfacción con el cuerpo.

Robin (1993) explica que esta preocupación anómala por la imagen corporal no es solo actual, sino que en cada periodo de la historia se tuvo estándares de belleza y cada cultura desarrollo diferentes conceptos referidos a la propia imagen, forma y decoración del cuerpo. Todo dado gracias a la gran influencia sociocultural, biológica y ambiental.

2.2.2.2 Alteraciones de la Imagen Corporal

En la Edad Media, se consideraba atractivo el cuerpo femenino que mantuviera una forma redondeada, voluminosa y que mostrara una figura reproductiva. Sin embargo, en el año 1920 con la aparición de las primeras revistas, se introducirse como atractivo, la apariencia “flapper”, que consistía en una silueta inexistente de busto, de aspecto varonil y con una marcada delgadez. Esto trajo como consecuencia la implementación de dietas desmedidas,

ejercicio excesivo y en la actualidad hasta se podría incluir los tratamientos estéticos, todo con el fin de no aumentar de peso y corresponder a la cultura de la delgadez (Toro, 2004).

De igual manera, Grilo (2006) consideraba que las sociedades occidentales ponían gran énfasis en las exigencias de tener un cuerpo perfecto y esbelto. Explicaba que esta podría ser la principal causa de presentar alteraciones en la Imagen Corporal, ya que, la presión percibida terminaba repercutiendo en el descontento con el propio cuerpo. Esto quiere decir que, cuando el sujeto realiza una evaluación de las dimensiones corporales y estas no coinciden con las reales y propias, se manifiestan juicios valorativos negativos dando lugar a una alteración (Sepúlveda et al., 2004).

Son estas influencias socioculturales transmitidas a lo largo de los años por agentes sociales como, la familia, amigos y el entorno en sí mismo, los que difunden el modelo estético corporal femenino delgado valorado actualmente (Toro, 2004). De hecho, esto se puede observar en la investigación que realizaron, Baile et al. (2002) donde midieron la insatisfacción corporal en jóvenes, con edades comprendidas entre 12 a 19. Obtuvieron como resultados que, en la comparación de sexo, las chicas habían obtenido mayor insatisfacción que los chicos. Por otra parte, las chicas con edades entre 12 a 13 puntuaron más alto en la insatisfacción corporal a diferencia del resto. Esto llevo a los autores a considerar que la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el periodo que va desde los 12 a los 16 años, y una vez que se alcanza un determinado grado de insatisfacción este se mantiene posteriormente. Vaquero-Cristobal et al. (2013), coinciden con esta idea al decir que en definitiva la preocupación por la imagen corporal va desde la niñez hasta a vejez, mostrando una mayor incidencia en las mujeres adolescentes y jóvenes.

Continuando, autores como Henderson y Brownell (2004, citados en Raich, 2011) explican que de persistir en un “entorno toxico” con tales influencias, esto podría repercutir en que un paciente pase de presentar insatisfacción corporal a trastornos más graves de

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Es por eso que Grilo (2006) cree necesario trabajar desde la base con estos pacientes y prevenir una evolución insana.

Como se ha nombrado anteriormente, la insatisfacción corporal, es una de las principales alteraciones y puede derivar en trastornos más graves. Entonces ¿Qué se entiende por Insatisfacción Corporal?

Cash (2002, citado en Raich, 2011), afirma que existen varios elementos importantes en la insatisfacción corporal, como: sobrevaloración de la apariencia en la construcción de la propia identidad; percepción o sentimientos de que la forma corporal discrepa de los ideales de belleza interiorizados e irreales; creencias y sentimientos desadaptativos acerca del propio cuerpo y conductas poco saludables o limitadas provocadas por la insatisfacción corporal. De hecho, años anteriores, Cash y Brown (1987) describieron los dos aspectos en los que la alteración se podía presentar:

- Alteración cognitiva y afectiva: refiere a como la insatisfacción, suscita sentimientos negativos respecto a nuestro cuerpo.
- Alteración perceptiva: que conducen a la distorsión de la imagen corporal, es la inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Según, Toro (2004) sostiene que la insatisfacción corporal es aquel malestar producido por la disconformidad que percibe y siente el individuo respecto a la discrepancia entre el cuerpo percibido (forma corporal) y el cuerpo ideal (ideales de belleza interiorizados e irreales) (pp.181).

Por su parte, Castrillón et al., (2007) expresan que la insatisfacción puede estar relacionada con la estrategia de utilizar la belleza como medio para obtener trabajo, aceptación social, evitar conflictos y mejorar las relaciones de pareja. Tiggemann (2004) luego de revisiones empíricas concluyó que la insatisfacción corporal se mantiene relativamente estable a lo largo de la vida adulta de una mujer. La preocupación sobre su

cuerpo, con la edad, hace que las mujeres puedan distinguir entre la evaluación que realizaban sobre su propio cuerpo y la importancia que le otorgaban al mismo. Sin embargo, en ocasiones el sentimiento de malestar es tan agudo que puede traer como consecuencia ansiedad social, baja autoestima, depresión, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inhibición y disfunciones sexuales, inicio de tratamientos: Cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, entre otros. (Salaberria et al., 2007).

Cash y Lavalley (1997) realizaron un estudio en donde detectaron que la incidencia de la insatisfacción corporal en mujeres es de entre un 40% y 50% mientras que en hombres es de un 25%. Por otra parte, según Rosen et al. (1995), esa preocupación e insatisfacción deriva en un trastorno en un 4% en las mujeres y menos de un 1% en los hombres. Es partir de este tipo de investigaciones, que se ha demostrado que en las últimas décadas las alteraciones, son uno de los factores más incidentes en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y de Trastornos Dismórficos Corporales (Cáceres, 2005; Fernández y Probst, 1994).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Dentro de este trastorno se pueden encontrar distintos tipos:

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación / restricción de la ingestión de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de atracones
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificados

Entre los mencionados, los más conocidos son:

Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- *Tipo restrictivo*: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- *Tipo con atracones/purgas*: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Gravedad

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Bulimia nerviosa

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Gravedad:

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Además de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la Insatisfacción Corporal también puede derivar en Trastornos Dismórfico Corporal que será desarrollado a continuación:

Trastorno dismórfico corporal

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
 - B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
 - C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.
- *Con dismorfia muscular:* Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si: Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., “Estoy feo/a” o “Estoy deforme”).

- *Con introspección buena o aceptable:* El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

- *Con poca introspección:* El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.
- *Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:* El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

Continuando con lo expuesto hasta el momento, Raich (2010), expresa que la Insatisfacción con la Imagen Corporal, es un aspecto crucial para el estudio de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y de Trastorno de la Imagen Corporal, es por eso que considera de gran importancia trabajar de forma preventiva con población que tiene mayor riesgo a presentar cualquiera de esos trastornos. De hecho, debido al estudio de los TCA es que se despierta el interés y preocupación por la evaluación de los trastornos de la imagen corporal (Raich et al., 1996).

Castrillón et al., (2007), destacan que desde hace 20 años se han propuesto múltiples formas de abordar la cuestión de la evaluación de la Imagen Corporal. Según la revisión realizada por Raich (2004) entre los instrumentos más habituales de evaluación de la Imagen Corporal se encuentran:

- BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination: Rosen y Reiter, 1995).
- Escala Yale- Brown Escala Yale-Brown de medición de Trastorno Obsesivo-Compulsivo adaptada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1991).
- Subescala de imagen corporal del EDI (Eating Disorders Inventory: Garner, Olmstead y Polivy, 1983).
- BSQ (Body Shape Questionnaire: Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Adaptación española de Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996).
- BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire: Rosen, Salzberg, Srenick y Went, 1990).
- CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético- Corporal: Toro, Salamero y Martínez, 1994).

Si bien, la mayoría de los instrumentos nombrados miden la insatisfacción corporal, se pondrá interés en el BSQ (Body Shape Questionnaire) diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987. Es un cuestionario de 34 ítems que puede evaluar la insatisfacción corporal. Además, ha demostrado tener la capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas diagnosticadas con TCA como en aquellos que no. Si bien antes de la adaptación española estaba diseñado para el sexo femenino, se demostró que también se lo puede aplicar en el sexo opuesto.

Gracias a este tipo de instrumentos, se puede realizar evaluaciones que detectan alteraciones en la Imagen Corporal, permitiendo trabajar de manera más profunda en el tema. Además, es de utilidad para el diseño de programas preventivos e intervenciones en adolescentes y jóvenes mujeres, ya que son la población más afectada por estos fenómenos. Sin embargo, esto no quita que estas alteraciones se presenten en personas de todas las edades y sexos (Botella et al., 2009).

2.2.3 Tratamientos Estéticos

2.2.3.1 Evolución del concepto

La palabra estética deriva del latín moderno *aestheticus*, y a su vez esta deriva del griego *aisthētikós* que significa “percepción o sensibilidad” a través de los sentidos (Imaginario, 2019). Según Gottlieb (2000), la estética es la rama de la filosofía que se encarga de estudiar la manera en que el ser humano interpreta los estímulos sensoriales que recibe del mundo que lo rodea. Además, el autor expresa que de ahí proviene su íntima relación con el arte o el estudio de la historia del arte que a menudo se suele denominar “filosofía del arte”.

Ahora bien, se puede decir que tanto la belleza como los tratamientos estéticos, datan de la prehistoria. Por aquel entonces la estética de la mujer prehistórica presentaba ciertos límites que con el paso del tiempo se fueron ampliando. Howell (1965, citado en Rodríguez et al., 2000) expresa que hace 35.000 años, en el periodo paleolítico, el hombre comenzaba a

desarrollar su sentido de lo bello, pues la supervivencia empezaba a hacerse menos ardua. Este despertar a la sensibilidad tiene su representación en el arte primitivo, pinturas, figuras y representaciones. Estos datos antiguos como los grabados o las esculturas permitieron dilucidar el interés en las mujeres por la belleza.

Según la investigación realizada por Ruballos (2017), los procedimientos destinados al embellecimiento en las mujeres de la prehistoria se encontraban reducidos a la utilización de arcilla y tierras que contenían diferentes pigmentos que usaban para colorear su piel, también se encontraban productos fabricados a partir de la grasa de animal. La autora además expresa, que uno de los productos más importantes para el embellecimiento en la antigüedad era el ISTMID en árabe o también conocido como Sulfuro de Antimonio, este producto consistía en un polvo de color pardo negruzco de fácil expansión y que dejaba una sombra muy particular.

Continuando con el tema, Ruballos (2017) también explico la evolución que tuvo la belleza y la estética en base a distintas regiones y épocas. Para empezar, en el antiguo Egipto se tomó como referencia a Nefertiti y Cleopatra debido a su gran influencia y sus múltiples aportes relacionados con rituales de belleza, entre ellos los baños de leche, el uso de mascarilla y de maquillaje (Muñiz, 2011). En esta región, una de las características más importantes era la atención que se le otorgaba al cabello, piel y ojos. Para el cabello se utilizaban pigmentos naturales como la henna para teñirlo y darle diferentes matices, de lo contrario lo rasuraban completamente y se utilizaban pelucas muy elaboradas. En el caso de los ojos, tanto hombres como mujeres se los delineaban para acentuarlos, resanar alguna imperfección o como protección del brillo solar, por eso usaban tonos vivos y oscuros como el negro, azul o verde (Briand, 2015 citado en Ferreira y Pallares, 2012). En relación a la piel, los rituales consistían en darse baños con esencias especiales o leche, después utilizaban ungüento y se afeitaban para mantener la textura de la piel lozana y suave. En los labios se

utilizaba el color rojo intenso o carmín obtenido del molido de cochinillas hembras, en especial de las de la especie “kermes vermilio”.

Por otra parte, a la antigua Grecia se le atribuye que en Europa se hayan propagado diferentes productos de belleza, formulas cosméticas, el culto del cuerpo y los baños con aceites aromáticos. Las dimensiones corporales eran una de las características más relevantes de la cultura griega ya que sus cánones de belleza no aceptaban la grasa corporal ni los senos voluptuosos. En su lugar ponían la atención en que las dimensiones mantuvieran una armonía geométrica que provocara una sensación satisfactoria en el observador. El ideal de belleza consistía en tener cuerpo con senos pequeños y fuertes, un cuello fino y esbelto y hombros debidamente proporcionados. Además, el color de la piel debía ser pálido ya que esto significaba que el individuo no pertenecía a la clase obrera (Beardsley, 1975; Ruballos, 2017).

En el caso de Roma, se destacó la obsesión por la cabellera rubias, esto hizo que circularan fórmulas de ungüentos para cambiar el color de la piel y del cabello de las romanas. Fue una época en la que se popularizó la costumbre de tener esclavas que se dedicaran especialmente al cuidado del cuerpo y la belleza de las amas. A partir de esto se empiezan a especializar en el cuidado del cuerpo en temas concretos como: baños, maquillaje, tocados, entre otros (Ruballos, 2017).

Con la llegada de la edad media, se presentó un declive en la belleza, ya que era una época en la que el arte y la belleza estaban restringidos por ser considerados “pecados”. En la época medieval con la aparición del fuerte olor del perfume se fue reemplazando progresivamente la más mínima higiene personal (Nuñez 2010, citado en Ruballos, 2017). Mas tarde, durante el Renacimiento se presentó el resurgimiento de la estética ya que la belleza empezó a abarcar todos los campos creativos y consecuentemente la estética femenina formo parte fundamental.

Por otra parte, en el siglo XVIII los productos cosméticos dejan de elaborarse de forma artesanal, y pasan a ser elaborados en los establecimientos donde se empezó a perfeccionar las cremas. Se considera a esta la época dorada de la cosmética debido a la sofisticación de las cremas, esencias y aguas (Nuñez, 2010, citado en Ruballos, 2010).

En el año 1938, debido al crecimiento en la utilización de productos y tratamientos de belleza, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) clasificó los productos de uso tópico en cosméticos y fármacos (Martini, 2005). Los cosméticos fueron definidos como sustancias utilizadas para embellecer y mejorar la apariencia sin presentar efectos en la piel. En el caso de los fármacos se incluyó las sustancias empleadas para tratar de mitigar y prevenir una enfermedad, mostrando seguridad y eficacia (Lochhead y Huisinga, 2008). Sin embargo, con el pasar de los años, y el aumento en investigaciones sobre la piel, se propuso la incorporación de una tercera categoría que se situase entre los fármacos y los cosméticos, al que se denominó Cosmecéutico. Este producto fue considerado un híbrido ya que, a diferencia de los anteriores, trabajarían más allá de las primeras capas de la piel, llegarían a más profundidad y trabajaría de forma integral, no solo protegiendo, sino que además nutriendo y previniendo afecciones cutáneas que pudieran aparecer debido al daño que se recibe constantemente del exterior como rayos UVA, UVB, polución, glicación, radicales libres entre otros (Draeos, 2006; Ruballos, 2017).

Si bien, inicialmente el término generó poca aceptación, la globalización de los comercios internacionales y la ‘cultura wellness’ (estilo de vida que consiste en mantener el equilibrio entre el nivel físico, mental y espiritual) hicieron que tenga mayor relevancia gracias a su asociación con productos activos y aparatología innovadora preparada para combatir el proceso de envejecimiento (Fernández et al., 2012; Ruballos, 2017).

En la actualidad los procedimientos dedicados a embellecer, son también conocidos como tratamientos estéticos. Según Muñiz (2014) estos tratamientos son definidos como aquellas

prácticas dirigidas al mantenimiento y mejora del cuerpo, percibiéndolo como el medio para realizar el proyecto personal, así como la manera de derrotar la muerte y la decadencia individual (p.429).

2.2.3.2 Profesionales que realizan los tratamientos estéticos

Así como anteriormente se mencionó que las esclavas de las romanas se especializaban en distintos aspectos del cuidado de la piel o el cuerpo de sus amas. Se puede decir que en la actualidad sucede algo similar, ya que, existen diferentes niveles de especializaciones destinados al embellecimiento de la persona como, por ejemplo:

- **Cosmetología:** es una disciplina que se ocupa de la evolución, conservación, embellecimiento, salud y cuidados estéticos de la piel sana. Para ello se utilizan distintos métodos, productos y aparatología autorizada por las debidas instituciones que avalan a las cosmetólogas. Los tratamientos que se realizan suelen estar dirigidos a tratar la zona del rostro, cuello y escote (Tomatis, 2015).
- **Cosmiatría o dermatocosmiatría:** Es la disciplina encargada de realizar procedimientos de prevención, conservación y recuperación de la piel sana y piel enferma, mediante la acción terapéutica como la prescripción, el control y la evaluación de un profesional médico. También es definida como el área de la dermatología que se ocupa de realizar tratamientos para mejorar la calidad de la epidermis y la dermis (capas de la piel), a través de procedimientos más invasivos que los cosmetológicos. Es por eso que se requiere que el especialista cuente con la capacitación apropiada para el correcto manejo de productos cosméticos que pueden estar combinados con fármacos de mayor potencia, también conocidos como Cosmecéuticos (Tomatis, 2015).
- **Medicina estética:** el objetivo de esta disciplina llevada a cabo por profesionales de la medicina, es el mantenimiento, la promoción y la restauración de la estética, la

belleza y la salud del cliente. Para ello se utilizan practicas clínicas no invasivas y procedimientos mínimamente invasivos, en las que se emplea anestesia tópica o local y se mantiene un régimen ambulatorio, cabe aclarar que todos estos procedimientos deben realizarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente. Desde la medicina estética se procura no utilizar técnicas de cirugía mayor que requieran anestesia general, ya que se espera que la acción terapéutica no implique un ingreso hospitalario del paciente. Además, el fin es lograr que el paciente obtenga resultados más prolongados y eficaces, que mejoren su bienestar, su apariencia, su salud y su autoestima (Sociedad Argentina de Medicina Estética [SOARME], s.f.).

- Cirugías: en el caso de las cirugías, los especialistas que realicen los procedimientos deben contar con formación profesional en el área y la especialización correspondiente según dispongan las instituciones que los avalan, ya que se tratan procedimientos invasivos o quirúrgicos. Dentro de este eslabón se puede dividir en dos campos de acción. Por un lado, se encuentran las Cirugías Reconstructivas o Reparadoras que están orientadas a la reparación de deformidades, trastornos congénitos y la corrección de los defectos funcionales como intervenciones dirigidas a la reparación de tejidos ya sea por enfermedad o por accidentes (Hamiton 2015). Por otro lado, se encuentra la Cirugía Estética, que tiene como finalidad, mejorar la apariencia de partes del cuerpo que no son satisfactorias para el paciente, dentro de las cuales, en algunos casos, hay razones médicas. Una de las características de este tipo de cirugías es que se realizan de manera voluntaria y que no hay un componente de rectificación como hay en la cirugía plástica (Hamiton 2015).

2.2.3.3 Clasificación de tratamientos

En relación a la clasificación de los tratamientos estéticos, según Calvo et al. (2009) se pueden distinguir al menos tres tipos: no invasivos, mini-invasivos y los invasivos.

- No invasivos: son tratamientos que no requieren intervención quirúrgica para mejorar su físico, ya que no se utilizan instrumentos que rompen la piel o que penetren físicamente en el cuerpo.
 - Mini – invasivos: este tipo de procedimientos se caracteriza por ser realizados por médicos especializados, ya que aplican una variedad de técnicas que procuraran producir el menor daño en el cuerpo del paciente. Además, una vez concluido el tratamiento le permite al paciente la reinserción a sus tareas diarias (ambulatorias), debido a las mínimas complicaciones que se pueden llegar a presentar.
 - Invasivos: son procedimientos realizados por un profesional de la medicina ya que cuentan con los conocimientos necesarios para actuar en caso que se presente alguna complicación. A diferencia de los anteriores, en este tipo de tratamiento el cuerpo puede ser agredido químicamente, mecánicamente, mediante inyecciones intradérmicas o subcutáneas, o a partir de la implementación de instrumental quirúrgico con el propósito de mejorar estéticamente alguna parte del cuerpo o rostro.
- A este tipo de tratamientos también se los conoce como cirugías estéticas.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, se procederá a realizar una breve descripción de los tratamientos correspondientes al área de la Medicina estética que se consideraran para la evaluación de esta investigación, en su mayoría se tratan de tratamientos no invasivos o mini invasivos:

1. Peeling: también conocido como exfoliación química, es una técnica terapéutica tópica que consiste en la destrucción de distintas capas de la piel como la epidermis o dermis papilar. La profundidad de su accionar dependerá de la aplicación de un

producto caustico o corrosivo como ácidos salicílicos, mandelico, glicólico, cítrico, entre otros, también de la utilización de aparatología como “punta de diamante”. Es de suma importancia que antes de la aplicación de un producto se tome en consideración la evaluación del caso particular del paciente ya que, dependiendo la sustancia se obtendrá un efecto u otros. El objetivo de este tratamiento es conseguir la renovación de la piel, obteniendo un mejor aspecto y cualidades cosméticas. De hecho, es indicado para mejorar pieles fotoenvejecidas atenuar las líneas de expresión y arrugas, también como despigmentante eliminando las manchas, como modulador de secreción sebácea y comedolítica. (Bosch y Sales, s.f.).

2. Plasma rico en plaquetas: es una suspensión concentrada de la sangre centrifugada que contiene elevadas concentraciones de trombocitos, es usualmente indicado para mejorar cicatrización de heridas, para la detención de cabello y para mejorar el fotoenvejecimiento (González, 2006).
3. Mesoterapia: es un proceso terapéutico que consisten en aplicar microinyecciones, vía intradérmica a partir de la técnica conocida como “nappage”. De esta manera se depositan pequeñas dosis de medicamentos en el área a trabajar como la facial o corporal. Sirve para tratar la flacidez y en el área capilar trabaja en la disminución de caída de cabello. (Seguí y Echeverría, 2008).
4. Relleno: hay de distintos tipos, talvez el más conocido es el ácido hialuronico, su aplicación tiene como finalidad la disminución de las líneas de expresión y arrugas faciales. También permite el aumento de labios y para tratamientos de Rinomodelación (Erazo et al., 2009)
5. Toxina Botulínica: la realización de este tratamiento es de los más solicitados en la actualidad, consisten en la aplicación de toxina botulínica, generalmente en el área facial, bloqueando la contracción muscular de regiones donde se forman las arrugas

como, por ejemplo, el tercio superior de la cara, las conocidas patas de gallo, el entrecejo, para atenuar los músculos que permiten una sonrisa gingival e inclusive para tratar la hiperhidrosis (Maio et al., 2008).

6. Hilos tensores faciales y corporales: la aplicación de hilos tanto en el área facial como corporal, surge con el autor Buttkewitz (1956, citado en Tejero 2016) y consiste, como el nombre lo indica en la suspensión, elevación, reposición de los tejidos blandos.
7. Ultracavitación: Es un procedimiento que se realiza en zonas con adiposidad localizada como: abdomen, espalda, brazos, cadera y cara interna de los muslos. Para ello, se utiliza un gel conductor que permite trabajar cómodamente con el cabezal del equipo directamente sobre la piel (Ronzio, 2012). Consiste en la destrucción de adipocitos o células grasas a partir de la utilización de una frecuencia de vibración con cierta potencia generando así, el estallido o la implosión de la estructura de estas células grasas. Esta implosión favorece la rotura de las grasas, liberándolas en cadenas más cortas, en forma de ácidos grasos y glicerol, que posteriormente se eliminan a través del sistema linfático. Si bien no es un tratamiento invasivo, no se recomienda su indicación a paciente con problemas hepáticos o renales (Froes Meyer, 2009).
8. Ultrasonido: consisten en la utilización de aparatología que trabaja con ondas de baja frecuencia controlada generando cambios de presión en el tejido intersticial del tejido graso. Estas ondas crean una rápida disminución y aumento de presión, que destruye las células grasas depositada y mejora la microcirculación a nivel de tejido adiposo, que a su vez mejora la apariencia de la celulitis disminuyéndola (Montory, 2017).
9. Carboxiterapia: es un método terapéutico utilizado para tratar la adiposidad localizada, estrías y la disminución de fibrosis. El tratamiento consiste en la infiltración terapéutica de CO₂ con la que se podrá lograr cambios a nivel

microcirculatorio al aumentar la irrigación sanguínea y la fractura adipositaria (destrucción y movilización de los adipocitos incrustados en el tejido, mejorando el aspecto cutáneo y reduciendo la consistencia del tejido adiposo) (Torres Pinto, 2017).

10. Radiofrecuencia: es un tratamiento que consiste en el uso de aparatología que emite ondas eléctricas de micro-impulsos provocando la elevación de la temperatura de la dermis papilar de forma profunda y controlada, esto genera un aumento de celularidad y acumulación de sustancias intercelulares que envían elementos regeneradores a la zona trabajada para rejuvenecer los tejidos de forma natural. Los beneficios de este tratamiento consisten en la estimulando la circulación sanguínea, así como la formación de colágeno y elastina, sustancias esenciales para conservar la piel tersa y joven. Es un tratamiento recomendado para celulitis y flacidez (Alvarez et al., 2008).
11. Hidrolipoclacia. El término proviene del griego *Úopo*, que significa agua, *lipo* proviene de *λίττος* que significa grasa y *clasia*, un sufijo que significa romper o estallar; es una técnica para el moldeado corporal que consiste en la infiltración de un líquido estéril en el tejido graso con la subsecuente aplicación de ultrasonido para generar lipólisis. Es una técnica segura y simple para el tratamiento de adiposidad localizada. (Eraso, 2011)
12. Lipolisis química: es un procedimiento en el que se logra la destrucción del tejido adiposo o de grasa localizada con el uso de fosfatidilcolina aplicándola con una infiltración subcutánea donde la sustancia es inyectada directamente en la grasa y se logran excelentes resultados clínicos en la reducción de la adiposidad localizada. Este tipo de tratamiento es permitido en zonas como el abdomen, cintura, flancos, caderas, infraglúteos, parte interna de muslos y de rodillas, infraescapular, pre- axilar y parte interna de brazos. (Romero y Serrano, 2012)

13. Subsición: tratamiento indicado para mejorar celulitis y cicatrices de acné. Es considerado un tratamiento ambulatorio ya que el paciente puede reanudar su actividad laboral y social de forma inmediata. El procedimiento consiste en romper la base de la cicatriz, liberando los tractos fibrosos que anclan la cicatriz a la profundidad. Para que esto suceda, primero se aplica anestesia local en la zona a trabajar, seguidamente se introduce una aguja llamada Nokor, la profundidad de la inserción dependerá de la cicatriz. Una vez insertada la aguja se realizan movimientos de tunelización, adelante – atrás, seguido de una rotación horizontal de la aguja buscando romper los tractos fibrosos que causan la depresión de la piel. En la actualidad también se incorpora el uso de Relleno de Ac. Hialuronico para rellenar la zona trabajada a fin de prolongar los resultados (Goodman, 2007; Hession y Graber, 2015).
14. Laser: es un tratamiento que consiste en la implementación de fuentes de luz monocromáticas, unidireccionales y de alto brillantes. Existen distintos tipos utilizados en el área estética como el Co2, el Diodos, el de ND- YAG, alejandrita, entre otros y cada tipo emite una determinada longitud de onda que influye en la penetración del láser y la acción terapéutica. Los usos más conocidos en tratamientos estéticos son depilación definitiva, mejoramiento de estrías, rejuvenecimiento facial, eliminación de varices, inclusive en tratamientos gineco- estéticos como la incontinencia urinaria, también se ha demostrado su utilización en procedimientos quirúrgicos (Martínez y Trelles, 2010).
15. IPL (Luz Intensa Pulsada): Se trata de un tipo especial de lámpara de flash que, a diferencia del láser, emite un haz policromático de alta intensidad, no coherente ni colimado, con longitudes de onda en el espectro visible e IR cercano (515-1200nm). Se puede indicar este tratamiento para la depilación

definitiva, eliminación de manchas, venitas o textura cutánea rugosa, mejorar poros dilatados, pieles rosáceas, arrugas y así mejorar globalmente la calidad de la piel al estimular la formación de colágeno (Martínez y Treller, 2010).

En base a lo expuesto hasta el momento, se puede decir que existe una gran variedad de tratamientos destinados a embellecer. De hecho, según el informe de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS), Argentina ocupa el puesto 12 entre los países con mayor número de intervenciones por año. Además, en el informe de la Sociedad Americana para la Cirugía Plástica Estética (ASAPS) publicado en 2019, se expuso un cuadro que refleja el porcentaje aumentado o disminuido de tratamientos realizados entre 2015 y 2019, a continuación, podrá observarlo:

Tabla 1
Informe de ASAPS

Procedimientos no quirúrgicos	Ranking	Cambio de porcentaje entre el 2019 y 2018	Cambio de porcentaje entre el 2019 y 2015
Inyectable			
Toxina Botulínica	1	-4.9%	17.8%
Ácido Hidroxiapatita	8	9.3%	-46.2%
Ácido Hialurónico	2	-7.5%	26.4%
Ácido Poliláctico	10	0.2%	-12%
Rejuvenecimiento facial			
Peeling	6	-39.1%	-25.4%
Rejuvenecimiento cutáneo con laser	9	-18%	11.3%
Rejuvenecimiento fraccional	7	71.9%	71.4%
Fotoenvejecimiento (IPL)	5	-26.5%	-10.9%
Otros			
Depilación (Laser o IPL)	3	52.1%	9.4%
Reducción de grasa no quirúrgica	4	-25.6%	-13%

En el informe se añade que incremento entre los años de realización de tratamientos es un 37.6% y tal parece que seguirá en aumento.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio y diseño

En cuanto a la orientación metodológica, se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental ya que, no hay manipulación intencional de la variable independiente. Es un estudio de corte transversal debido a que la compilación de los datos se realizó en un único momento y es de tipo correlacional y descriptivo ya que estudia sistemáticamente una determina población a partir de instrumentos que miden las variables cuantificables. (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

3.2 Muestreo

Es de carácter no probabilístico de tipo intencional, ya que la selección se produjo en forma aleatoria basándose en un criterio personal e intencional; sin pretender que los casos sean estadísticamente representativos de la población en general (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2014).

3.3 Muestra

La muestra cuenta con un total de 313 adultos mayores de 18 años de ambos géneros del Gran Buenos Aires y C.A.B.A, de los cuales, 93 fueron excluidos ya que no cumplían con los criterios. Tomando en cuenta lo anterior, la muestra final quedó constituida por 220 casos, de los cuales 192 son del sexo femenino y 28 son del sexo masculino.

3.4 Criterios de inclusión

Se incluirán en la muestra, adultos mayores a 18 años, que residan en el Gran Buenos Aires o C.A.B.A, que pertenezcan a cualquier nacionalidad, sexo, nivel educativo, estado civil y que hayan asistido o no a un centro de estética para realizarse tratamientos estéticos.

3.5 Criterios de exclusión.

Se excluirán a los adultos que posean algún diagnóstico de Bulimia, Anorexia o Trastorno dismórfico corporal. También a quienes se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico, psicológico o estén medicados con psicofármacos.

3.6 Instrumentos

- ***Cuestionario sociodemográfico***

Edad, Sexo, Nacionalidad, Estado Civil, Nivel de Educación, Zona de Residencia, Si está en tratamiento psicológico o psiquiátrico, Si lo han diagnosticado con Anorexia, Bulimia o Trastorno Dismórfico Corporal, Si se ha realizado tratamientos estéticos anteriormente, Cuantos tratamientos se ha realizado anteriormente, En que zona se realiza o realizaría con más frecuencia tratamientos y, por último, que tipo de tratamientos faciales o corporales se realiza o realizaría. Respecto a este último punto, cabe aclarar que se seleccionaron solo algunos de los tratamientos estéticos explicados anteriormente, con el propósito que queden distribuidos de forma pareja.

- ***Cuestionario de Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire) [BSQ]***

Cuestionario realizado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) y cuya adaptación al español fue realizada en 1996 por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater. Consta de un total de 34 ítems que miden las alteraciones actitudinales de la imagen corporal, como la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso. Los ítems se contestan a partir de la siguiente consigna: “A continuación, se presentan una serie de ítems, a los que debes valorar con una X en la medida que la afirmación se ajuste a tus sentimientos acerca de tu satisfacción corporal en las últimas 4 semanas” y serán puntuados en base a una escala tipo Likert de 1 a 6 que varía entre “siempre” y “nunca” (nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre y siempre).

En cuanto a la descripción de los factores, el Factor 1 refiere a la Insatisfacción Corporal y lo componen los ítems 1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32.

El Factor 2 alude a la Preocupación por el Peso y se compone de los ítems 2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34.

De la suma total de los ítems, se obtendrá una cifra numérica del cual se establece como punto de corte 105, tomando en cuenta que el puntaje máximo a obtener es de 204 puntos y el mínimo es de 34 punto. Dependiendo de la puntuación obtenida, se pueden establecer cuatro categorías:

- A. < 81: no presenta insatisfacciones por la imagen corporal;
- B. entre 82-110: presenta una leve insatisfacción por la imagen corporal;
- C. entre 111-140: presenta una moderada insatisfacción por la imagen corporal y
- D. > 140: presenta una extrema insatisfacción por la imagen corporal.

En cuanto a la confiabilidad interna del instrumento, el Alfa de Cronbach fue de $\alpha = 0.96$.

- ***Inventario de Personalidad "Big Five" (cinco factores)***

Es un instrumento autoadministrable, construido originalmente por Benet- Martinez y John (1998) y adaptado por Castro Solano & Casullo (2001). El inventario está compuesto por 44 ítems y evalúan cinco grandes rasgos o dimensiones de personalidad:

1. Neuroticismo (N): Evalúa inestabilidad emocional, tendencia a experimentar emociones negativas como miedos, sentimientos de culpa, tristeza, enojo. No debe interpretarse que mide presencia de psicopatología. Esta dimensión está compuesta por los ítems 4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39
2. Extraversión (E): Evalúa la tendencia a comunicarse con las demás personas, a ser asertivos, activos y verbalizadores. Esta dimensión está conformada por los ítems 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R y 36.

3. Apertura a la experiencia (O): Evalúa la presencia de imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección, curiosidad intelectual. los ítems que componen esta dimensión son 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R y 44.
4. Tendencia al acuerdo / Amabilidad (A): Evalúa la capacidad para establecer vínculos psicosociales, el altruismo, la disposición a preocuparse por los demás. Esta dimensión está conformada por 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R y 42
5. Escrupulosidad o Responsabilidad (C): Evalúa la capacidad para controlar los impulsos, actuar con propósitos o metas claras, planificar, organizar y llevar adelante proyectos e ideas. Los ítems que conforman esta dimensión son 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38 y 43R.

La forma de respuesta de este inventario es de escala Likert con 5 opciones de respuesta (en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, neutral, ligeramente de acuerdo y de acuerdo). En la versión original reportan propiedades psicométricas adecuadas: alfa de Cronbach general ($\alpha=.83$) y para cada factor (extraversión $\alpha=.88$, amabilidad $\alpha=.79$, conciencia $\alpha=.82$, neuroticismo $\alpha=.84$, apertura a las nuevas experiencias $\alpha=.81$).

3.7 Procedimiento

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario virtual Google, que se distribuyó utilizando medios de comunicación, como redes sociales y mensajes por WhatsApp. Adjunto al cuestionario se incluyó el consentimiento informado y una leyenda en la que se explicaba que el objetivo de la investigación era la realización de una tesis de grado de la Universidad Abierta Interamericana para la obtención del título de grado en la carrera de la Licenciatura en Psicología. También se informó que la participación era de carácter voluntario y anónimo preservando así la información que dieran.

Previo a la distribución masiva del cuestionario, se realizó una prueba piloto para observar, recabar y responder, dudas, inquietudes o inconvenientes que pudieran surgir en la aplicación

de los cuestionarios. También fue útil para estimar el tiempo de realización, que en este caso fue de 15 a 20 minutos.

3.8 Análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados con el programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versión 22 de IBM.

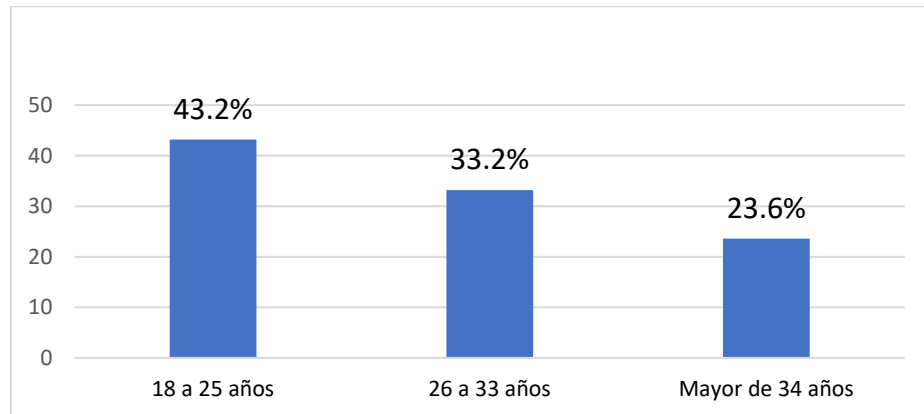
CAPITULO IV

5. RESULTADOS

5.1 Caracterización de la muestra

Figura 1

Distribución de la Variable Edad en la Muestra

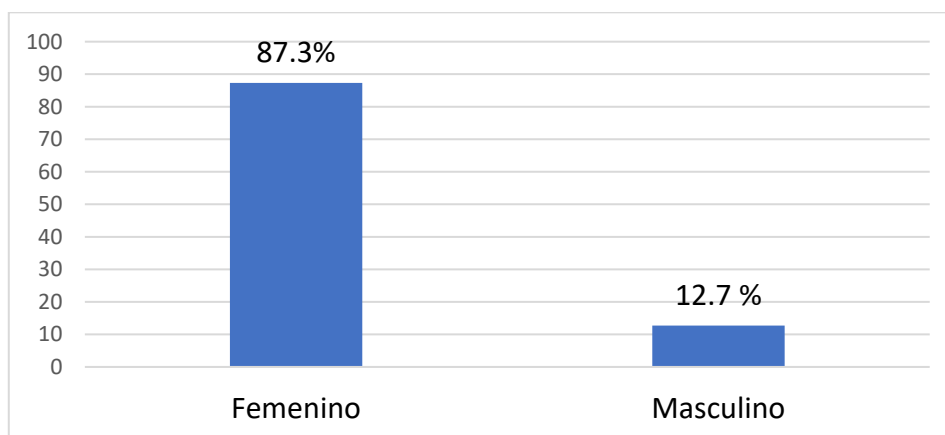


El Gráfico 1 refiere a la variable Edad en su distribución muestral presenta los siguientes valores de Tendencia Central: una Media de 29,80, una Mediana de 27, una Moda de 23. Una Desviación Típica de 9,564 con una Mínima de 18 y un Máximo de 67.

El total de la muestra está compuesta por 220 encuestados que representan el 100%, entre los cuales hay 95 que poseen entre 18 a 25 años y representan el 43,2% de la muestra, por otro lado 73 participantes tienen edades comprendidas entre 26 y 33 años que representan el 33,2% de la muestra; y por último 52 participantes son mayores a 34 años, representando al 23,6% de la muestra.

Figura 2

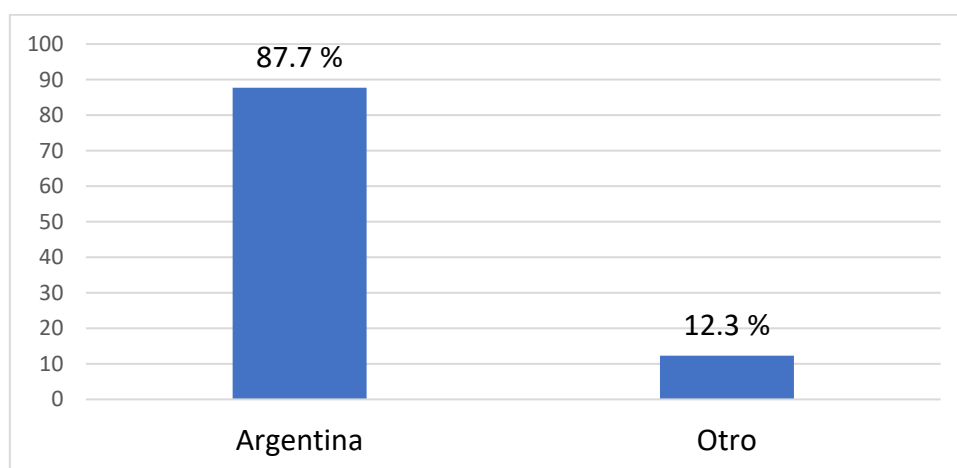
Distribución de la Variable Sexo en la Muestra



El Gráfico 2 representa la distribución muestral en relación al Sexo, de los cuales 192 participantes son del sexo Femenino, que equivalen al 87,3% de la muestra, y 28 participantes son del sexo Masculino, que equivale al 12,7% de la muestra.

Figura 3

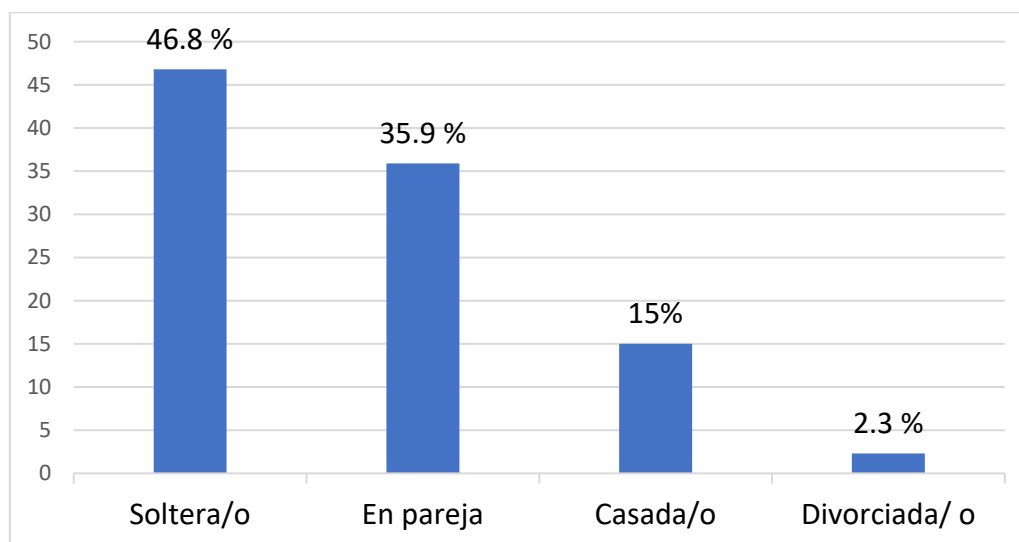
Distribución de la Variable Nacionalidad en la Muestra



El Grafico 3 representa la distribución muestral en relación a la Nacionalidad, de los cuales 193 participantes correspondientes al 87,7% son de Argentina, mientras que el 12,3% restante equivalente a 27 personas son de otra nacionalidad como Bolivia 8, Colombia 6, Venezuela 6, Paraguay 4 Uruguay 2 y Chile 1 persona.

Figura 4

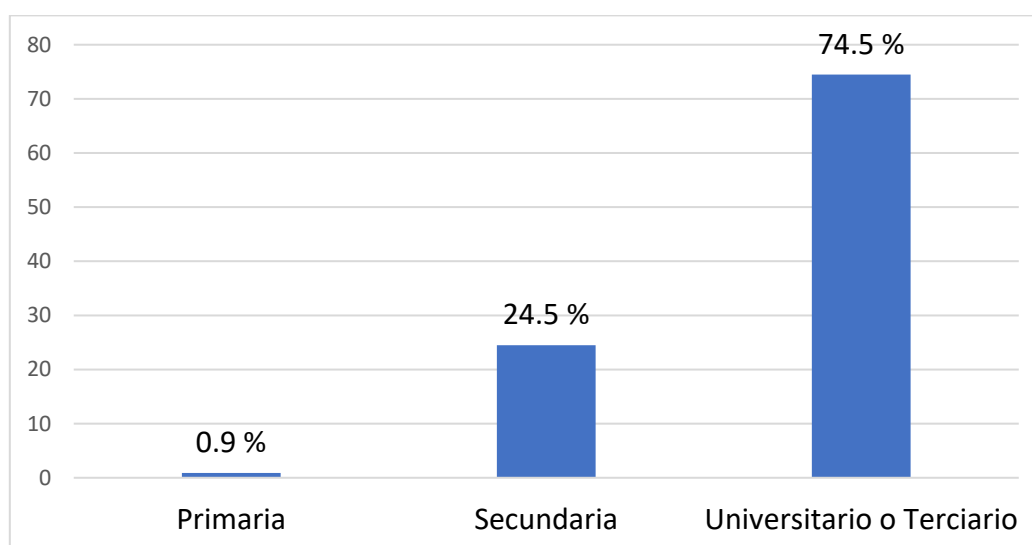
Distribución de la Variable Estado Civil en la Muestra



El Gráfico 4 representa la distribución muestral en relación al Estado Civil, de los cuales 103 participantes son Solteras/os, representando al 46,8% de la muestra; 79 están en pareja, que equivalen al 35,9% de la muestra; 33 participantes se encuentran Casadas/os representando al 15% de la muestra y 5 participantes están Divorciadas/os que equivalen al 2,3% de la muestra.

Figura 5

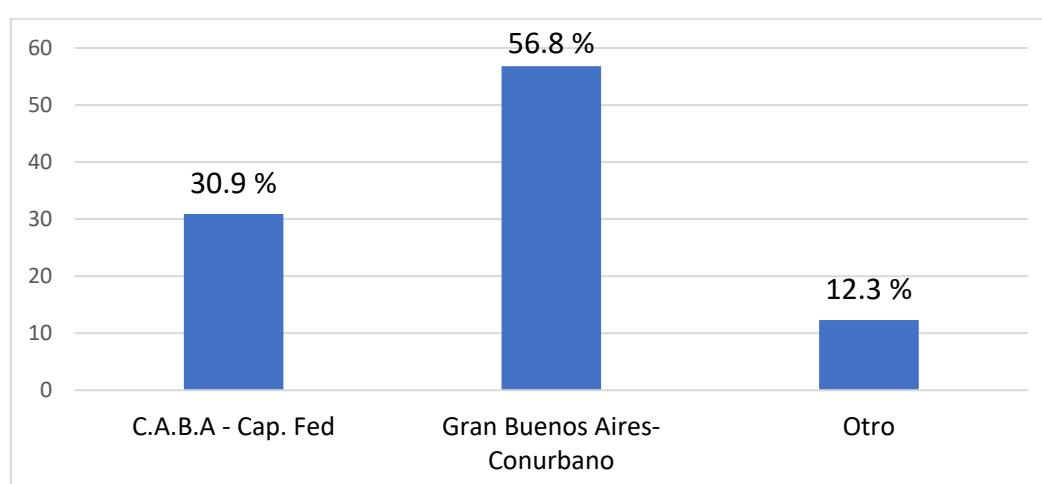
Distribución de la Variable Nivel Educativo en la Muestra



El Gráfico 5 representa la distribución de la variable Nivel de Educación, los participantes con Nivel Primario representan al 0.9% de la muestra, conformado por 0 participantes con Primario Incompleto y 2 participantes con Primario Completo, el Nivel Secundario está representado por el 24.5% de la muestra y está conformado por 17 participantes con Secundaria Incompleta, 37 participantes con Secundaria Completa, por último, el Nivel Universitario o Terciario representa el 74,5% de la muestra y está conformado por 102 participantes con Universitario o Terciario Incompleto y 62 participantes con Universitario o Terciario Completo.

Figura 6

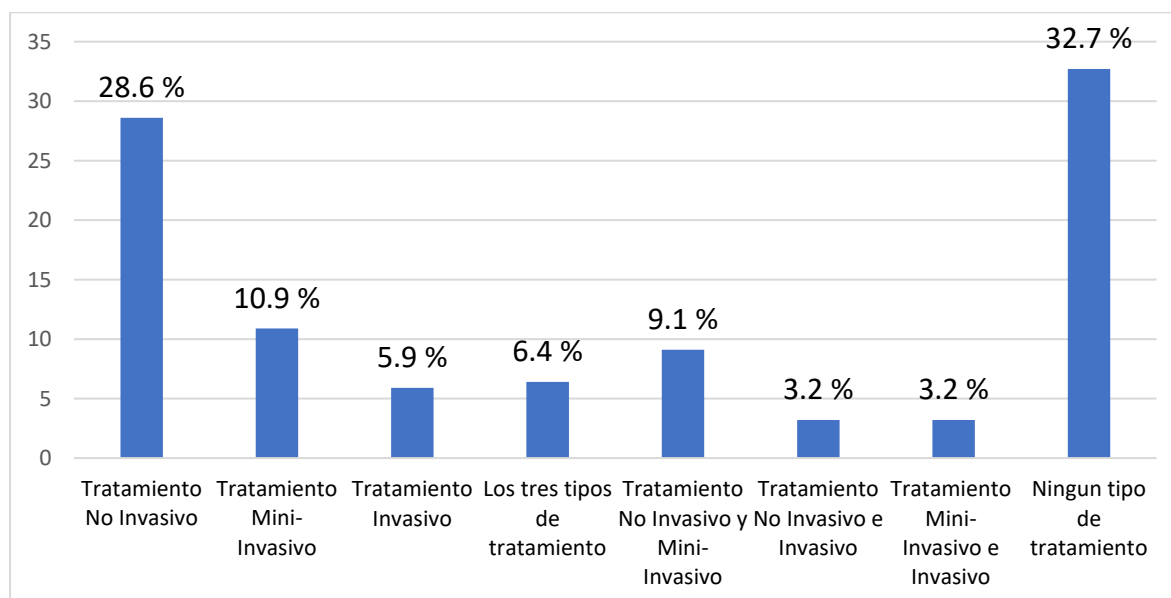
Distribución de la Variable Zona de Residencia en la Muestra



El Gráfico 6 representa la distribución muestral en relación a la Zona de Residencia, de los cuales 68 participantes son de C.A.B.A – Capital Federal representando al 30,9% de la muestra, 125 participantes son de Gran Buenos Aires- Conurbano, que equivalen al 56,8% y 27 participantes son de otra zona, representando por el 12,3% de la muestra.

Figura 7

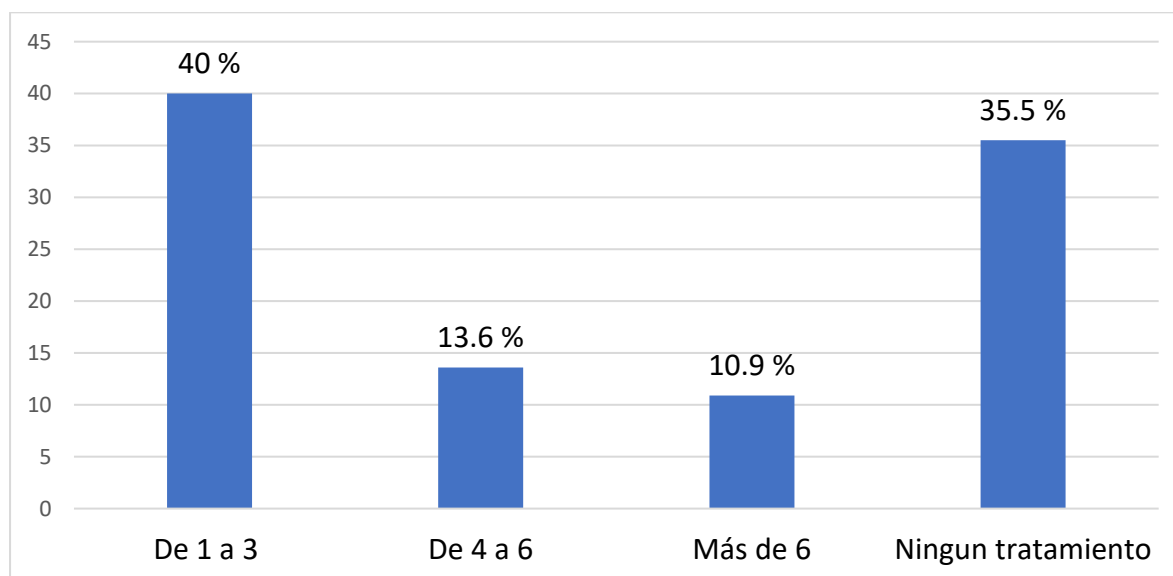
Distribución de la Variable Tipo de Tratamiento Estético



El Grafico 7 representa la distribución muestral en relación al Tipo de Tratamientos Estéticos realizado anteriormente, de los cuales el 67, 3% que equivale a 148 participantes de la muestra total, se han realizado algún tipo de tratamiento. Dentro de los que se han realizado tratamientos estéticos el 28,6% compuesto por 63 participantes solo se han realizado tratamientos estéticos de tipo No Invasivos, el 10,9% equivalente a 24 participantes solo se realizaron tratamientos estéticos de tipo Mini- Invasivos, el 5,9% conformado por 13 participantes solo se han realizado tratamientos estéticos de tipo Invasivo y el 6,4% equivalente 14 participantes se han realizado los tres tipos de tratamiento. Por otra parte, e 9,1% formado por 20 participantes se han realizado tratamientos No Invasivos y Mini-Invasivos, el 3,2% equivalente a 7 personas se han realizado tratamientos No Invasivos e Invasivos, de igual manera sucedió con los participantes que se han realizado tratamientos Mini- Invasivos e Invasivos y, por último, el 32,7% restante conformado por 72 participantes no se han realizado tratamientos estéticos.

Figura 8

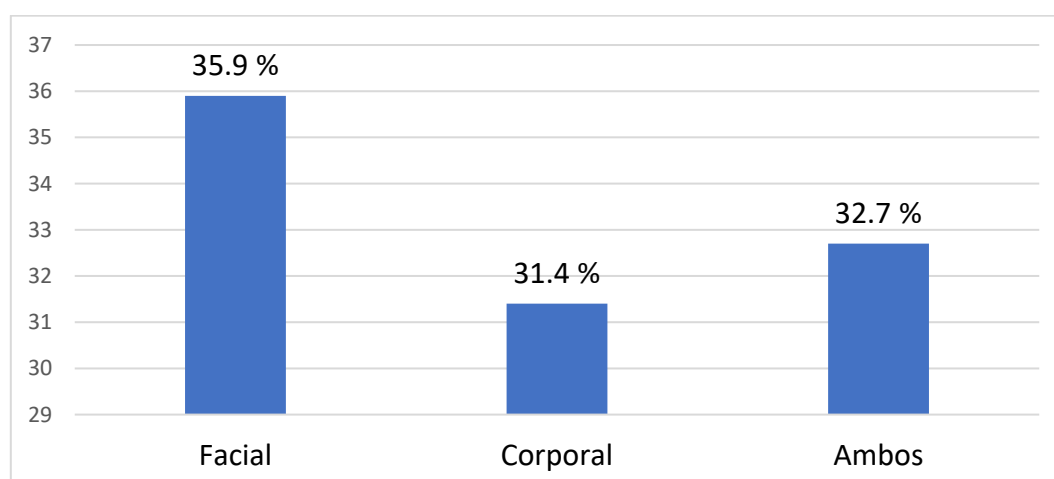
Distribución de la Variable Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados Anteriormente



El Grafico 8 representa la distribución muestral en relación a la Cantidad de Tratamientos Estéticos realizados anteriormente, de los cuales el 40% equivalente a 88 participantes se han realizados entre 1 a 3 tratamientos, el 13,6% conformado por 30 participantes se ha realizado entre 4 a 6 tratamientos estéticos, el 10,9% compuesto por 24 participantes se han realizado más de 6 tratamientos y el 35,5% equivalente a 78 participantes no se han realizado tratamientos estéticos.

Figura 9

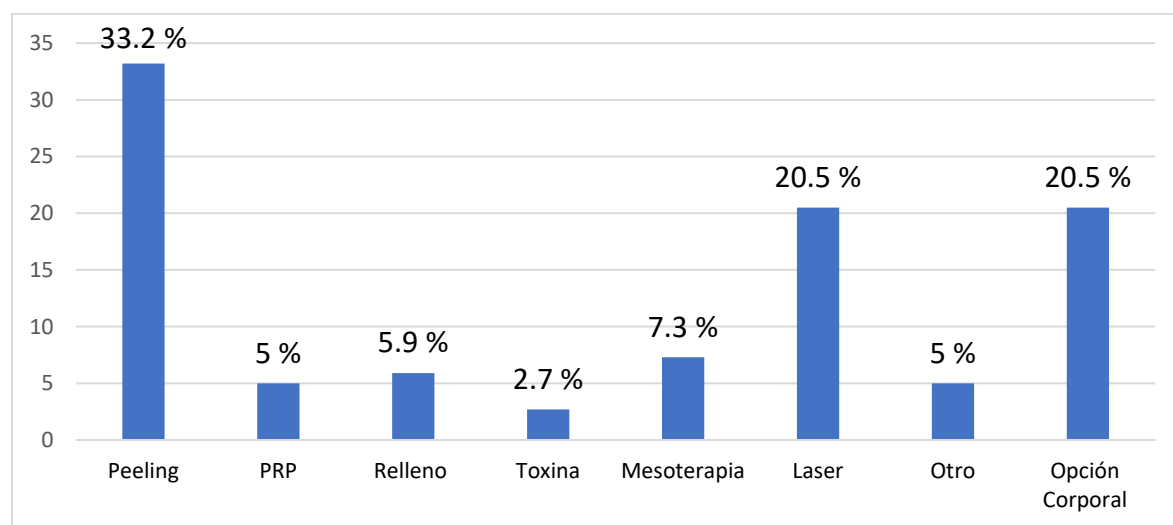
Distribución de la Variable Elección de Zona de Tratamiento Estético



El Grafico 9 representa la distribución muestral en relación a la Elección de Zona de Tratamiento Estético, de los cuales 79 participantes que equivalen al 40% de la muestra elegiría realizarse un tratamiento estético en la zona Facial, 69 participantes que conforman el 31,4% elegirían realizarse un tratamiento estético en la zona Corporal y 72 participantes equivalentes al 32,7% de la muestra optaría por realizarse un tratamiento en ambas zonas.

Figura 10

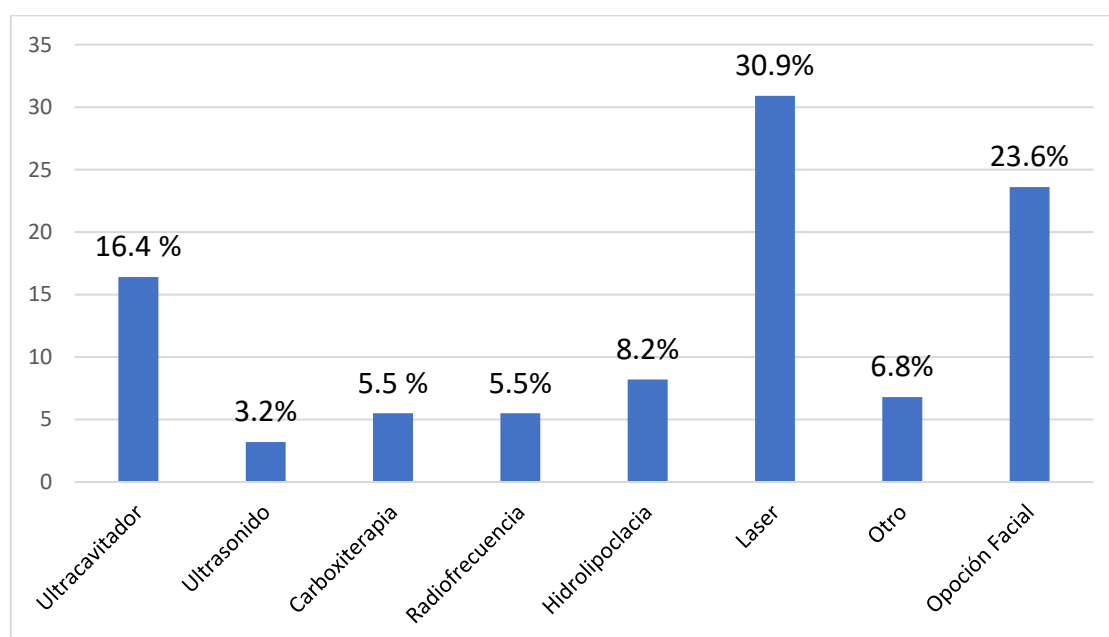
Distribución de la Variable Tratamientos Estéticos en Zona Facial



El Grafico 10 representa la distribución muestral en relación al Tratamiento Estético en la Zona Facial, de los cuales el 33,2% equivalente a 73 participantes se realizaron o realizarían el tratamiento Peeling, el 5% correspondiente a 11 participantes se realizaron o realizarían el tratamiento de Plasma Rico en Plaquetas (PRP), el 5,9% compuesto por 13 personas se realizaron o realizarían el tratamiento de Relleno, el 2,7% correspondiente a 6 participantes se realizó o realizaría el tratamiento de Toxina, el 7,3% equivalente a 16 personas se realizó o realizaría el tratamiento de Mesoterapia, el 20,5% compuesto por 45 participantes se realizó o realizaría el tratamiento de Laser, el 5%equivalente a 11 participantes de la muestra optarían por otro tipo de tratamiento facial y 45 participantes correspondientes al 20,5% eligieron la opción de tratamientos corporales.

Figura 11

Distribución de la Variable Tratamiento Estético en Zona Corporal



El Grafico 11 representa la distribución muestral en relación al Tratamiento Estético en la Zona Corporal, donde el 16,4% equivalente a 36 participantes se realizaron o realizarían el tratamiento Ultracavitador, el 3,2% correspondiente a 7 participantes se realizaron o realizarían el tratamiento Ultrasonido, el 5,5% compuesto por 12 personas se realizaron o realizarían el tratamiento de Carboxiterapia, de igual manera sucede con quienes se realizaría Radiofrecuencia, el 8,2% correspondiente a 18 participantes se realizó o realizaría el tratamiento de Hidrolipoclastia, el 30,9% equivalente a 68 participantes se realizó o realizaría el tratamiento de Laser, el 6,8% correspondiente a 15 participantes de la muestra optarían por otro tipo de tratamiento corporal y 52 participantes correspondientes al 23,6% eligieron la opción de tratamientos faciales.

5.2 Confiabilidad de la muestra

Respecto a la fiabilidad de los instrumentos utilizados en la presente investigación con una muestra total de 220 participantes. El instrumento el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,958$, representando un muy buen nivel

consistencia interna, lo mismo sucedió como sus factores, en el caso del Factor1 Insatisfacción Corporal se obtuvo un coeficiente de Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,925$ y el Factor2 Preocupación por el peso su Alpha de Cronbach fue de $\alpha = 0,923$. Por otra parte, la fiabilidad del instrumento de Inventario de Personalidad “Big Five” arrojó un coeficiente de Alpha de Cronbach de $\alpha = 0,708$ que representa un mínimo aceptable para la consistencia interna del instrumento. Sus dimensiones obtuvieron los siguientes coeficientes de Alpha de Cronbach: Neuroticismo $\alpha = 0,813$, Extraversión $\alpha = 0,798$, Apertura a la Experiencia $\alpha = 0,738$, Agradabilidad $\alpha = 0,699$ y Responsabilidad $\alpha = 0,814$.

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos de los Cuatro Niveles de Insatisfacción Corporal

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta Insatisfacción	96	43.6%
Leve Insatisfacción	60	27.3%
Moderada Insatisfacción	42	19.1%
Extrema Insatisfacción	22	10%

Tabla 3

Estadísticos Descriptivos de las Dimensiones y Factores

	Media	Desv. Típica
BSQ Total	92.62	34.23
Factor 1 Insatisfacción Corporal	46.80	18.71
Factor 2 Preocupación por el Peso	45.82	16.75
Neuroticismo	22.53	5.60
Extraversión	21.68	5.31
Apertura a la Experiencia	23.80	5.49
Agradabilidad	20.43	4.69
Responsabilidad	22.87	5.96

5.3 Cruce de Variables

5.3.1 Análisis de Normalidad

Tabla 4

Prueba de Normalidad de Factores del BSQ y Dimensiones del Big Five

Variables	Sig.
BSQ Total	.001
BSQ Factor 1: Insatisfacción corporal	.000
BSQ Factor2: Preocupación por el peso	.027
Neuroticismo	.002
Extraversión	.017
Apertura a la Experiencia	.017
Agradabilidad	.000
Responsabilidad	.000

Nota: Estadístico utilizado Kolmogorov - Smirnov

La prueba de normalidad para BSQ Total, como para sus factores Insatisfacción Corporal y Preocupación por el Peso muestra que se distribuyen de manera anormal. De igual manera sucedió con las dimensiones de la variable Rasgos de Personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Agradabilidad y Responsabilidad, ya que se distribuyeron de manera anormal.

5.3.2 Análisis de Correlación entre la Variable Insatisfacción con la Imagen Corporal y Rasgos de la Personalidad

Tabla 5

Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ

	BSQ Total		Factor 1 Insatisfacción Corporal		Factor 2 Preocupación por el peso	
	Coef	Sig.	Coef	Sig.	Coef	Sig.
Neuroticismo	-.454**	.000	-.463**	.000	-.417**	.000
Extraversión	.297**	.000	.322**	.000	.258**	.000
Apertura a la Experiencia	.061	.368	.058	.389	.067	.320
Agradabilidad	.112	.096	.122	.071	.099	.143
Responsabilidad	.246**	.000	.267**	.000	.218**	.001

Nota: prueba utilizada Rho de Spearman. **la correlación bilateral es significativa al nivel de 0,01.

Se encontraron relaciones significativas entre los Factores de Imagen Corporal y los Rasgos de Personalidad. Neuroticismo obtuvo una correlación moderada e inversa con BSQ Total (Rho= -0.454 p<0.000), con Insatisfacción Corporal (Rho= -0.463 p<0.000) y con Preocupación por el Peso (Rho= -0.417 p<0.000). En el caso de Extraversión tuvo una correlación directa y débil con BSQ Total (Rho= 0.297 p<0.000), con Insatisfacción corporal (Rho= 0.322 p<0.000) y con Preocupación por el Peso (Rho= 0.258 p<0.000). Por último, la dimensión Responsabilidad tuvo correlación débil y directa con BSQ Total (Rho= 0.246 p<0.000), con Insatisfacción Corporal (Rho= 0.267 p<0.000) y con Preocupación con el Peso (Rho= 0.218 p<0.001).

5.3.3 Análisis de Correlación en función a variables sociodemográficas

Tabla 6

Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ en Base al Estado Civil

		BSQ Total		Factor 1 Insatisfacción Corporal		Factor Preocupación por el Peso	
		Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Con Pareja	N	-.433**	.000	-.437**	.000	-.399	.000
	E	.229*	.015	.245**	.009	.217*	.022
	AP	.041	.668	.066	.488	.019	.843
	A	.043	.656	.073	.443	.014	.886
	R	.160	.093	.172	.070	.144	.131
Sin Pareja	N	-.478**	.000	-.490**	.000	-.420**	.000
	E	.370**	.000	.394**	.000	.296**	.002
	AP	.087	.372	.046	.638	.109	.260
	A	.180	.062	.166	.086	.186	.054
	R	.336**	.000	.357**	.000	.286**	.003

Nota: el estadístico utilizado fue Rho de Spearman, en la variable Estado Civil. **la correlación bilateral es significativa en el nivel de 0.01 y * la correlación es significativa en el nivel de 0.05

Se encontraron relaciones significativas en participantes, que se encuentran en pareja. La dimensión Neuroticismo correlaciono de forma inversa y moderada con BSQ Total (Rho= -0.433 p<0.000) e Insatisfacción Corporal (Rho= -0.437 p< 0.000). La dimensión Extraversión tuvo una relación directa y débil con BSQ Total (Rho=0.229 p< 0.015), Insatisfacción Corporal (Rho=0.245 p<0.009) y Preocupación por el Peso (Rho=0.217 p<0.022).

En el caso de los participantes que se encuentran sin pareja, se obtuvo correlación significativa, moderada e inversa entre la dimensión Neuroticismo con BSQ Total (Rho=-0.478 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.490 p< 0.000) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.420 p< 0.000). La dimensión Extraversión tuvo una correlación débil y directa con BSQ Total (Rho= 0.370 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho=0.394 p< 0.000) y Preocupación por el peso (Rho= 0.296 p< 0.002). La dimensión Responsabilidad obtuvo una correlación débil y directa con las variables BSQ Total (Rho= 0.336 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho=0.357 p< 0.000) y Preocupación por el Peso (Rho=0.286 p< 0.003).

Tabla 7*Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ según Zona de Residencia*

		BSQ Total		Factor 1 Insatisfacción Corporal		Factor 2 Preocupación por el Peso	
		Coef	Sig	Coef	Sig	Coef	Sig
C.A.B.A Capital Federal	N	-.523**	.000	-.521**	.000	-.473**	.000
	E	.419**	.000	.424**	.000	.366**	.002
	AP	.064	.606	.033	.788	.064	.602
	A	.158	.198	.181	.140	.101	.370
	R	.387**	.001	.393**	.001	.366**	.002
Gran Bs. As Conurbano	N	-.472**	.000	-.486**	.000	-.434**	.000
	E	.252**	.005	.281**	.002	.219*	.014
	AP	.143	.111	.132	.143	.153	.089
	A	.145	.107	.131	.145	.161	.073
	R	.151	.093	.169	.060	.131	.146
Otro	N	-.119	.554	-.170	.396	-.033	.872
	E	.150	.455	.198	.321	.076	.705
	AP	-.168	.403	-.162	.418	-.129	.522
	A	-.247	.214	-.170	.397	-.335	.088
	R	.167	.405	.233	.243	.076	.705

Nota: el estadístico utilizado fue Rho de Spearman, en la variable Zona de Residencia segmentada. **la correlación bilateral es significativa en el nivel de 0.01 y * la correlación es significativa en el nivel de 0.05

Se encontró relación significativa en la correlación entre las dimensiones de rasgos de Personalidad y los Factores del BSQ en base a la muestra que residen en Capital Federal, las variables BSQ Total (Rho= -0.523 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.521 p< 0.000) y Preocupación por el peso (Rho= -0.473 p<0.000) correlacionaron de manera inversa y moderada con Neuroticismo. La dimensión Extraversión correlaciono de manera moderada y directa con BSQ Total (Rho=0.419 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho=0.424 p< 0.000) y Preocupación por el Peso (Rho=0.366 p< 0.002). La dimensión Responsabilidad correlaciono de manera débil y directa con BSQ Total (Rho=0.387 p< 0.001), Insatisfacción Corporal (Rho=0.393 p< 0.001) y Preocupación por el Peso (Rho=0.366 p< 0.002).

Los residentes del Conurbano de Buenos Aires presentaron relación significativa de manera inversa y moderada entre la variable Neuroticismo y BSQ Total ($Rho = -0.472$ $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal ($Rho = -0.486$ $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso ($Rho = -0.434$ $p < 0.000$). La dimensión Extraversión correlaciono de manera directa y débil con BSQ Total ($Rho = 0.252$ $p < 0.005$), Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.281$ $p < 0.002$) y Preocupación por el Peso ($Rho = 0.219$ $p < 0.014$).

Tabla 8

Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ según Tipo de Tratamiento Estético

Tipo de Tratamiento		N	E	AP	A	R
No invasivo	BSQT	-.495**	.587**	.191	.031	.410**
	Factor1	-.452**	.608**	.144	.018	.426**
	Factor2	-.498**	.556**	.216	.036	.391**
Mini Invasivo	BSQT	-.523**	.042	-.081	-.012	.224
	Factor1	-.491*	.012	-.098	-.112	.152
	Factor2	-.491*	.067	-.017	.038	.294
Invasivo	BSQT	.131	.123	.152	.158	-.121
	Factor1	.108	.299	.116	.279	-.022
	Factor2	.194	-.047	.267	.071	-.319
Los 3 tipos	BSQT	-.459	.274	.165	.105	.243
	Factor1	-.641*	.480	.169	.284	.238
	Factor2	-.243	.027	.138	-.023	.117
No invasivos y mini invasivos	BSQT	-.511*	.398	.114	.198	.407
	Factor1	-.477*	.314	-.001	.184	.283
	Factor2	-.558*	.527*	.252	.236	.458*
No invasivos e invasivos	BSQT	-.018	.143	-.414	.222	.109
	Factor1	-.018	.143	-.414	.222	.109
	Factor2	.054	.071	-.306	.222	-.145
	BSQT	-.214	.541	.143	.252	-.107
	Factor1	-.321	.703	.286	.342	.000

Mini invasivo e invasivos	Factor2	.321	-.108	-.571	-.414	-.536
	BSQT	-.535**	.168	-.032	.264*	.187
Ningún tipo	Factor1	-.569**	.196	-.025	.268*	.191
	Factor2	-.472**	.126	-.058	.243*	.176

Nota: el estadístico utilizado fue Rho de Spearman, en la variable Tipo de Tratamiento Estético segmentada. **la correlación bilateral es significativa en el nivel de 0.01 y * la correlación es significativa en el nivel de 0.05

Se encontraron relaciones significativas en la muestra, cuyos participantes se han realizado tratamientos No Invasivos entre la dimensión Neuroticismo, que correlaciono de manera inversa y moderada con BSQ Total (Rho= -0.495 $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.452 $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.498 $p < 0.000$). La dimensión Extraversión se relacionó de manera directa y moderada con BSQ Total (Rho=0.587 $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal (Rho= 0.608 $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso (Rho= 0.556 $p < 0.000$). La dimensión Responsabilidad correlaciono de manera directa y moderada con BSQ Total (Rho=0.410 $p < 0.001$), Insatisfacción Corporal (Rho= 0.426 $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso (Rho= 0.391 $p < 0.002$). Dentro de los participantes que se han realizado Tratamientos Estéticos Mini- Invasivos se encontró relación significativa moderada e inversa entre la dimensión Neuroticismo y BSQ Total (Rho= -0.523 $p < 0.009$), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.491 $p < 0.015$) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.491 $p < 0.015$).

De las personas que se han realizado los tres tipos de Tratamientos Estéticos, se ha encontrado una correlación significativa de manera inversa y fuerte, entre la dimensión Neuroticismo e Insatisfacción Corporal (Rho= -0.641 $p < 0.013$). Los participantes que se han realizado tratamientos No Invasivos y Mini – Invasivos obtuvieron correlación en la dimensión Neuroticismo con BSQ Total (Rho= -0.511 $p < 0.021$), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.477 $p < 0.033$) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.558 $p < 0.011$), la relación fue de manera inversa

y moderada. El factor Preocupación por el peso correlaciono de manera directa y moderada con Extraversión (Rho= 0.527 p< 0.017) y Responsabilidad (Rho= 0.458 p< 0.042).

En el caso de la muestra que no se han realizado Ningún Tratamiento Estético, se obtuvo correlación significativa inversa y moderada en la dimensión Neuroticismo con BSQ Total (Rho= -0.535 p< 0.000), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.569 p< 0.000) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.472 p< 0.000). La dimensión Agradabilidad se relacionó de manera directa y débil con BSQ Total (Rho=0.264 p< 0.025), Insatisfacción Corporal (Rho=0.268 p< 0.023) y Preocupación por el Peso (Rho=0.243 p< 0.040).

Tabla 9

Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores de BSQ en Base a Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados

Cantidad de tratamientos		BSQ Total		Factor1 Insatisfacción Corporal		Factor2 Preocupación por el Peso	
		Coef	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
De 1 a 3	N	-.347**	.001	-.350**	.001	-.322	.002
	E	.526**	.000	.527**	.000	.481**	.000
	AP	.068	.529	.049	.648	.102	.343
	A	-.136	.208	-.102	.343	-.153	.154
	R	.280**	.008	.296**	.005	.260*	.014
De 3 a 6	N	-.376*	.041	-.296	.113	-.262	.162
	E	.051	.790	.074	.699	-.128	.501
	AP	.214	.256	.214	.257	.229	.223
	A	.001	.997	.025	.896	-.054	.775
	R	.144	.449	.207	.272	.031	.870
Más de 6	N	-.596**	.002	-.582**	.003	-.613**	.001
	E	.352	.092	.430*	.036	.283	.179
	AP	.362	.082	.303	.150	.373	.073
	A	.535**	.007	.437*	.033	.549**	.005
	R	.540**	.006	.536**	.007	.512*	.011
Sin Tto. Estético	N	-.549**	.000	-.582**	.000	-.480**	.000
	E	.205	.071	.229*	.043	.170	.137

AP	-.061	.597	-.057	.619	-.097	.397
A	.281*	.013	.295**	.009	.266*	.019
R	.131	.253	.148	.196	.103	.370

Nota: el estadístico utilizado fue Rho de Spearman, en la variable Cantidad de tratamiento estéticos realizados segmentada. **la correlación bilateral es significativa en el nivel de 0.01 y * la correlación es significativa en el nivel de 0.05

Se encontraron relaciones significativas en la muestra de participantes se habían realizado entre 1 a 3 tratamientos estéticos en la dimensión Neuroticismo, que correlaciono de manera inversa y débil con BSQ Total (Rho= -0.347 $p < 0.001$) y con Insatisfacción Corporal (Rho= -0.350 $p < 0.001$). La dimensión Extraversión se correlaciono de manera directa y moderada con BSQ Total (Rho= 0.526 $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal (Rho= 0.527 $p < 0.000$) y Preocupación por el peso (Rho= 0.481 $p < 0.000$). La dimensión Responsabilidad correlaciono de manera directa y débil con BSQ Total (Rho= 0.280 $p < 0.008$), Insatisfacción Corporal (Rho= 0.296 $p < 0.005$) y Preocupación por el Peso (Rho= 0.260 $p < 0.014$).

De los participantes que se han realizado entre 4 a 6 tratamientos estéticos se tuvo correlación significativa con la dimensión Neuroticismo de manera inversa y moderada con BSQ Total (Rho= -0.376 $p < 0.041$). En los participantes que se han realizado más de 6 tratamientos estéticos la correlación significativa, fue la dimensión Neuroticismo de manera inversa y moderada con BSQ Total (Rho= -0.596 $p < 0.002$), Insatisfacción Corporal (Rho= -0.582 $p < 0.003$) y con Preocupación por el Peso (Rho= -0.613 $p < 0.001$). La dimensión Extraversión correlaciono significativamente de manera directa y moderada con Insatisfacción Corporal (Rho= 0.430 $p < 0.036$). La dimensión Agradabilidad correlaciono de manera directa y moderada con BSQ Total (Rho= 0.535 $p < 0.007$) y Preocupación de Peso (Rho= 0.549 $p < 0.005$). Con la dimensión Responsabilidad se correlaciono de manera directa y moderada BSQ Total (Rho= 0.540 $p < 0.006$).

En los participantes que no se realizaron tratamientos la correlación significativa fue entre la dimensión Neuroticismos y BSQ Total (Rho= -0.549 $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal

(Rho= -0.582 $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso (Rho= -0.480 $p < 0.000$) en ambos casos fue de manera inversa y moderada. También se obtuvo correlación entre Agradabilidad y BSQ Total (Rho= 0.281 $p < 0.013$), Insatisfacción Corporal (Rho= 0.295 $p < 0.009$) y Preocupación por el Peso (Rho= 0.266 $p < 0.019$) en todas fue de manera directa y débil.

Tabla 10

Correlación entre Rasgos de Personalidad y Factores del BSQ en base a Zona en la que se Realizarían Tratamiento Estético

Zona de Tratamiento		BSQ Total		Factor 1 Insatisfacción Corporal		Factor 2 Preocupación por el Peso	
		Coef.	Sig.	Coef	Sig.	Coef.	Sig.
Facial	N	-.358**	.001	-.377**	.001	-.325**	.003
	E	.254*	.024	.316**	.005	.183	.106
	AP	.167	.142	.205	.070	.128	.260
	A	-.085	.457	-.049	.669	-.100	.379
	R	.120	.290	.173	.128	.085	.459
Corporal	N	-.469**	.000	-.443**	.000	-.483**	.000
	E	.095	.439	.109	.371	.081	.510
	AP	-.039	.753	-.090	.463	.007	.952
	A	.200	.099	.217	.073	.198	.102
	R	.319**	.007	.317**	.008	.333**	.005
Ambos	N	-.546**	.000	-.585**	.000	-.449**	.000
	E	.502**	.000	.525**	.000	.416**	.000
	AP	.051	.671	.049	.685	.045	.706
	A	.216	.069	.225	.057	.191	.108
	R	.308**	.009	.333**	.004	.264*	.025

Nota: el estadístico utilizado fue Rho de Spearman, en la variable Zona de Tratamiento Estético segmentada. **la correlación bilateral es significativa en el nivel de 0.01 y * la correlación es significativa en el nivel de 0.05

Se encontró en la relación significativa en los participantes que se realizaron o realizarían tratamientos estéticos en la Zona Facial. La dimensión Neuroticismo correlaciono de manera inversa y débil con BSQ Total (Rho= -0.358 $p < 0.001$), Insatisfacción Corporal

($Rho = -0.377$ $p < 0.001$) y Preocupación por el Peso ($Rho = -0.325$ $p < 0.003$). La Extraversión correlaciono de manera directa y débil con BSQ Total ($Rho = 0.254$ $p < 0.024$) e Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.316$ $p < 0.005$).

En el caso de quienes que se han realizado o realizarían tratamientos estéticos en la Zona Corporal se obtuvo correlación significativa entre la dimensión Neuroticismo y BSQ Total ($Rho = -0.546$ $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal ($Rho = -0.585$ $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso ($Rho = -0.0449$ $p < 0.000$) estas correlaciones fueron de manera inversa y moderas. La dimensión Extraversión correlaciono de manera directa y moderada con BSQ Total ($Rho = 0.502$ $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.525$ $p < 0.000$) y Preocupación por el Peso ($Rho = 0.416$ $p < 0.000$). La dimensión Responsabilidad correlaciono de manera directa y débil con BSQ Total ($Rho = 0.308$ $p < 0.009$), Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.333$ $p < 0.004$) y Preocupación por el Peso ($Rho = 0.264$ $p < 0.025$).

Los participantes que optaron por Ambas Zonas se obtuvo correlación significativa entre la dimensión Neuroticismo y BSQ Total ($Rho = -0.546$ $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal ($Rho = -0.585$ $p < 0.000$) y Preocupación por el peso ($Rho = -0.449$ $p < 0.000$) y fue de manera inversa y moderada. La dimensión Extraversión correlaciono de manera directa y moderada con BSQ Total ($Rho = 0.502$ $p < 0.000$), Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.525$ $p < 0.000$) y Preocupación por el peso ($Rho = 0.416$ $p < 0.000$). La Responsabilidad correlaciono de manera directa y débil con BSQ Total ($Rho = 0.308$ $p < 0.009$), Insatisfacción Corporal ($Rho = 0.333$ $p < 0.004$) y Preocupación por el Peso ($Rho = 0.264$ $p < 0.025$).

5.3.3 Análisis de comparación de grupos

Tabla 11

Diferencia entre Factores de BSQ y la Variable Sexo

	Sexo	N	Rango Promedio	Sig.
BSQ Total	Femenino	192	119.33	.000
	Masculino	28	49.98	
Factor 1 Insatisfacción Corporal	Femenino	192	118.74	.000
	Masculino	28	53.96	
Factor 2 Preocupación por el Peso	Femenino	192	119.11	.000
	Masculino	28	51.48	

Nota: Estadístico Utilizado fue U Mann-Whitney

Los resultados expresan que los Factores de BSQ obtuvieron una significación menor a 0.05, indicando diferencia significativa. En los tres casos el Sexo femenino obtuvo un Rango Promedio mayor en (BSQ Total = 119.33, Insatisfacción Corporal = 118.74 y Preocupación por el Peso = 119.11)

Tabla 12

Diferencia entre los Factores de BSQ y la Variable Edad

	Rango de Edad	N	Rango Promedio	Sig.
BSQ Total	18 a 25	95	123.83	0.018
	26 a 33	73	96.27	
	Más de 34	52	106.13	
Factor 1 Insatisfacción Corporal	18 a 25	95	126.77	0.003
	26 a 33	73	94.19	
	Más de 34	52	103.67	
Factor 2 Preocupación por el Peso	18 a 25	95	120.22	0.096
	26 a 33	73	98.86	
	Más de 34	52	109.09	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La Insatisfacción Corporal obtuvo una significación menor a 0.05, indicando diferencia significativa de grupos. El Rango Promedio mayor de la prueba Kruskal Wallis corresponde a las personas con rango de edad de entre 18 a 25 años (Insatisfacción Corporal = 126.77).

Tabla 13

Diferencia entre los Factores del BSQ y la Variable Nacionalidad

	Nacionalidad	N	Rango Promedio	Sig.
BSQ Total	Argentina	193	114.15	.023
	Otro	27	84.44	
Factor 1 Insatisfacción Corporal	Argentina	193	115.48	.002
	Otro	27	74.87	
Factor 2 Preocupación por el Peso	Argentina	193	112.88	.137
	Otro	27	93.46	

Nota: Estadístico Utilizado fue U Mann-Whitney

El estadístico U Mann-Whitney, tuvo una significación menor a 0.05, indicando diferencia de grupo. Personas con nacionalidad argentina tuvieron un Rango Promedio mayor en (BSQ Total = 114.15 y en Insatisfacción Corporal = 115.48).

Tabla 14

Diferencia entre los Factores del BSQ y la Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados

	Cantidad de Tratamientos	N	Rango Promedio	Sig
BSQ Total	De 1 a 3	88	118.78	.182
	De 4 a 6	30	115.13	
	Más de 6	24	115.42	
	Sin tratamiento	78	97.86	
Factor 1 Insatisfacción Corporal	De 1 a 3	88	115.99	.553
	De 4 a 6	30	115.60	
	Más de 6	24	110.10	
	Sin tratamiento	78	102.46	
Factor 2 Preocupación por el Peso	De 1 a 3	88	120.45	0.65
	De 4 a 6	30	112.42	
	Más de 6	24	120.79	
	Sin tratamiento	78	95.37	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

Entre los factores del BSQ y Cantidad de Tratamiento, no se demostró diferencia significativa.

Tabla 15

Diferencia entre Factores de BSQ y Zona de Tratamiento Estético

	Zona de Tratamiento	N	Rango Promedio	Sig.
BSQ Total	Facial	79	96.49	.001
	Corporal	69	103.29	
	Ambos	72	132.78	
Factor 1 Insatisfacción Corporal	Facial	79	97.96	.006
	Corporal	69	104.73	
	Ambos	72	129.79	
Factor 2 Preocupación por el Peso	Facial	79	95.91	.000
	Corporal	69	102.30	
	Ambos	72	134.36	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba Kruskal Wallis obtuvo una significación menor a 0.05, entre Factores del BSQ y Zona de Tratamiento Estético, indicando diferencia de grupos. El Rango Promedio mayor fue en Ambas Zonas (Insatisfacción Corporal = 129.79 y Preocupación por el Peso = 134.36).

Tabla 16

Diferencia entre Niveles de Insatisfacción Corporal y Tratamiento Estético Realizado

Niveles de Insatisfacción	Tratamientos Estéticos Anteriormente		Total
	Si	No	
No Presenta	53	43	96
Leve	49	11	60
Moderada	33	9	42
Extrema	13	9	22

Nota: Estadístico utilizado fue Chi- cuadrado

La significación del Chi- cuadrado fue de 0.002, es decir, menor a 0.05. Esto implica que hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 17*Diferencia entre Niveles de Insatisfacción Corporal y Rasgos de Personalidad*

	Nivel de Insatisfacción Corporal	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	Sin	96	137.05	.000
	Leve	60	112.35	
	Moderada	42	73.87	
	Extrema	22	59.55	
Extraversión	Sin	96	93.95	.000
	Leve	60	102.16	
	Moderada	42	143.04	
	Extrema	22	143.34	
Apertura a la Experiencia	Sin	96	106.91	.585
	Leve	60	112.68	
	Moderada	42	120.61	
	Extrema	22	100.93	
Agradabilidad	Sin	96	105.84	.182
	Leve	60	106.88	
	Moderada	42	111.92	
	Extrema	22	138.00	
Responsabilidad	Sin	96	93.97	.000
	Leve	60	110.81	
	Moderada	42	146.79	
	Extrema	22	112.50	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis obtuvo una significación menor a 0.005, que indica que hay diferencia significativa entre los grupos de Niveles de Insatisfacción Corporal y los Rasgos de Personalidad. Las personas Sin Presencia de Insatisfacción Corporal obtuvieron mayor Rango Promedio en Neuroticismo = 137.05. Los participantes con Extrema Insatisfacción Corporal tuvieron mayor Rango Promedio en Extraversión = 143.34. Por último, los participantes con Moderada Insatisfacción Corporal presentaron mayor Rango Promedio en Responsabilidad = 112.50.

Tabla 18*Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Rango de Edad*

	Rango de Edad	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	18 a 25	95	89.04	.000
	26 a 33	73	121.42	
	Más de 34	52	134.38	
Extraversión	18 a 25	95	129.38	.000
	26 a 33	73	107.41	
	Más de 34	52	80.35	
Apertura a la Experiencia	18 a 25	95	113.37	.764
	26 a 33	73	106.19	
	Más de 34	52	111.30	
Agradabilidad	18 a 25	95	124.69	.007
	26 a 33	73	105.58	
	Más de 34	52	91.49	
Responsabilidad	18 a 25	95	133.40	.000
	26 a 33	73	101.03	
	Más de 34	52	81.95	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis obtuvo una significación menor a 0.05, entre Rasgos de Personalidad y Rangos de Edad esto significa que hay diferencia significativa de grupos. El Rango Promedio mayor para edades comprendidas entre 18 a 25 fue en (Extraversión= 129.38 y Responsabilidad= 133.40). En el caso de Neuroticismo, el Rango Promedio mayor fue para personas con más de 34 años = 134.38.

Tabla 19*Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Sexo*

	Sexo	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismos	Femenino	192	105.10	.001
	Masculino	28	147.50	
Extraversión	Femenino	192	111.51	.537
	Masculino	28	103.57	
Apertura a la Experiencia	Femenino	192	111.86	.407
	Masculino	28	101.20	

Agradabilidad	Femenino	192	108.45	.210
	Masculino	28	124.55	
Responsabilidad	Femenino	192	109.67	.612
	Masculino	28	116.20	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis obtuvo una significación menor a 0.05, entre Rasgos de la Personalidad y la variable Sexo. El mayor Rango Promedio fue del sexo Masculino en Neuroticismo =147.50.

Tabla 20

Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Estado Civil

	Estado Civil	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	Soltera/o	103	104.53	.089
	En pareja	79	106.89	
	Casada/o	33	133.27	
	Divorciada/o	5	104.30	
Extraversión	Soltera/o	103	115.62	.423
	En pareja	79	109.09	
	Casada/o	33	103.50	
	Divorciada/o	5	73.50	
Apertura a la Experiencia	Soltera/o	103	110.50	.943
	En pareja	79	108.49	
	Casada/o	33	116.21	
	Divorciada/o	5	104.60	
Agradabilidad	Soltera/o	103	116.17	.166
	En pareja	79	112.87	
	Casada/o	33	92.23	
	Divorciada/o	5	76.80	
Responsabilidad	Soltera/o	103	126.50	.000
	En pareja	79	106.57	
	Casada/o	33	75.23	
	Divorciada/o	5	75.70	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis obtuvo significación menor a 0.05, entre Rasgos de Personalidad y Estado Civil. Existe diferencia significativa entre grupos donde el mayor Rango Promedio fue para las personas solteras en Responsabilidad = 126.50.

Tabla 21*Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Nivel Educativo Alcanzado*

	Nivel Educativo	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	Primaria	2	115.75	.023
	Secundaria	54	89.84	
	Universitario/ Terciario	164	117.24	
Extraversión	Primaria	2	98.25	.014
	Secundaria	54	132.38	
	Universitario/ Terciario	164	103.45	
Apertura a la Experiencia	Primaria	2	97.50	.129
	Secundaria	54	125.65	
	Universitario/ Terciario	164	105.67	
Agradabilidad	Primaria	2	120.75	.034
	Secundaria	54	129.81	
	Universitario/ Terciario	164	104.02	
Responsabilidad	Primaria	2	32.75	.000
	Secundaria	54	144.97	
	Universitario/ Terciario	164	100.10	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis obtuvo una significación menor a 0.05 entre Rasgos de Personalidad y Nivel Educativo Alcanzado, indicando que existe diferencia entre grupos. Para las personas que han alcanzado el nivel educativo de Universidad o Terciario, se obtuvo el mayor Rango Promedio en Neuroticismo= 117.24. En el caso de quienes han alcanzado el nivel Secundario, el mayor Rango Promedio se obtuvo en (Extraversión= 132.38, Agradabilidad= 129.81 y Responsabilidad= 144.97).

Tabla 22*Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Zona de Residencia*

	Zona de Residencia	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	C. A. B. A Cap.Fed	68	115.33	.001
	Conurbano	125	87.03	
Extraversión	C. A. B. A Cap.Fed	68	96.35	.904
	Conurbano	125	97.36	
Apertura a la Experiencia	C. A. B. A Cap.Fed	68	87.94	.096
	Conurbano	125	101.93	
Agradabilidad	C. A. B. A Cap.Fed	68	80.85	.003
	Conurbano	125	105.79	
Responsabilidad	C. A. B. A Cap.Fed	68	79.15	.001
	Conurbano	125	106.71	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis tuvo una significación menor a 0.05 entre Rasgos de Personalidad y Zona de Residencia indicando que hay diferencia entre grupos. El mayor Rango Promedio en personas que residen en C.A.B.A fue en Neuroticismo= 115.33. Para las personas que residen en el Conurbano el mayor Rango Promedio fue en (Agradabilidad = 105.79 y Responsabilidad= 106.71).

Tabla 23*Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados*

	Cantidad de Tratamientos	N	Rango Promedio	Sig.
Neuroticismo	De 1 a 3	88	100.36	.117
	De 4 a 6	30	111.12	
	Más de 6	24	134.21	
	Ninguno	78	114.41	
Extraversión	De 1 a 3	88	116.10	.041
	De 4 a 6	30	83.07	
	Más de 6	24	98.79	
	Ninguno	78	118.33	
Apertura a la experiencia	De 1 a 3	88	117.33	.534
	De 4 a 6	30	100.63	
	Más de 6	24	102.19	
	Ninguno	78	109.15	

Agradabilidad	De 1 a 3	88	112.13	.290
	De 4 a 6	30	113.25	
	Más de 6	24	87.06	
	Ninguno	78	114.81	
Responsabilidad	De 1 a 3	88	119.05	.286
	De 4 a 6	30	103.42	
	Más de 6	24	93.25	
	Ninguno	78	108.89	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis

La prueba de Kruskal Wallis tuvo una significación menor a 0.05 entre Rasgos de Personalidad y Cantidad de Tratamientos Estéticos Realizados, es decir, que existe diferencia entre grupos. En este caso las personas que no se habían realizado ningún tratamiento tuvieron mayor Rango Promedio en Extraversión = 118.33.

Por último, en la **Tabla 24** la prueba Kruskal Wallis aplicada en una muestra segmentada en base a la Variable que indicaba si los participantes se habían realizado o no tratamientos estéticos anteriormente. Obtuvo una significación menor a 0.05 entre los Rasgos de Personalidad y Niveles de insatisfacción con la Imagen Corporal mostrando diferencia entre los grupos.

Dentro del grupo que, si se había realizado Tratamientos Estéticos anteriormente, los participantes que no presentaban Insatisfacción Corporal tuvieron mayor Rango Promedio en Neuroticismo = 92.53 y los participantes que obtuvieron un Nivel de Insatisfacción Corporal Moderado el mayor Rango Promedio fue (Extraversión= 102.29 y Responsabilidad= 94.55).

Por otra parte, de los participantes que no se había realizado Tratamientos Estéticos, aquellos que no presentaron Insatisfacción Corporal tuvieron mayor Rango Promedio en Neuroticismo= 44.40 y los que presentaron Moderada Insatisfacción en Responsabilidad=57.

Tabla 24

Diferencia entre Rasgos de Personalidad y Niveles de Insatisfacción Corporal según Realización de Tratamiento Estético

		Niveles de Insatisfacción Corporal	N	Rango Promedio	Sig.
SI	N	Sin	53	92.53	.000
		Leve	49	78.38	
		Moderado	33	51.82	
		Extremo	13	43.96	
	E	Sin	53	57.87	.000
		Leve	49	68.02	
		Moderado	33	102.29	
		Extremo	13	96.19	
	AP	Sin	53	70.67	.767
		Leve	49	73.83	
		Moderado	33	80.42	
		Extremo	13	77.62	
	A	Sin	53	72.30	.652
		Leve	49	75.87	
		Moderado	33	70.88	
		Extremo	13	87.50	
	R	Sin	53	60.24	.004
		Leve	49	75.92	
		Moderado	33	94.55	
		Extremo	13	76.42	
NO	N	Sin	43	44.40	.000
		Leve	11	33.41	
		Moderado	9	21.50	
		Extremo	9	17.56	
	E	Sin	43	33.76	.394
		Leve	11	38.05	
		Moderado	9	37.50	
		Extremo	9	46.72	
	AP	Sin	43	36.37	.406
		Leve	11	41.82	
		Moderado	9	40.22	
		Extremo	9	26.89	
	A	Sin	43	33.60	.059
		Leve	11	29.32	
		Moderado	9	47.06	
		Extremo	9	48.56	
	R	Sin	43	32.53	.016
		Leve	11	35.41	
		Moderado	9	57.00	
		Extremo	9	36.28	

Nota: Estadístico utilizado fue H. de Kruskal Wallis, previamente se segmentó la variable de Si se había realizado o no Tratamiento Estético Anteriormente.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Teniendo como objetivo general indagar la existencia de relación significativa entre los Rasgos de Personalidad, Insatisfacción con la Imagen Corporal y la elección de Tratamientos Estéticos, se puede decir, en base a los resultados obtenidos que la correlacionado fue significativa ya sea por el tipo, la cantidad o la zona en la que se lo realizo o realizaría el tratamiento

Según el Tipo de Tratamiento Estético, Neuroticismo correlacionó con Insatisfacción con la Imagen Corporal de manera inversa y débil, cuando los participantes optaron por tratamientos de tipo No invasivos, Mini- Invasivos o la opción que incluía a Ambos tipos, del mismo modo sucedió con quienes nunca se habían realizado tratamientos estéticos. Por otra parte, el Neuroticismo y la Insatisfacción con la Imagen Corporal correlacionaron de forma inversa y moderada en los participantes que se habían realizado los tres tipos de tratamiento. En lo que respecta a la Extraversión, se presentó una correlación directa y moderada con la Insatisfacción con la Imagen Corporal en el caso de los participantes que se realizaron tratamientos de tipo no invasivos. Por último, el rasgo Responsabilidad correlacionó de manera débil y directa con Insatisfacción Corporal en el caso de los participantes que se habían realizado tratamientos estéticos de tipo No Invasivos y en los que nunca se realizaron tratamiento estético.

En cuanto a la Cantidad de Tratamientos Estéticos realizados, se presentaron correlaciones significativas entre la Insatisfacción con la Imagen Corporal y los Rasgos de Personalidad. El rasgo Neuroticismo correlaciono de manera débil e inversa con Insatisfacción Corporal en pacientes que se habían realizado entre 1 a 3 tratamientos, más de 6 tratamientos y en los que no se habían realizado ninguno. La Extraversión tuvo una correlación directa y débil con Insatisfacción Corporal, en los participantes que se habían realizado de 1 a 3 tratamientos y

los que se hicieron más de 6. Por otra parte, la Responsabilidad correlacionó de manera directa y débil en las personas que se habían realizado de 1 a 3 tratamientos y Agradabilidad obtuvo una correlación débil y directa en participantes que no se habían realizado ningún tratamiento.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta asociación se puede confirmar que la hipótesis general del presente estudio ya que, sostenía que las dimensiones Neuroticismo y Extraversión presentarían correlación significativa con Insatisfacción con la Imagen Corporal en personas que habían realizado una mayor cantidad de Tratamientos Estéticos.

Es decir, que las personas que se han realizado a más de 6 tratamientos estéticos, en caso de presentar una personalidad neurótica, en donde predominen rasgos de depresión, ansiedad e impulsividad, hostilidad, vulnerabilidad al estrés, inseguridad, y a menudo hipocondriaco, existe la posibilidad que la Insatisfacción con la Imagen Corporal sea baja o viceversa. Por otra parte, tomando en cuenta al mismo grupo, si la persona muestra una personalidad extravertida, con rasgos predominantes de alegría, locuaz, enérgica, optimista y cálida, es probable que también tenga mayor Insatisfacción con la Imagen Corporal, o por el contrario si la persona presenta menos rasgos de Extraversión como poca sociabilidad, reservada, introvertido, distante, la Insatisfacción con la Imagen Corporal puede ser menor.

La correlación entre los Rasgo de Personalidad e Insatisfacción con la Imagen Corporal según la zona que elegirían para realizarse un Tratamiento Estético fue significativa. Neuroticismo se relacionó de manera inversa y moderada en las tres opciones de elección de Zona. La Extraversión correlacionó de forma débil y directa en las personas que optaron por la Zona Facial y en los que eligieron la opción de Ambas Zonas la correlación fue directa y moderada. Por último, Responsabilidad se relacionó de forma directa y débil en los participantes que optaron por la opción de Ambas Zonas.

Considerando los resultados expuestos, se puede decir que la primera hipótesis alternativa queda confirmada ya que, Neuroticismo e Insatisfacción con la Imagen Corporal en sujetos que optaron por realizarse Tratamiento Estéticos en la Zona Corporal, tuvo una correlación significativa. Esto indica que las personas que opten por un tratamiento en la Zona Corporal de presentar mayores rasgos neuróticos como depresión, ansiedad, impulsividad, hostilidad, emocionalidad, etc., es posible que tengan menor Insatisfacción con la Imagen Corporal y viceversa.

Respecto a la segunda hipótesis alternativa en la que se indica que las personas mayores a 34 años presentarían más insatisfacción con la imagen corporal, los resultados revelan que las personas con una edad comprendida entre 18 a 25 obtuvieron mayor Insatisfacción con la Imagen Corporal. Es probable que este resultado se deba a la diferencia en agrupación de participantes en cada rango de edad. De hecho, Vaquero-Cristobal et al. (2013) en su revisión bibliográfica sobre el tema, expresaron que la preocupación por la Imagen Corporal se encuentra presente desde la niñez hasta la vejez, sin embargo, su mayor alcance se da en la adolescencia y juventud. Si bien en la adultez esta tendencia de poseer un cuerpo más delgado que el real, sigue presente, en los casos de personas mayores la percepción negativa sobre la Imagen Corporal puede estar disminuida e inclusive se puede hablar de resignación ante la escasa posibilidad de conseguir esa imagen ideal o también puede encontrarse enmascarada en otra patología (Berrie y Perez, 2004).

Se identificó que existen una asociación significativa entre las personas que se realizaron Tratamientos Estéticos y los Niveles de Insatisfacción con la Imagen Corporal. Del total de participantes que se habían realizado Tratamientos Estéticos, 53 personas no presentaron Insatisfacción Corporal, sin embargo, la suma de los participantes que obtuvieron una Insatisfacción con la Imagen Corporal ya sea Leve, Moderada o Extrema, la cantidad se participante superó al anterior, ya que fueron 95 en total. El resto de los participantes no se

habían realizado tratamientos estéticos anteriormente. Este resultado condice con lo expuesto por Carbarcas y Londoño (2014) y Pulido (2015) que, tras haber evaluado la relación entre Insatisfacción con la Imagen Corporal y la aceptación de cirugías plásticas estéticas, indicaron que la relación es positiva. Este dato no es menor ya que, parte de los medios de comunicación, redes sociales y la cultura en sí, marcan la diferencia entre la Imagen Corporal real y la deseada, de esta manera influyen en que las personas busquen mejorar su Imagen llegando a someterse a este tipo de procedimientos, dietas estrictas, ejercicio intenso entre otros (Toro, 2004 y Soto Uruñuela, 2014)

Por otra parte, en tercera hipótesis alternativa sostenía que las personas con mayores Niveles de Insatisfacción Corporal presentarían correlación con Neuroticismo, Extraversión y Responsabilidad. Sin embargo, los resultados obtenidos expresan que, si bien hay relación significativa, solo en Extraversión el mayor Rango Promedio lo obtuvieron los participantes con Extrema Insatisfacción Corporal. En el caso de, Neuroticismo el mayor Rango Promedio fue para los que No presentaron Insatisfacción Corporal y en Responsabilidad, el mayor Rango Promedio fue para los que presentaron una Moderada Insatisfacción Corporal. De esta manera se puede decir que esta hipótesis queda parcialmente aceptada. La asociación entre el Neuroticismo y la Extrema Insatisfacción Corporal concuerda con los resultados obtenidos en los estudios de Mac Neil, et al (2017) y Castejón y Beregüi (2020), donde en ambos casos se concluyó que esta asociación suele estar presente en personas diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Si bien no es el caso de la muestra en este trabajo, los autores expresan que niveles altos en Neuroticismo como en Extraversión pueden ser considerados un factor de riesgo tanto para el desarrollo como para el mantenimiento de los TCA ya que el rasgo Neuroticismo está relacionado a una afectividad negativa, ansiedad y hostilidad.

La cuarta hipótesis alternativa decía que las personas que residen en C.A.B.A Capital Federal presentarían correlación significativa entre Insatisfacción con la Imagen Corporal y Neuroticismo. Según los resultados, la correlación fue significativa de manera inversa y moderada, es decir, que cuando una persona presente niveles altos de Insatisfacción Corporal, los niveles de Neuroticismo estarán disminuidos, es probable que la Insatisfacción Corporal pueda deberse al hecho de estar en una zona céntrica donde hay mayor circulación de personas y mayor estimulación por parte de los medios publicitarios que pueden influir de manera negativa en la Imagen Corporal.

En cuanto a la correlación los Rasgos de Personalidad y los Niveles de Insatisfacción con la Imagen Corporal, en base a participantes que se hayan realizado Tratamiento Estéticos, se determinó que existe una asociación significativa. Según los resultados, el mayor Rango Promedio en Neuroticismo fue para los que no presentaron Insatisfacción Corporal, mientras que, para Extraversión y Responsabilidad, el mayor Rango Promedio lo obtuvieron los participantes que presentaron Modera Insatisfacción con la Imagen Corporal. Esto quiere decir que las personas con Modera Insatisfacción Corporal presentaran rasgos alegres, enérgicos, cálidos, de organización, autodisciplina, puntualidad, orden, amabilidad, ambición, compromiso y perseverancia.

Por último, en cuanto a la caracterización de la muestra los resultados muestran que el 43.2% de los participantes tiene una edad que va desde los 18 a 25 años. El 87.3% son del sexo femenino y 87.7% son de nacionalidad argentina. El 46.8% son participantes solteras/os y el 74.5% de la muestra ha alcanzado un nivel educativo universitario o terciario. Por otra parte, el 56.8% reside en el Conurbano de Gran Buenos Aires. Del total de la muestra el 67.3% se ha realizado algún tipo de Tratamiento Estético anteriormente. El 40% de los se realizó entre 1 a 3 tratamientos estéticos. En el cuanto a la elección de la zona, el 35.9% de los encuestados optó por la Zona Facial de los cuales el 33.2% elegiría el Peeling como

tratamiento para esa zona, mientras que para la Zona Corporal el tratamiento por elección sería el Laser con un 30.9%.

En resumen: Si bien en la actualidad distintos productos destinados a la belleza, cuidado personal, vestimenta, entre otros, cambiaron el enfoque de sus campañas publicitarias dejando de lado los estereotipos y cánones de belleza promoviendo la inclusión de un mayor público. Es claro que aún queda trabajo por hacer debido a que estos han existido y se han mantenido por muchos años.

Tal como se mencionó anteriormente, la preocupación por el aspecto físico sigue teniendo un fuerte impacto negativo sobre la Imagen Corporal que cada uno posee, afectando distintas áreas de la vida cotidiana como lo son las relaciones sociales que se van formando y es que al presentar relación significativa con Rasgos como Neuroticismo, Extroversión o Responsabilidad hay que considerar que las mismas refieren a la forma de afrontar las situaciones complicadas, la cantidad e intensidad de la interacción social, al nivel de actividad y la necesidad de estímulos externos; también refieren a la concentración del sujeto respecto a sus objetivos. El hecho de que estas áreas se puedan ver afectadas, hace que la posibilidad de sentirse aceptados por la sociedad sea más difícil y en consecuencia puede desencadenar comportamientos inapropiados o excesivos, como mantener un régimen estricto respecto a la alimentación, secuencias intensas de ejercicio o como demuestran los resultados de la presente investigación optar por la realización de tratamientos estéticos a fin de conseguir el cuerpo deseado. Es por eso, que se considera importante el criterio que sigue el profesional frente a la realización de estos procedimientos ya los resultados deberían buscar el propio bienestar del paciente.

Para finalizar, tanto en la investigación actual como en anteriores, se demostró la asociación significativa entre la Insatisfacción con la Imagen Corporal y Rasgos de Personalidad o Autoestima y se concluyó que los resultados pueden ser de gran utilidad para

detectar el posible riesgo de que se desencadene otro trastorno como TCA, Depresión, Baja Autoestima. Al ser buenos predictores, permite establecer el tipo de tratamientos y las estrategias que se podrían utilizar a fin de lograr mejoría en la vida diaria del paciente.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, las mismas están asociadas al hecho de que tanto en la variable sociodemográfica Sexo como en la de Edad, la muestra ha quedado desproporcionada. Esto se debe a que un 87.3% de la muestra total pertenecen al sexo femenino, mientras que en la Edad los resultados exponían que la edad de los encuestados iba desde los 18 a los 67, la mayoría de ellos se agrupaba dentro del rango que va desde los 18 a los 25 años. Por otra parte, en la variable que indicaba la Cantidad de Tratamientos Estéticos realizados con anterioridad la distribución de la muestra no es uniforme.

En cuanto a las recomendaciones para futuras investigaciones, se sugiere:

- a) Investigar la correlación entre la variable Insatisfacción con la Imagen Corporal, Rasgos de Personalidad y Autoestima antes y después de la realización de un Tratamiento Estéticos en el sexo masculino.
- b) Identificar la relación entre Insatisfacción Corporal y Autoestima en adultos mayores de ambos sexos.
- c) Evaluar Rasgos de Personalidad en personas que se hayan sometidos a Cirugías Estéticas.
- d) Evaluar relación entre Insatisfacción con la Imagen Corporal y Perfeccionismo en profesionales dedicados al área de la Estética.

CAPITULO VI

6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aguilar Durán, L. A. (2013). Perfeccionismo y Cirugía Estética: Revisión Teórica de una novísima asociación. *EUREKA*, 10 (2), 230 – 253.
<https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/230-253%20Art.%207%20Leonardo%20Aguilar.pdf>
- Allport, G. W (1970). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- Allport, GW y Odbert, HS (1936). Nombres de rasgos: un estudio psicológico. *Monografías psicológicas*, 47 (1), i – 171. <https://doi.org/10.1037/h0093360>
- Alós, D. (26 de octubre de 2017). *La teoría de la personalidad de Sigmund Freud*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-la-personalidad-sigmund-freud/>
- Alvarez, N., Ortiz, L., Vicente, V., Alcaraz, M., y Sánchez-Pedreño, P. (2008). Los efectos de la radiofrecuencia en la piel: estudio experimental. *Lasers Surg Med*, 40(2): 76-82.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *DSM- 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Baile, J. I., Guillen, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 439-450.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Beardsley, M. C. (1975). *Aesthetics from classical Greece to the present*. University Alabama Press
- Beck, A., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B. & Ottaviani, R. (2004). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Benel Huerta, R., Campos Campos, S. y Cruzado, L. (2012). Insatisfacción Corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia medida con el Body Shape Questionnaire. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 75 (3), 85 – 92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036941003>
- Benet-Martinez, V. y John, OP (1998). Los Cinco Grandes a través de culturas y grupos étnicos: análisis multimétodo de los Cinco Grandes en español e inglés. *Revista de personalidad y psicología social*, 75, 729-750.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2004). Imagen del cuerpo en los adultos mayores. El caso de la población montevideana. *Revista Iberoamericana Psicomotricidad Técnicas Corporales*, 12, 43 – 54.
- Bonnier, P. (1905). "L'aschematic". *Revue Neurologique*, 54, 19-23.
- Bosch Fortcuberta, M. A., y Sales Comas, J. (s.f.). Efectos terapéuticos del peeling químico. Universitat de Barcelona.
- Botella, L., Ribas, E. y Benito, J. (2009). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (3), 253 -264. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775006>
- Bruch, H. (1962). Alteraciones perceptuales y conceptuales en la anorexia nerviosa [Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa]. *Psychosomatic Medicine*, 24, pp. 187-194.
- Cabarcas Acosta, K. L. y Londaño Pérez, C. (2014). Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, afrontamiento y optimismo como predictores de aceptación de cirugías plásticas cosméticas. *Psicología y Salud*, 24 (2), 199-219

- Cáceres, J.J. (2005). La incidencia de la preocupación por la imagen corporal e las elecciones alimentarias de los jóvenes. *Zainak*, 27, 165-77. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/11499086.pdf>
- Caldera-Montes J.F., Reynoso, O., Nuno, D., Caldera, I.A., Pérez, I., Gómez, C.A. (2019). Insatisfacción con la imagen corporal y personalidad en estudiantes de bachillerato de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Duazary*, 16(1): 93-103.
- Calvo, M. M., Meinero, M. V. Y Sicardi, N. (2009). Medicina estética: deseos que sustentan una demanda creciente (Maestría en dirección de empresas). Universidad CEMA, Buenos Aires, Argentina.
- Carpintero, H.; Sanchís, P. & Tortosa, F. (1999) Hans J. Eysenck, un maestro de la psicología En A. Andrés Pueyo & R. Colom Marañón (Coords.) *Hans Jürgen Eysenck (1916-1991) Psicólogo Científico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cash, T. F. Y Brown, T.A. (1987). Imagen corporal en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Modificación de comportamiento*, 11, 487-521.
- Cash, T. F., y Lavalley, D. M. (1997). Terapia de imagen corporal cognitivo-conductual: evidencia ampliada de la eficacia de un programa autodirigido [Cognitive-Behavioral body image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self-directed program]. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 15(4), 281-294.
- Cash, T.F, y Pruzinsky, T. (1990). *Imágenes corporales: desarrollo, desviación y cambio* [Body images: Development, deviance, and change]. The Guilford Press.
- Castejón Martínez, M. A. y Beregüi, R. (2020). Diferencias de Personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 64-73.
<https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Castillo, B. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Psicothema*, 4, 321 – 335.

- 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), 15-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810103>
- Castro Solano, A. & Casullo, M.M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria Revista De Psicología y Ciencias Afines*, 18, 65-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011326003>
- Cattell, R.B. (1947). Confirmation and clarification of primary personality factors. *Psychometrika*, 12, 197-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF02289253>
- Cattell, R.B. (1995). The fallacy of the five factors in the personality sphere. *The Psychologist*. 207-208.
- Cerda, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Cocimano, G. (2004). El credo de las apariencias. Los mutantes de la cirugía estética. *Letrearía tierra de las letras*, (116).
- Cooper, P.J., Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Taylor, M.J. (1987). El desarrollo y validación del Cuestionario de Imagen Corporal [The development and validation of the Body Shape Questionnaire]. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cortese, E. (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. (2º. Edición) Buenos Aires: Editorial Nobuko.
- Costa Jr., PT y McCrae, RR (1994). ¿Establecer como yeso? Evidencia de la estabilidad de la personalidad adulta. En T. Heatherton y J. Weinberger (Eds.), *Can Personality Change?* (pp. 21-40). Asociación Americana de Psicología. <http://dx.doi.org/10.1037/10143-002>
- Davidoff, L. (1998). *Introducción a la psicología*. México: LIBEMEX.

- De Sousa Fortes, L., Soares Amaral, A. C., de Sousa Almeida, S., y Caputo Ferreira, M. E. (2013). Internalización del ideal de la delgadez e insatisfacción con imagen Corporal en chicas adolescentes. *PSICO*, 44 (3), 432 – 438. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5631419>
- DeCarvalho, R. J. (1990). The growth hypothesis and self-actualization: An existential alternative. *Humanistic Psychologist*, 18, 252–258
- Díaz R. & Díaz-Guerrero, R. (1997). ¿Son universales los rasgos de personalidad? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23, 35-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529102>
- Didie, E. y Sarwer, D. (2003). Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women's Health*, 12(3), 241.
- Domínguez, L. & Fernández, L. (1999). Individuo, sociedad y personalidad. *Revista Cubana de Psicología*, 16(1), 48-52. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n1/06.pdf>
- Draelos, Z. (2006). *Definición del campo de los Cosmecéuticos*. Elsevier
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2001). *Terapia racional-emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. Editorial Pax México.
- Eraso, J. C. y Motta, A. M. (2011). *Hidrolipoclasia abdominal: variaciones técnicas y resultados antropométricos, en tres centros de medicina estética de Bogotá*. (Especialización en Medicina Estética). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá.
- Erazo, P. J., de Carvallo, A. C., Alexander, T., Ramos, M., y Vianna, P. (2009). Relleno facial con ácido hialurónico: técnica de pilares y malla de sustentación. Principios básicos para obtener una remodelación facial. *Cirugías Plásticas Ibero-Latinoamericana*, 35(3), 181-194.

- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Jnal of Personality*, 58, 245-261.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. (1985). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Fadiman, J. y Frager, R. (1979). *Teorías de la Personalidad*. Ed. Harla, Harper and R.O.W,
- Feingold, A. (1992). Good-Looking People Are Not What We Think [Las personas guapas no son lo que pensamos]. *Psychological Bulletin*, 111(2), 304-341. doi: 10.1037/0033-2909.111.2.304
- Fernández, C., Cordero, A., y González, L. (2012). La Dermatocosmética. *Acta Bioclínica*, 2 (4), 11 – 15.
- Fernández, F., y Probst, M. (1994). Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de distorsión de la imagen de video. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(2), 59-73.
- Ferreira, F., y Pallares, L. A. (2012). *Evaluación de la Satisfacción de la Atención al Cliente en el Centro de Estética y Belleza Vital Body Spa de Ocaña, Norte de Santander* [Tesis de grado]. Universidad Francisco de la Paula Santander Ocaña.
- Fisher, S. (1990): La evolución de los conceptos psicológicos sobre el cuerpo. En Cash, T.F y Pruzinsky, T. Imágenes del cuerpo. Desarrollo, desviación y cambio, 3-21.
- Fredrickson BL, Roberts TA. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q.* 21:273–306.
- Froes Meyer, P. (2009). Fosfatidilcolina más ultracavitación: una combinación perfecta. *Revista Estética Mediterranea*. 26 – 27. Disponible en: <https://patriciafroes.com.br/gestao/files/publicacao/arquivo/149/gl.pdf>

- Galarsi, M. F., Ledezma, C., De Bortoli, M. A., & Correche, M. S. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, 10(1), 157-166.
- Galton, F. (1884). "Measurement of character". *Fortnightly Review*, 36. 179-185.
- García A. D, Acosta, L. y Mercado, D. M. (2018). *La personalidad desde la psicología humanista–existencial. (Documento de docencia N° 7)*. Ediciones Universidad Cooperativa. Doi: <https://doi.org/10.16925/greylit.2385>
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Desarrollo y validación de un Inventario Multidimensional de Trastornos Alimentarios para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia [Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia]. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gómez Peresmitré G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Meicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.
- Gómez, D. & Zabuido, X. (1996). *Salud y prevención nuevas aportaciones de la evaluación psicológica*. Servicio de publicaciones e intercambio científico.
- Gómez, G. (2010). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14 (1), 31-40.
- González, J. (2006). Plasma rico en plaquetas. *Revista española de Cirugía Oral y maxilofacial*, 28 (2), 89-99.
- Goodman, G. J. (2007). El manejo de las cicatrices posteriores al acné. *Dermatologic Surgery*, 33, 1175-1188.
- Gosling, S., Rentfrow, P. & Swann, J. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.

- Gottlieb Baumgarten, A. (2000). Reflexiones filosóficas acerca de la poesía (1735) a la estética como la «ciencia del conocimiento sensitivo», «una ciencia que dirija la facultad cognoscitiva inferior para el conocimiento sensible de las cosas».
- Grilo, C. M. (2006). *Trastornos de la alimentación y del peso* [Eating and Weight Disorders]. Psychology Press.
- Grosser Guillen, K. (2006). La juventud como mercancía y el lugar de los adolescentes en la lógica cultural del capitalismo tardío. *Revista electrónica: Actualidades Investigativas en educación*, 6 (2), 1-21.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Paidós.
- Hamilton, E. (2015). *Cirugía Cosmética: un análisis de su historia y prevalencia en Latinoamérica* [Tesis]. The University Tennessee. Disponible en: https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1833
- Hécaen, H. y Albert, M.L. (1978). *Human Neuropsychology*. Wiley, N. Y.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.
- Hession, M. T., y Graber, E. M. (2015). Cicatrices de acné atrófico. Una revisión de las opciones de tratamiento. *J Clin Aesthet Dermatol*, 8(11), 50–8.
- Hill, A.J. y Robinson, A. (1991). Dieting concens have a functional effect on the behavior of nine- year old girl. *Brit J Clin Psychol*, 30 (3), 265 - 7
- Hollander, E. y Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patien. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (9), 27-31.

- Ilia, C. R. N. (2009). La Imagen Corporal: hacia una construcción social para la Psicología Industrial Organizacional. *Revista Electronica de Psicologia Social POIÉSIS*, (18).
<http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Imaginario, A. (14 de mayo de 2019). *Estética*. Significados. Disponible en:
<https://www.significados.com/estetica/>
- Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery [ISAPS]. (2018). Encuesta Internacional ISAPS Sobre Estético / Cosmético Procedimientos realizado en 2018. Disponible en:
<https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/10/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-1.pdf>
- John, O., Donahue, E. & Kentle, R. (1991). *The Big Five Inventory – Versions 4° and 5*: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Laak, J. (1996). Las cinco grandes dimensiones de la personalidad. *Revista De Psicología*, 14(2), 129-181. Disponible en:
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4566>
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema* 14(4), 693-701.
- Lochhead, R. Y., y Huisinga, L. R. (2008). Tendencias revolucionarias en el avance y la integración de la ciencia cosmética: formulación combinatoria. *Revista Internacional de Ciencias Cosméticas*, 20 (3), 77. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1468-2494.2007.00411_1.x
- MacNeil, L. P., Best, L. A., & Davis, L. L. (2017). The role of personality in body image dissatisfaction and disordered eating: Discrepancies between men and women. *Journal of Eating Disorders*, 5(44).
- Madero, A. M. (2017). Género de los medios de comunicación y poder. Una mirada a las revistas de la moda para las mujeres: el caso de Vogue. *Revista cultura y comunicación* (6), 22-42.

- Maio, M., Ofemböck, I., Narvaes, C. (2008). Toxina Botulínica: relación entre tipo de paciente y curación del afecto. *Cirugías Plásticas Ibero-Latinoamericana*, 34 (1), 19-26.
- Manzaneque, B. (2013). *Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios* [Tesis de doctorado no publicado]. Universidad de Castillo- La Mancha, Facultad de ciencias de la educación y humanidades de Cuenca.
- Martinez -Caprio, P. A., Treller, M.A. (2010) El láser y la fotónica en la Cirugía Plástica española e iberoamericana. Antecedentes históricos, aplicaciones actuales y proyectos de desarrollo inmediato. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 36 (1), 59- 78.
- Martini, M. (2005). *Introducción a la dermofarmacia y a la cosmetología*. ACRABIA, S.A.
- Maslow, A. H. (1962). *Hacia una psicología del ser*. Princeton: Van Nostrand.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y Personalidad*. Ed. Diaz de Santos, S.A.
- Mayor, J. & Pinillos, J. L. (1989) *Tratado de Psicología General*. Personalidad. Madrid: Editorial Alambra.
- McCrae, RR y Costa, PT, Jr. (1997). Estructura del rasgo de personalidad como un universal humano. *Psicólogo estadounidense*, 52 (5), 509–516. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531007>
- Montory, C. (2017). Cavitación. Perfect Woman. Disponible en: <http://www.perfectwoman.cl/cms.php?c=7>

- Muñiz, E. (2011). *La Cirugía Cosmética: ¿Un Desafío a la “Naturaleza”?* Universidad Autónoma Metropolitana
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza, feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Revista Sociedad e Estado*, 29 (2), 415-431.
- Myers, P. N., y Biocca, F. A. (1992). The elastic body image: The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42, 108-134.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Teorías y evaluación de la personalidad. Psicología*. México: Mc Graw Hill.
- Pelechano, V. (1996). Personalidad, trastornos de personalidad y parámetros. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 9-26. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.1996.3806>
- Pelechano, V. (2000). *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pervin, L & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- Phillips, K.A. (1991). Trastornos dismórficos corporales: la angustia de lo imaginado [Body dismorphic disorders: The distress of imagined ugliness]. *American Journal of Psychiatry*, 148 (9), 1138- 1149.
- Pulido Garzon, D. C. (2015). *Factores Sociodemográficos y de Salud, Esquemas Maladaptativos, Satisfacción/ Insatisfacción con la Imagen Corporal como predictores de la aceptación de Cirugías Plásticas Estéticas [Monografía]*. Universidad Católica de Colombia.
- Raich, R. M. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. Barcelona, España. Avances en psicología Latinoamericana, (22), pp.15-27. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261/1144>

- Raich, R. M. (2010). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Ed. Pirámide
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Pirámide.
- Raich, R. M. y Torras Clarasó, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE-C. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 10 (1), 93 – 106.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal [Adaptation of a body dissatisfaction assessment instrument]. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f2217062e9a397a1dca429e7d70bc6ca>
- Raich, R.M, Torras-Clarasó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Ribas, E., Botella, L., y Benito, J. (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. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/232/234>
- Rodin J. (1993). Determinantes culturales y psicosociales de las preocupaciones por el peso [Cultural and pshychosocial determinants of weight concerns]. *Ann Intern Med*, 119 (7), 643-5.
- Rodríguez, M., Rodríguez, M. E., Barbería, E., Durán, J., Muñoz, M., y Vera, V. (2000). Evolución histórica de los conceptos de belleza facial. *Ortodoncia Clinica*, 3(3), 156 – 163. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/oc-3-3-008.pdf>
- Rogers, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós Ibérico.

- Romero, J. y Serrano, J. Y. (2012) Mecanismos de acción de activos lipolíticos y su inactividad en la membrana celular del adipocito. *Salud Areandina*, 1(1), 78-86.
- Ronzio, O. A. (2012). Ultracavitación de baja frecuencia. Estudio de caso. *Catussaba Revista Científica de la Escuela de Salud de la Universidad Potiguar* , 13.
- Rosen, J. C. y Reiter, J.T. (1995). *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) [Desarrollo del cuerpo Trastorno del trastorno dismórfico]*. University of Vermont.
- Rosen, J.C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Terapia de Imagen Corporal Cognitivo-Conductual para el Trastorno Dismórfico Corporal [Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder]. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J.C., Salzberg, J. T., Srebnik, D. y Went, S. (1990). Development of Body Image Avoidance Questionnaire. Documento no publicado.
- Ruballos, A. S. (2017). *Rol del Esteticista en la Asistencia de Procedimientos Mínimamente Invasivos, en Clínica Médicas Estéticas en la Ciudad de Guatemala*. [Tesis].
http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/725/1/2017-T-lacs-016-ruballos_hernandez_ana_sophia.pdf
- Salaberria. K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. *Osasunaz*. 8, 171-183. Disponible en:
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Salvaggio, D.G. y Sicardi, E.D. (2014). *La Personalidad*. Ficha de Catedra: Psicosociología de las Organizaciones – UCES. Disponible en:
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2410>
- Sánchez, R., Barrientos, A., y Arigita, A. (2018). La madurez ante el espejo: Interrelación entre la satisfacción corporal y vital de personas mayores en España. *European*

Journal of Health Research, 4 (2), 67 – 77. Disponible en:

www.ejhr.esdoi:10.30552/ejhr.v4i2.105

- Santiso, R. (2001). Las mujeres en la publicidad: análisis, legislación y aportaciones para un cambio. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 13, 43-60.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M.E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., Y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*. 11(2).
Disponible en: <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63>
- Seelbach Gonzáles, G. A. (2012). *Teorías de la Personalidad* (pp.16-44). Red Tercer Milenio.
- Seguí, N. y Echeverría, V. (2008). Mesoterapia como técnica de rejuvenecimiento Facial. *Piel*, 23 (4), 211-218.
- Sepúlveda, A.R., Gandarillas, A. y Carrobes, J.A. (2004). *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Shaffer, D.R., & del Barrio Martínez, C. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. México: Thomson.
- Sherry, S., Hewitt, P., Flett, G., & Lee- Baggley, D. (2007). Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 29(8), 349–354. doi: 10.1007/s00238-007-0109-y
- Schilder, P. (1935). *La imagen y apariencia del cuerpo humano [The image and appearance of the human body]*. Kegan, Paul, Trench, & Trubner & Co.
- Skinner, B. F. & Ardila, R. (1977). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Sociedad Americana para la Cirugía Plástica Estética [ASAPS]. (2019). Porcentaje de cambio en procedimientos seleccionados: 2019 frente a 2018 y 2015: no quirúrgico.

Disponible en: https://www.surgery.org/sites/default/files/Aesthetic-Society_Stats2019Book_FINAL.pdf

Sociedad Argentina de Medicina Estética. (s.f.). *La Medicina Estética*.

<https://www.soarme.com/>

Soto Uruñuela, M. (2014). *La Imagen Corporal y su relación con el Estado de Ánimo y la Conducta Alimentaria* [Tesis]. Universidad Pontificia de Salamanca.

Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2016). Five-factor model personality traits and the objective and subjective experience of the body weight. *Journal of Personality*, 84(1), 102-112.

Swami, V., Hadji-Michael, M. y Furnham, A. (2008). Personality and individual difference correlates of positive body image. *Body Image*, 5, 322–325

Swami, V., Taylor, R., y Carvahlo, C. (2011). Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(1), 57-63.

Swami, V., Tran, U. S., Hoffmann Brooks, L., Kanaan, L., Luesse, E.-M., Nader, I. W., ..., & Voracek, M. (2013). Body image and personality: Associations between the Big Five Personality Factors, actual-ideal weight discrepancy, and body appreciation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 146-151.

Tejero, P. (2016). Hilos de sustentación facial: revisión de técnicas y materiales. *SOARME News*, (4), 8 - 18.

The American Society for Aesthetic Plastic Surgery [ASAPS]. (2017). Banco Nacional de Datos sobre Cirugía Estética. Recuperado en octubre de 2018 de: <https://surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2017.pdf>

Thompson, J.K. (1990). *Alteración de la imagen corporal: evaluación y tratamiento* [Body image disturbance: assessment and treatment]. Pergamon Press.

- Tiggemann, M. (2004). Body Image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29-41. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/5759930_Body_image_across_the_adult_life_span_Stability_and_change
- Tomatis, D. (2015). *Esteticista, la profesión olvidada*. Tinta Libre.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causa de la anorexia nerviosa*. Ariel.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Evaluación de las influencias socioculturales en el modelo de forma corporal estética en la anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147 – 151.
- Torres Pinto, R. C. (2017). *Plan de mejoramiento continuo en la calidad de los procedimientos estéticos no invasivos*. Universidad de Santo Tomás. Disponible en:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9171/TorresRuth2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Trejo P, Mollinedo F, Araujo R, Valdez G, Sánchez M. (2016). Hábitos de actividad física y cánones de imagen corporal en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 32(1): 72-82. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n1/mgi09116.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226055004>
- Vazquez – Arevalo, R., Rodríguez Nabor, A., López Aguilar, X. y Mancilla – Díaz, J.M. (2018). Valoración de la Imagen Corporal en prescolares: Percepción de padres e hijos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9 (2), 208 – 220.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.540>

Vilanoba, A. (1993). Carl Rogers y la sabiduría organísmica. En A. Vilanoba (Ed.), *Contribuciones a la psicología clínica: algunos aportes teóricos de psicólogos notables*. Buenos Aires: Editorial adip.

Villegas Besora, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, Concepto y Método, *Anuario de Psicología*, (34). Universitat de Barcelona.

CAPITULO VII

7. ANEXO

PROTOCOLO N°: _____

Soy Camila Zurita, alumna de la Universidad Abierta Interamericana y en esta oportunidad solicito de su colaboración para realizar una investigación en el marco de mi tesis de grado correspondiente a la carrera de Lic. en Psicología. Se garantiza que su participación será de forma anónima y voluntaria respondiendo a los siguientes formularios. Además, se le informa que los resultados serán utilizados con fines académicos y los datos no serán difundidos.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ningún ítem y responder el cuestionario de manera honesta y completa.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Consentimiento Informado

Siendo consciente que los datos serán utilizados con fines académicos y que no habrá devolución escrita de los resultados. Firmo el presente consentimiento, aceptando participar voluntariamente y de forma anónima en dicha investigación.

1. SI ☐ 2. NO ☐

Sociodemográfico

(Marque con una X lo que corresponda)

1) Edad: _____

2) Sexo: 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐

3) Nacionalidad: _____

4) Estado Civil:

- 1. Soltera/o ☐
- 2. En pareja ☐
- 3. Casada/o ☐
- 4. Divorciada/o ☐
- 5. Viuda/o ☐

5) Nivel de Educación:

- 1. Primaria Incompleta ☐
- 2. Primaria Completo ☐
- 3. Secundaria Incompleta ☐
- 4. Secundaria Completa ☐
- 5. Universitario Incompleto ☐
- 6. Universitario Completo ☐

6) Zona de residencia: 1. ☐ Ciudad de Buenos Aires - Capital Federal

2. ☐ Gran Buenos Aires – Conurbano

3. ☐ Otro

7) ¿Está usted en tratamiento psicológico o psiquiátrico? 1. Si ☐ 2. No ☐

8) ¿Toma psicofármacos prescritos por personal de salud (psiquiatra)?

1. Si ☐ 2. No ☐

9) ¿Ha sido usted diagnosticado con Anorexia, Bulimia o Trastorno Dismórfico Corporal?

1. Si ☐ 2. No ☐

10) ¿Se ha realizado tratamientos estéticos anteriormente?

1. ☐ Si, tratamientos no invasivos (por ejemplo: limpiezas de cutis, peeling, masajes de drenaje, entre otros).

2. ☐ Si, tratamientos mini- invasivos (por ejemplo: peeling combinados, punta de diamante, toxina, relleno, rinomodelación sin cirugía, mesoterapia, plasma rico en plaqueta, hilos de sustentación, lipólisis química, carboxiterapia, radiofrecuencia, ultracavitador, ultrasonido, hidrolipoclasia, criolipólisis, subsiccion, Laser para depilación, rejuvenecimiento, varices y estrías, Mela, entre otros).

3. ☐ Si, invasivos (por ejemplo: Cirugías estéticas o plásticas como aumento de busto, glúteos, rinoplastia, liposucciones, entre otros).

4. ☐ Si, los tres tipos de tratamiento.

5. ☐ Si, tratamientos no invasivos y mini- invasivos.

6. ☐ Si, tratamientos no invasivos e invasivos.

7. ☐ Si, tratamientos mini- invasivos e invasivos.

8. ☐ No me he realizado ningún tipo de tratamiento estético.

11) De haberse realizado anteriormente tratamientos estéticos ¿Cuántos fueron?

1. ☐ Entre 1 a 3
2. ☐ Entre 4 a 6
3. ☐ Más de 6
4. ☐ No me he realizado tratamientos estéticos

12) ¿En qué zona se realiza tratamientos con más frecuencia? y en caso de no haberse realizado nunca ¿en qué zona elegiría hacerlo?

1. ☐ Facial (Peeling, Plasma Rico en Plaquetas, Relleno, Toxina, Mesoterapia, Laser para Rejuvenecimiento, Rosácea o Depilación)
2. ☐ Corporal (Ultracavitador, Ultrasonido, Carboxiterapia, Radiofrecuencia, Hidrolipoclasia, Laser para Arañitas, Depilación o Estrías, Subsición)
3. ☐ Ambos.

13) Tomando en cuenta su respuesta anterior ¿Cuál de los siguientes tratamientos faciales se realiza o realizaría con más frecuencia?

1. ☐ Peeling (Tratamiento destinado a eliminar manchas o marcas de acné, atenuar líneas de expresión y arrugas).
2. ☐ Plasma rico en Plaquetas (Tratamiento destinado para mejorar cicatrización de heridas, mejorar el fotoenvejecimiento y detención de caída de cabello)
3. ☐ Relleno (Tratamiento destinado a la disminución de líneas de expresión, arrugas faciales y rinomodelacion)
4. ☐ Toxina (Tratamiento destinado para el bloqueo de la contracción muscular en regiones donde se forman arrugas y así evitar su formación futura).
5. ☐ Mesoterapia (Tratamiento destinado para tratar la flacidez, la adiposidad, manchas y la caída del cabello)
6. ☐ Laser (Tratamiento destinado para rejuvenecimiento facial, depilación definitiva y para tratar pieles con rosácea)
7. ☐ Otro
8. ☐ Elegí la opción corporal

14) Tomando en cuenta su respuesta a la pregunta 12 ¿Cuál de los siguientes tratamientos corporales se realiza o realizaría con más frecuencia?

1. ☐ Ultracavitador (Tratamiento destinado para tratar grasa localizada y celulitis en zona abdominal, caderas, cara interna y posterior de muslos).
2. ☐ Ultrasonido (Tratamiento destinado a mejorar apariencia de celulitis y zonas con grasa depositada).
3. ☐ Carboxiterapia (Tratamiento que consiste en inyecciones de gas carbónico por debajo de la piel para eliminar celulitis, estrías, grasa localizada y la flacidez de la piel, ya que, estimula la circulación celular y la oxigenación de los tejidos).
4. ☐ Radiofrecuencia (Tratamiento destinado a tratar zonas con flacidez devolviendo colágeno y elasticidad a la piel para dejarla tersa y joven).
5. ☐ Hidrolipoclacia (Tratamiento destinado para disminuir medidas del contorno corporal y eliminar grasa localizada).
6. ☐ Laser (Tratamiento destinado a depilación definitiva, mejorar aspecto de estrías y eliminación de varices).
7. ☐ Otro.
8. ☐ Elegí la opción facial

P1. A continuación, se presentan una serie de ítems, a los que debes valorar con una X en la medida que la afirmación se ajuste a tus sentimientos acerca de tu satisfacción corporal en las últimas 4 semanas. Por favor, indique la frecuencia en que a Usted le sucede cada una de las frases usando la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre

1. ¿Sentirte aburrida/o te ha hecho preocuparte por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Te has preocupada/o tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6

6. Sentirte llena/o (después de una gran comida), ¿Te ha hecho sentirte gorda/o?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	1	2	3	4	5	6
9. Estar con chicas/os delgadas/os, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
12. Al fijarte en la figura de otras chicas/os, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	1	2	3	4	5	6
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a o redondeada/o?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejada/o por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea rollitos alrededor de tu cintura o estómago?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada/o?	1	2	3	4	5	6
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tú carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1	2	3	4	5	6

32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada/o?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando con otras personas?	1	2	3	4	5	6
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

P2. A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Por favor indique en qué medida la frase lo describe adecuadamente usando la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo

Yo me veo a mi mismo/a como alguien...	1	2	3	4	5
1. A quien le gusta hablar	1	2	3	4	5
2. Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás	1	2	3	4	5
3. Que tiene capacidad para finalizar una tarea	1	2	3	4	5
4. Que es el depresivo/a o triste	1	2	3	4	5
5. Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas	1	2	3	4	5
6. Que es reservado/a	1	2	3	4	5
7. Que ayuda a los demás y que no es egoísta	1	2	3	4	5
8. Que puede ser descuidado/a	1	2	3	4	5
9. Que es relajado/a y que maneja bien los problemas	1	2	3	4	5
10. Que es curioso/a a respecto de cosas	1	2	3	4	5
11. Que está lleno/a de energía	1	2	3	4	5
12. Que empieza peleas con los demás	1	2	3	4	5
13. Que es trabajador/a confiable	1	2	3	4	5
14. Que puede ser tenso/a	1	2	3	4	5
15. Que es ingenioso/a	1	2	3	4	5
16. Que siempre genera mucho entusiasmo	1	2	3	4	5
17. Que tiene una naturaleza por la cual puede perdonar	1	2	3	4	5
18. Que tiende a ser desorganizado/a	1	2	3	4	5
19. Que se preocupa mucho por todo	1	2	3	4	5
20. Que tiene una imaginación muy activa	1	2	3	4	5
21. Que tiende a ser callado/a	1	2	3	4	5
22. Que generalmente es muy confiable	1	2	3	4	5
23. Que tiende a ser perezoso/a	1	2	3	4	5
24. Que es emocionalmente estable y que no se altera fácilmente	1	2	3	4	5

25. Que es imaginativo/a	1	2	3	4	5
26. Que tiene una personalidad asertiva	1	2	3	4	5
27. Que puede ser frio/a y distante	1	2	3	4	5
28. Que persevera hasta que las tareas están terminadas	1	2	3	4	5
29. Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo	1	2	3	4	5
30. Que tiene valores artísticos y disfruta de las experiencias estéticas	1	2	3	4	5
31. Que a veces es tímido/a e inhibido/a	1	2	3	4	5
32. Que es muy considerado/a y amable con los demás	1	2	3	4	5
33. Que hace las cosas de modo eficiente	1	2	3	4	5
34. Que permanece calmo/a en situaciones tensas	1	2	3	4	5
35. Que prefiere el trabajo rutinario	1	2	3	4	5
36. Que es sociable	1	2	3	4	5
37. Que a veces puede tratar mal a los demás	1	2	3	4	5
38. Que puede fijarse metas y seguirlas	1	2	3	4	5
39. Que se pone nervioso/a fácilmente	1	2	3	4	5
40. A quien le gusta pensar y reflexionar	1	2	3	4	5
41. Que tiene pocos intereses artísticos	1	2	3	4	5
42. A quien le gusta cooperar con los demás	1	2	3	4	5
43. Que se distrae fácilmente	1	2	3	4	5
44. Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura	1	2	3	4	5

15. Luego de haber terminado el formulario. ¿Consideraría que sus respuestas se vieron afectadas por el hecho de estar en cuarentena?

1. ☐ SI 2. ☐ NO