



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOPERCEPCIÓN EN MUJERES QUE SE
SOMETERÁN A UNA MAMOPLASTÍA DE
AUMENTO**

Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

VANIA ANDREA BARRIGA TORRES

ASESORA: LUPE JARA CASTRO

LIMA – 2013

AGRADECIMIENTO

Con mucho entusiasmo quiero agradecer a todas aquellas personas que siempre creyeron en la idea de este proyecto, a pesar de las dificultades que planteaba desde sus inicios, y que con su escucha y su apertura al diálogo aportaron en su realización. Quiero empezar agradeciendo a Andrea pues desde tu gestación este proyecto empezó a revivir y a Manuel quien ha sido mi mejor aliado para todo, especialmente para amar, crear y ser feliz. A María Isabel, mi madre, por su amor, su fortaleza y su incondicionalidad. A Doris Argumedo por su escucha y por darme certeza sobre la viabilidad de la idea inicial. A Carmen H., Dora y a Dante por haberme alentado siempre a continuar y porque nunca dejaron de confiar en que sacaría adelante mis proyectos.

Quiero agradecer a todas las personas que se implicaron para contactar a las participantes de la investigación, entre ellas el Dr. Luis Estremadoyro, Dr. Andrés Barriga del Barco, Dr. Juan Román, Ing. Marita Barriga y especialmente al Dr. Patrizio Centurión quien mantiene en su praxis profesional un interés verídico e integral por la salud y bienestar de sus pacientes. A Lupe Jara por aceptar, en más de una oportunidad, asesorar esta investigación, por su exigencia, dura pero satisfactoria, y por mostrarme que menos es más. A Arturo Calderón por el arduo trabajo en la elaboración de los estadísticos y al Dr. Félix Belzunce T. por su paciencia para enseñarme a leerlos. A Matilde Ráez por su generosidad al compartir sus conocimientos y por atender a mis dudas. A las mujeres de este estudio por permitirme estar con ellas y conocer de cerca sus inquietudes y expectativas con respecto a su deseo de sentirse bien consigo mismas.

A mi familia, tanto en Perú como en Murcia, que me animaron y sostuvieron durante la elaboración de este estudio. A mi padre, que me ha brindado la posibilidad de elegir, de sentirme libre y que junto a mi madre sembraron en mí la inquietud de conocer y aprender. A mis suegros, que vivieron conmigo la expectativa de la cosecha de este trabajo. A mis hermanos Marita y Dany y a mis amigas Pamela K. y Rocío Z. por alentarme a llegar a la meta final. Finalmente a Nicola Sirkis y a su Black City Paradise que me acompañaron durante todas las horas de trabajo.

Resumen

Autopercepción en mujeres que se someterán a una mamoplastía de aumento

El presente estudio busca describir las características de la autopercepción en un grupo de 15 mujeres que se someterán a una Mamoplastía de aumento (MA). La medición se realiza usando clúster de autopercepción del Sistema Comprehensivo de Exner y una entrevista semiestructurada. Las variables se contrastan con la data de Ráez (2007) utilizando la Prueba de Wilcoxon. Los resultados muestran diferencias significativas en el Contenido anatómico y radiográfico (An+Xy) siendo mayor en el grupo de estudio, lo que indica una inusual preocupación corporal en las participantes. En tanto, a partir del análisis de contenido de las entrevistas se observa que: hubo un retraso en el crecimiento de los senos en la etapa de la pubertad, lo que repercutió en la configuración de la imagen corporal femenina de las participantes. Con respecto a las mujeres que dieron de lactar consideran que este hecho afectó la configuración de sus senos, esperando reconstruirlos por medio de la MA. A la vez, existe la expectativa de que la MA mejorará su apariencia femenina, proporcionándoles mayor seguridad en su desenvolvimiento social. Y la mayor parte de mujeres con pareja esperan que la MA mejore su desenvolvimiento sexual.

Palabras clave: Autopercepción, Mamoplastía de Aumento, Psicodiagnóstico de Rorschach.

Abstract

Self-perception in women who will undergo a breast augmentation

The present study aims at describing the characteristics of self-perception of a group of 15 women who will undergo a breast augmentation (augmentation mammoplasty MA). The measuring is carried out using a cluster of self-perception from the Comprehensive System by Exner and a semi-structured interview. Variables are contrasted with data from Ráez (2007) using the Wilcoxon test. The results show significant differences in the Anatomic and radiographic content (An+Xy), being this bigger in the research group, which indicates an unusual concern of the participants for their body image. In the meantime, from the analysis of the content of the interviews it is observed that: There was a delay of the breast growth in puberty, which had an impact in the configuration of the female body image of the participants. Concerning women who breastfed, they consider that this fact affected their breast shape, hoping to change its shape through a breast augmentation. They expect that a breast augmentation will improve their female appearance, providing them with greater security in their social interaction. And most of the women in a relationship hope that a breast augmentation will improve their sexual performance.

Keywords: Self perception, augmentation Mammoplasty, Rorschach Psychodiagnosis.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	10
Participantes	10
Medición	12
Procedimiento	16
Resultados	17
Discusión	28
Referencias	39
Anexos	52
A Consentimiento Informado	52
B Ficha de datos y Entrevista Semi Estructurada	53

En la actualidad el busto es la parte del cuerpo femenino más modificado por la cirugía estética, siendo la Mamoplastía de aumento -en adelante: MA- la intervención más popular en los 25 países donde se efectúan la mayor cantidad de cirugías estéticas a nivel mundial; ello debido no sólo al número de intervenciones de este tipo, sino también porque cada vez más mujeres desean realizársela en un futuro (Encuesta Global Bianual de la International Society of Aesthetic Plastic Surgery [ISAPS], 2009). Así mismo, The American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS, 2012) reportó que el número de intervenciones de MA se ha incrementado en un 226,8% entre los años 1997 y 2012. A su vez, la ASAPS (2012) encontró que del total de mujeres que se realizaron una MA durante el 2012 el 52,2% tenían edades entre los 19 y 34 años y el 37,8% entre los 35 y 50 años. En relación al Perú, a pesar de la falta de estadísticas nacionales, la ISAPS (2003) lo ubicó en el 28vo. lugar en la lista de los países que realizan cirugías estéticas, donde la MA, después de la rinoplastia, es la operación más realizada (Arriola, 2006; Prompex, 2005; Reaño, 2005).

Por otra parte, entre las motivaciones para realizarse una MA, la ASAPS (2012) reporta que el 51,8% se la realizan por motivos puramente cosméticos, es decir que las pacientes no presentaban deformidad, asimetría o atrofia en uno o en ambos senos (Ferraro, Rossano & D'Andrea, 2005). Así mismo, Mybreast.org (2007, en Consulting Room, 2010) encuentra en una encuesta realizada a 1500 mujeres que entre las principales razones por las que se realizarían una MA están el deseo de experimentar una mayor confianza en sí mismas (66%) y el de sentirse más femeninas (33%), mientras que sólo el 3% tenía como fin llamar la atención. Al respecto, diferentes autores (Alizade, 2005; Ferraro et al.; Hasan, 2000; Larraín, 2010; Romero, 2007; Sarwer, Magee & Clark, 2003) coinciden en señalar que la modificaciones corporales obtenidas por medio de la cirugía responden al deseo de alcanzar los cánones de belleza contemporáneos, así como verse jóvenes; generando modificaciones en el área personal, afectiva, social e inclusive laboral, por lo que conllevan casi siempre efectos psicológicos (Kauak, 2004; Sousa, Gonzáles, Peña, Guemes, & García-Campayo, 2003; Souza, 2003). Del mismo modo, dado que toda intervención quirúrgica con fines estéticos es siempre

opcional (Behar, 2010; Unger, 2007), su uso parece asociarse más con la salud mental que con la salud física de la paciente (Grossbart & Sarwer, 2003; Guimón, 2008; Moser & Aiken, 2011; Sousa et al.; Rioja, 2006; Unger, 2007). En tal sentido, al tratarse de una modificación del cuerpo, toma relevancia el estudio de la autopercepción.

Al respecto, para Exner (2007), la autopercepción es el conjunto de elementos descriptivos y valorativos que la persona va construyendo de sí misma a lo largo de su desarrollo, permitiéndole tener un autoconocimiento y una autovaloración que suelen ser amplios y ajustados a la realidad. A la vez, Exner (2007) plantea que la autopercepción tiene dos aspectos, uno cognitivo y otro afectivo. El aspecto cognitivo está dado por la autoimagen que engloba una serie de autodescripciones, que pueden ser reales o imaginarias y que incluyen pensamientos, informaciones, creencias, opiniones e inferencias que la persona realiza de sí misma (Angyle, 1980; Campbell & Lavalley, 1993; Gekas, 1982; González-Arratia, Romero & Valdez, 2004; Lingren, 1984; Teixeira & Giacomoni, 2002). El aspecto afectivo se desprende de los contenidos positivos y/o negativos de estas autodescripciones, que involucrarían directamente a la autoestima, la cual es concebida por varios autores como una estructura con base en lo cognitivo (Campbell & Lavalley, 1993; Crocker & Park, 2004; González-Arratia et al.; Quintanilla, 2003). Así mismo, la autoestima comprende dos dimensiones, que interaccionan: la personal y la colectiva; la primera está en relación al valor que las personas poseen de sí mismas y la segunda está asociada a la actitud de las personas hacia las categorías y los grupos sociales a los que pertenecen dentro de su cultura (Páez, Zubieta, Mayordomo, Jiménez & Ruiz, 2004).

Las modificaciones corporales y fisiológicas que se producen durante el crecimiento y el envejecimiento influyen en la construcción de la autopercepción de las mujeres, contribuyendo favorablemente o no, al desarrollo de su identidad femenina (Alizade, 2005). Ello debido a que, como señala Pines (1998), en la mujer existe una particular y estrecha relación entre la mente y el cuerpo, involucrando activamente a este último en sus experiencias y transiciones. En el

mismo sentido, otras autoras (Anzieu, 2001; Axelrod, 2006; Mannarelli, 1996; Victoria, 1995) señalan que el cuerpo femenino, por sus múltiples funciones físicas –menstruación, parto, lactancia, maternidad- y al estar predeterminado por cambios naturales –desde la menarca, la adolescencia, el embarazo, hasta el climaterio- exige de la mujer un constante proceso de adaptación y equilibrio, tanto de su mundo interno como de sus roles sociales, lo que puede ocasionar la experimentación de elevados niveles de ansiedad y preocupación, que fluctúan en función a la edad y/o etapa de desarrollo; lo que a la vez, provoca movimientos psíquicos en la esfera de la identidad misma.

Por consiguiente, cuando estas preocupaciones no son debidamente manejadas pueden producir trastornos en la relación que las mujeres establecen con sus cuerpos (Axelrod, 2006; Brullmann, 1999; Cottle & Serrano, 1990; Mannarelli, 1996; Zusman, 2000). Así, Andronikof-Sanglade (1990) considera que todo cambio que se adscribe en el cuerpo, especialmente en el caso de la mujer, puede generar psicopatologías en razón a la resistencia al cambio que se produce en el sí mismo, especialmente en los periodos de la adolescencia o de la crisis de la adultez media. De manera particular, el busto es una de las partes del cuerpo femenino que recibe mayor atención por las connotaciones simbólicas que posee sobre la femineidad, la sensualidad, la maternidad y la sexualidad (Alizade, 2005; Anzieu, 2001; Dio, 1997) por lo que su desarrollo tiene un correlato significativo en la construcción de otros procesos psicológicos de la mujer. En este sentido, el surgimiento de adversidades en su desarrollo físico y/o en relación a su construcción social (Lee, 1997), pueden impactar en la construcción de la autopercepción.

La importancia del seno de la mujer se da desde el inicio de la vida, cuando la niña se identifica con la figura y el género de su madre, por medio de los procesos de incorporación e internalización del pecho materno (Levin, 2006; Sloane, 1993). Posteriormente, en la pubertad, el adelanto o retraso en el desarrollo de las características sexuales secundarias puede generar repercusiones a nivel social e intrapsíquico, agregando mayor complejidad al proceso de

reorganización psíquica inherente a este periodo (Uriarte, 2010). Al respecto, es importante cómo la púber y su entorno interpretan dichos cambios (Berger, 2004; Brullmann, 1999; Petersen, 1993; Simmons, Blyth & McKinney, 1983) sintiéndose mejor sí maduran al mismo ritmo que el resto de sus pares (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009), y por el contrario, sintiéndose estafadas cuando se retrasa la aparición de los senos, ya que su desarrollo es la primera manifestación física en la mayoría de púberes y es lo que culturalmente se considera como un símbolo de femineidad (Berger, 2004; 2006; Sloane, 1993).

Así, la aparición de los senos, impacta en el desarrollo de la imagen corporal y de la autoestima (Berger, 2004), por lo que algunos autores (Simmons Blyth & McKinney, 1983; Susman & Rogol, 2004) la consideran un predictor de la salud mental de la adolescente y un aspecto que marca su transito a la madurez. Al respecto, algunos estudios longitudinales (Berger, 2004; Jones, 1965; Livson & Peskin, 1980) encontraron que los problemas de autoestima generados por el retraso del crecimiento corporal en la pubertad se mantuvieron en la adultez joven a pesar que el órgano indicado se desarrolle posteriormente dentro de lo normal o de las expectativas sociales. Posteriormente, una vez que los senos toman visibilidad en la etapa de la adolescencia se constituyen en un atributo de seducción y en una fuente potencial de estimulación erótica, jugando un rol en la expresión de la sexualidad y sensualidad de la adolescente (Anzieu, 2001; Sloane, 1993).

En la adultez joven, la consolidación de la identidad se entrelaza con la autopercepción corporal, especialmente en el caso de la mujer (Lagarde, 1990). A la vez, el establecimiento de compromiso e intimidad en las relaciones sociales, laborales y personales facilitan que la sexualidad se despliegue, dando lugar a que la persona se vaya descubriendo corporal y sexualmente. Al respecto, Früh (2004) postula que la mayoría de las mujeres no incorporan en su experiencia de excitación las conexiones fisiológicas y simultáneas existentes entre los órganos erógenos como son los pechos, el clítoris y la vagina; persistiendo la idea de un placer focalizado en una sola de estas fuentes de excitación, lo que no contribuye

a la integración corporal en la experimentación de la sexualidad femenina. A su vez, debe considerarse que dicha integración puede verse amenazada por la cirugía intrusiva de una MA pues disminuye el umbral de sensibilidad de los senos (Sperling, Hoimyr, Finnerup, Jensen & Finnerup; 2011).

Con el embarazo y la posterior lactancia los senos también tendrán un particular protagonismo al estar entre las primeras señales de la transformación en el cuerpo de la mujer (Sloane, 1993) y por el vínculo que se establece con el bebé. De ahí que Früh (2004) plantea que surge un retraimiento de la función sexual del pecho en favor de la lactancia.

Finalmente, en la adultez media, se experimenta en varios niveles el llamado “proceso de pérdida” (Freixas, 1991) que involucra visiblemente los aspectos físicos, modificando la autopercepción anterior en respuesta a la nueva realidad física y biológica. Lo anterior será afrontado por cada mujer de acuerdo a su personalidad, así muchas la vivenciarán con serenidad y curiosidad; mientras en otras se despertará el temor a envejecer. Esto último puede ser fuente de potenciales conflictos que algunas aliviarán con compulsivas cirugías estéticas (Alizade, 2005; Axelrod, 2006).

Para varios autores (Anzieu, 2001; Baile, Raich & Garrido, 2003; Cottle & Serrano, 1990; Esnaola, Rodriguez & Goñi, 2010; Pruis & Janowsky, 2010; Tseëlon, 1995) la población femenina suele experimentar una insatisfacción con su cuerpo que se mantiene estable a lo largo de su ciclo vital. Esta insatisfacción aparece cada vez más en edades más tempranas, lo que genera conflictos y alteraciones en el desarrollo, por lo que la búsqueda de modificar su cuerpo a través de los métodos médicos es cada vez más anticipada (My new breast, 2006; Seid, 1994). De manera específica, si bien a lo largo de los siglos, el cuerpo de la mujer no ha sufrido alteraciones severas en su constitución fisonómica, en relación al tamaño de los senos sí ha habido un cambio en su percepción y en lo que se considera su “aspecto natural” (Wong, Modelina & Park, 2007).

En la misma línea Kling, Shibley, Shower y Buswell (1999) encuentran que las expectativas culturales que se tienen sobre la apariencia física de las

mujeres afecta su autoestima, siendo ésta menor que la que exhiben los hombres (González-Arratia et al., 2004; Quatman, 2001; Heinberg, Thompson & Tantleff, 1992). Así, las variables socioculturales son consideradas en la mayoría de las investigaciones actuales sobre el cuerpo femenino (Rodríguez & Sáez, 2008; Rivarola & Penna, 2006; Tsiantas & Ross, 2001), hallándose que la internalización de las presiones derivadas de ellas han generado, principalmente entre las adolescentes y las jóvenes adultas, distorsiones y ambigüedades con respecto a lo que se desea de sus cuerpos (Larraín, 2010). Por ejemplo, va en aumento el deseo de verse delgadas, pero con pechos voluptuosos (Behar, 2010; Cuevas, 2009; Woertman & Van Der Brink, 2012). En efecto, actualmente, los modelos corporales idealizados, difundidos por los medios masivos de comunicación, no hacen hincapié sólo en la delgadez sino también en la voluptuosidad del seno (Altabe, 1998; Ferguson, Winegard & Winegard, 2011).

Otro aspecto sociocultural relacionado con la cirugía estética revelado por las encuestas anuales de la ASAPS (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012) es que las personas que consideran para sí algún tipo de cirugía estética mencionan que no experimentarían sentimientos de vergüenza por comunicar y mostrar abiertamente a su entorno más allá de su círculo familiar y/o amical, sus operaciones. Sin embargo, en sociedades como la nuestra las mujeres mantienen aún una actitud conservadora con respecto al manejo de sus cuerpos, desde su vestimenta hasta las modificaciones que harían en ellos (Español & De la Gándara, 2008; Tseëlon, 1995), actitud que se contrapone con la existente en otras sociedades más occidentalizadas (Haas, Champion & Secor, 2008; Ogle & Damhorst, 2005; Ospina, 2009). En nuestro país las mujeres parecen preferir ser discretas con respecto al tamaño que desean obtener con una MA –a diferencia de otros países sudamericanos como Colombia y Brasil, que son líderes en la realización de MA- pues optan generalmente por aumentarse una talla o dos tallas de pecho, manteniéndose a la vez reservada para hablar o mostrar abiertamente sus intervenciones estéticas¹.

¹ Comunicación personal con cirujanos plásticos, enero del 2007

De esta manera, el descontento y la insatisfacción que las mujeres experimentan con el aspecto físico de sus senos es un propulsor para optar por la cirugía estética (Frederick, Peplau & Lever, 2008; Grossbart & Sarwer, 2003; Guimón, 2008). Sin embargo, hallamos que en la mayoría de las investigaciones (Ferraro, Rossano & D'Andrea, 2005; Grossbart & Sarwer, 2003; Hasan, 2000; Vargel & Ulusahin, 2001) sobre los aspectos psicológicos de las pacientes que se realizan algún tipo de intervención estética se identifican tres temas recurrentes a) la satisfacción que podrían experimentar las pacientes con respecto a los resultados de la intervención, b) el cambio psicológico positivo conseguido posterior a la intervención y c) la existencia de “tipos de pacientes” y/o psicopatologías en las que está contraindicada la cirugía cosmética.

Por su parte, para Sarwer, Pertschuk, Wadden, Whitaker & Linton (1998) resulta más importante desentrañar los aspectos que intervienen en el descontento que las pacientes experimentan con su apariencia y que las lleva a someterse a una intervención de tipo invasiva. Al respecto, Grossbart y Sarwer (2003) señalan que aunque los objetivos individuales y las expectativas personales para realizarse una operación estética sean variables, a menudo las pacientes comparten la vivencia recurrente de sentimientos, pensamientos o experiencias dolorosas en relación a su cuerpo. Así, Anderson y Kaczmarek (1996) encuentra que en algunos casos los discursos de las pacientes que se someten a una MA reflejaban diferentes dificultades personales y/o interpersonales. Por su parte Selvini (1967, citado en Lebeuvre, 1990) indica que a través de la cirugía estética algunas personas buscan expulsar del espacio psíquico representaciones dolorosas o elementos conflictivos para inscribirlos sobre el cuerpo, buscando ignorar el origen psíquico de dicho malestar.

De otro lado, Javo & Sorlie (2010) reportan que en las mujeres la decisión de realizarse alguna intervención estética coincide con momentos de crisis, como por ejemplo la separación de la pareja y el envejecimiento, como una manera de sentirse mejor con ellas mismas². En tanto, Vargel & Ulusahin (2001) encuentran

² Comunicación personal con médicos cirujanos, 2005.

que si bien algunos pacientes cosméticos exhiben rasgos saludables, otros presentan síntomas depresivos.

Es por ello que diferentes autores (Grossbart & Sarwer, 2003, Hasan, 2000; Vargel & Ulusahin, 2001) encuentran que las metas quirúrgicas para las mujeres incluyen cambios en los estados emocionales y/o cognitivos, y una mejora en las relaciones interpersonales. Así Ferraro et al. (2005) y Caslav (2001) consideran consecuente la idea de operarse ante la presencia de un dualismo entre la imagen del cuerpo y la autoimagen interna, el cual podría disiparse por medio de la cirugía. Dicho dualismo, en muchos casos, estaría fomentado por las expectativas socio-culturales respecto al cuerpo femenino, generando alteraciones en su imagen corporal (Larraín, 2010).

Es por ello que el estudio de la autopercepción, toma relevancia, siendo el Rorschach un método privilegiado para medir la imagen corporal, el funcionamiento del Yo y las relaciones de objeto (Andronikof-Sanglade, 1990). Así, Lefebvre y Hernalsteen (1990), utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach, encuentran que las mujeres que se realizaban indistintamente algún tipo de cirugía estética tienen una mayor producción de respuestas globales en detrimento de los detalles y un número elevado de contenido animal, las que eran generalmente percepciones estereotipadas, datos que evidencian la poca implicación en la tarea de las participantes como producto de su actitud negativa frente a la evaluación. Estos mismos autores hallaron que sus respuestas básicamente se articulaban con contenidos corporales, producciones más personales –proyecciones de su autopercepción física- y contenidos que expresan preocupación corporal arbitraria, (es decir sin asidero en lo real de su físico). Así mismo, Lefevre y Hernalsteen (1990) hallaron que las mujeres que presentaban una alta ansiedad percibían figuras humanas fragmentadas, en detalles pequeños y poco comunes de la mancha, a la vez que cargas agresivas hacia el cuerpo y con fantasías de mutilación. También se corroboró las fallas en la capacidad de mentalización, especialmente de los contenidos relacionados con el cuerpo, pues hallaron

mermada la capacidad de representar mentalmente los afectos dolorosos de lo que vivían y sentían en sus cuerpos.

Otras investigaciones con el Rorschach (Lefebvre & Hernalsteen, 1990; Romus, Minet & Timit, 1990) han validado la hipótesis de que la presencia de respuestas anatómicas tienen una conexión particular con el cuerpo, en especial en aquellas personas que se someterán o se han sometido a una intervención quirúrgica, puesto que proyectan en las manchas sus preocupaciones en torno al cuerpo (Andronikof-Sanglade, 1990).

A pesar de que la información estadística (ASAPS, 2012; ISAPS, 2003) revela un incremento significativo tanto a nivel mundial como local, del número de mujeres que se someten a una MA y de que el porcentaje de mujeres que aprueban la cirugía estética (53%) y de las que consideran para sí mismas una cirugía estética (37%) en un futuro inmediato va en ascenso (ASAPS, 2010); el número de investigaciones psicológicas realizadas con esta población es limitado en nuestro país. Por tanto, aún no se han abordado en profundidad temas centrales como la autopercepción, un aspecto de especial importancia, por ser la manera en que la persona se describe y se valora a sí misma y que está intrínsecamente relacionada a la decisión de someterse a este tipo de cirugía estética (Abreu, Alessandrini, Leal, Macías, & Turner, 2000; Grossbart & Sarwer, 2003; Kauak, 2004; Sousa et al., 2003; Souza, 2003).

A partir de lo expuesto, esta investigación pretende describir las características de la autopercepción de un grupo de mujeres que se someterán a una MA. Asimismo, se busca conocer cómo perciben sus senos y las implicancias de la MA en su autopercepción. Para ello se plantea un estudio que a partir de utilizar el clúster de autopercepción del Sistema Comprehensivo del Rorschach compare los puntajes en las mujeres evaluadas con la data de una muestra peruana (Ráez, 2007). A la vez, a partir de una entrevista semiestructurada se establecen categorías temáticas sobre la percepción de las participantes del aspecto físico de sus senos y las expectativas y motivaciones que tienen sobre el impacto de la MA en su autopercepción.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 15 mujeres que se iban a someter a una intervención de MA, 12 de ellas fueron contactadas a través de médicos en dos clínicas donde se realizan operaciones estéticas y las 3 restantes fueron evaluadas en el marco de una evaluación psicológica individual solicitada por ellas mismas. Las participantes fueron seleccionadas de manera intencional, considerando como criterios de exclusión los casos en los que la intervención tuviera fines reconstructivos, como los que ameritan por ejemplo una mastectomía(s) previa(s) o alguna deformación y/o atrofia mamaria visible; así como aquellas mujeres que estuvieran en algún tipo de intervención psiquiátrica o psicoterapéutica.

Todas las participantes fueron informadas sobre la naturaleza del estudio y consultadas sobre su participación voluntaria, firmando un consentimiento informado (Anexo A), en el que se explican el objetivo del estudio y los instrumentos a utilizar. Se enfatizó la confidencialidad de todo el proceso y se garantizó el anonimato de las participantes.

La edad de las participantes oscilaba entre los 20 y 50 años, siendo la edad promedio 33 años. Con respecto al lugar de procedencia, 12 eran peruanas y 3 eran extranjeras, de nacionalidad colombiana. Entre las peruanas, 7 eran naturales de Lima y 5 de ciudades capitales de provincia. Con relación a su grado de instrucción, 8 presentaban estudios de grado técnico y 7 de grado superior. A partir de información espontánea que proporcionaron las participantes se identificó que tenían diversos niveles adquisitivos, incluso algunas de ellas reportaron haber ahorrado durante largo tiempo con el propósito de pagar una MA. En lo que respecta a la relación de pareja, 12 de ellas mantenían algún tipo de relación estable y 3 no tenían pareja. Además, 9 mujeres no tenían hijos y 6 mujeres al menos tenían 1 hijo, estas últimas reportaron haber amamantado a sus hijos.

A modo de insertarnos en el tema de la investigación se mantuvieron entrevistas personales con varios médicos especialistas en cirugía estética con el objetivo de recabar información intrínseca tanto de los aspectos generales de la cirugía estética como de las pacientes que solicitan una MA. Dos de estos especialistas estuvieron interesados en participar en la investigación, a quienes se les informó acerca de sus objetivos, los criterios de exclusión e inclusión y de manera general sobre la prueba que se les aplicaría a sus pacientes. Por su parte, los médicos especialistas proporcionaron el contacto personal con aquellas pacientes que presentaban todas las características consideradas y que accedieran a participar de manera voluntaria. Además se estableció previamente con cada especialista la forma más viable de llevar a cabo la evaluación psicológica de manera que se compaginara con su protocolo de atención, por lo que la aplicación de la prueba psicológica se llevó a cabo conjuntamente con las evaluaciones físicas y médicas. Con respecto a las 3 mujeres que solicitaron una evaluación psicológica individual fueron evaluadas dentro de la semana en que se les iba a realizar la intervención, en un espacio de consulta privada.

Las pacientes, en su mayoría ($n=8$), se internaron en la clínica un día antes de su intervención con el objetivo médico de monitorear su estabilidad física por lo que la habitación de la paciente fue el espacio donde se realizó la aplicación de la prueba y la entrevista. Otro grupo de mujeres ($n=4$) por diversas razones se internaron el mismo día de la intervención. En estos casos la administración del test fue el día que se internaron, indistintamente a que sea o no el día de la operación.

La recolección de nuestros datos se realizó durante un periodo de un año, debido principalmente a que las mujeres interesadas en realizarse una MA toman un tiempo en decidirse³ entre que consultan al especialista por primera vez y se operan. Al respecto, los especialistas entrevistados mencionaron que

³ Algunos especialistas mencionaron que para algunas intervenciones estéticas, entre ellas la MA, puede pasar entre uno e incluso dos años para que las pacientes se decidan a realizárselas. Sólo en el caso de las pacientes que vienen por el llamado turismo de salud la operación se realiza dentro de la semana en que se realiza la primera consulta.

especialmente para las intervenciones, como una MA, suele acontecer lo que Moser & Aiken (2011) denominan pérdida de casos por efecto del arrepentimiento anticipado, es decir que a pesar que deseaban realizarse la operación, el aspecto intrusivo del mismo generaba que muchas desistieran.

Finalmente, se estableció con todas las participantes el compromiso de darles la devolución de sus resultados después de la operación, cuando se sintieran dispuestas físicamente. Sin embargo, ninguna de las participantes contactó a la investigadora.

Medición

La autopercepción se midió con el clúster de autopercepción del Sistema Comprehensivo del Rorschach (SCR). Además se realizó una entrevista semi estructurada a fin de recabar información cualitativa sobre este constructo.

El Sistema Comprehensivo de Rorschach (SCR) mide la organización y el funcionamiento psicológico de la persona, entre ellos la autopercepción (Exner, 2007), la cual es analizada de acuerdo a los siguientes pasos:

- 1. Índice de Estilo Obsesivo (OBS) e Índice de Hipervigilancia (HVI):** El primero indica una actitud meticulosa y perfeccionista cuando se interpretan los datos de la realidad. El segundo indica la presencia permanente de una actitud cautelosa y desconfiada, especialmente en las relaciones interpersonales.
- 2. Índice de Egocentrismo ($3r + (2)/R$) y reflejos ($Fr+rF$):** El primer aspecto proporciona una estimación de la preocupación del sujeto por sí mismo y en algunos casos sobre la autoestima. El segundo alude a rasgos narcisistas de la personalidad, es decir, a una marcada preocupación por uno mismo.
- 3. Respuestas de Forma Dimensión (FD) y de Vista (V):** Ambos están relacionados con el proceso de introspección por lo que proporcionan información de la autoimagen. El primero representa la capacidad para tomar distancia de los

estímulos externos y la capacidad de introspección con matices positivos, mientras que el segundo implica el uso de la introspección con elementos de autocrítica negativa.

4. Respuestas de Contenido Anatómico (A_n) y Radiográfico (A_n+X_y): Ambos guardan relación con las preocupaciones corporales, como también con las alteraciones de la autoimagen.

5. Suma de respuestas de Contenido Mórbido (MOR): Proporciona información del estado de la autoimagen de la persona, pues está articulado con rasgos más negativos, dañados y disfóricos de lo usual.

6. Proporción de $H:(H)+H_d+(H_d)$: Proporciona información sobre cómo el sujeto se percibe a sí mismo y a los otros, es decir, si su autopercepción está basada en elementos de la realidad e interacciones con el exterior o si se basa en una visión parcial, distanciada de la realidad o centrada en la fantasía.

- Revisión de los contenidos de la categoría GHR: PHR, aporta información sobre la percepción que el sujeto tiene de sí mismo y de los demás.

7. Búsqueda de material proyectivo. Se trata de buscar repeticiones o agrupaciones temáticas en los contenidos de las respuestas que confirmen alguna característica obtenida con la información anterior.

- Contenido de las respuestas con Calidad formal menos (FQ-), que aportan datos de la autoimagen y autoestima de la persona.
- Contenido de las respuestas de movimiento, portan elementos proyectivos.
- Estudio de las sobreelaboraciones verbales que poseen representaciones de la autoimagen.

Con respecto a la validez y confiabilidad, el SCR consiguió la denominación de prueba psicométrica, debido al programa de investigación empírico más amplio realizado por Exner y numerosos estudios contemporáneos, con poblaciones diferentes, que han comprobado que este instrumento es psicométricamente estable y válido (Ganellen, 2001; Hiller, Rosenthal, Bornstern,

Berry & Brummen-Neuleib, 1999; Stricker & Gold, 1999; Viglione & Taylor, 2003).

Respecto a la *validez*, esta se ha visto cuestionada por varios investigadores (Hunsley & Bailey, 1999; Lilienfeld, Jay & Lohr, 2004) quienes sostienen que el test presenta poco o ningún criterio de validez y cuestionan las conclusiones diagnósticas que se desprenden de la codificación del Rorschach. No obstante, los estudios meta-analíticos realizados por Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib (1999) revelan lo contrario, pues mencionan que se puede hablar de validez utilizando como criterios otras pruebas, donde el Rorschach presentó una validez de 0.29 en relación al 0.30 que obtuvo el MMPI.

Con respecto a la *confiabilidad*, Exner (1994) la comprobó por medio de un estudio test-retest aplicado después de un año a 50 personas adultas, que dio una consistencia entre 0.81 y 0.9 para la mayoría de las variables. En otro estudio empírico de test-retest (Exner & Weiner, 1995) donde fueron evaluados 100 adultos no pacientes se encontró que de 13 variables mostraron coeficiente de estabilidad de 0.80 después de 3 años, de las cuales 4 de ellas son parte de nuestra investigación (Lambda, M, SumV, Índice de egocentrismo) del mismo modo la variable R (número de respuestas) estuvo dentro de un grupo de los 6 variables que obtuvieron 0.70 en el mismo estudio. Asimismo, en otros estudios realizados por Exner y diversos colaboradores (Garb, Wood, Nezworski, Grove, Stejskal, 2001) sobre la confiabilidad de la consistencia temporal de las variables del Rorschach encuentran que 51 de estas presenta valores medios de fiabilidad de entre 0.7 y 0.8, entre las que se encuentran las variables R, Lambda, Índice de egocentrismo, Fr + rF, FD, MOR.

Para esta investigación se seleccionó 6 protocolos al azar para ser codificados por separado por dos expertas en el Sistema Comprehensivo de Rorschach, obteniendo un coeficiente de confiabilidad del 88.9%, el cual se encuentra dentro del mínimo que establece diversos estudios (Exner, 1994; Weiner, 1997) para la confiabilidad entre examinadores de 0.85.

En el Perú se han realizado estudios normativos con Rorschach (Ráez, 2007; Ráez, Maguiña, Iza, Jara & Velásquez, 1999) en personas adultas no pacientes, siendo el más reciente parte del estudio en que 16 países intervinieron para formular la normativa internacional de adultos no pacientes (Meyer, Erdberg & Shaffer, 2007). Por lo que respecta a la investigación sobre la autopercepción con el SCR en nuestro medio, diversos estudios (Brahim, 2006; Chávez, 2012; Delgado 2001; Godenzi, 2009; Jacoby, 2008; Mayo, 2003; Melo-Vega, 2010; Olano, 2012; Oliver 1999) han mostrado la validez y confiabilidad de la prueba.

Para esta investigación, los datos brindados por el Rorschach serán contrastados con la data de Ráez (2007), la cual está conformada por 233 sujetos peruanos, de los cuales 127 (55%) eran mujeres, el rango de edad oscilaba entre los 17 a 74 años siendo la media 31.56; respecto al grado de educación el 98% presentaba menos de 12 años de educación.

De otro lado, se administró una entrevista semi-estructurada con el objetivo de favorecer el rapport y de recabar información sobre la percepción que tenían las participantes sobre el aspecto físico de sus senos, las motivaciones para realizarse una MA, la edad a partir de la cual desearon aumentarse los senos, las situaciones actuales que circunscribieron dicha decisión y las expectativas que tenían con respecto a los resultados de la MA en los diferentes aspectos de su vida (Anexo B). A partir de estas interrogantes, en el desarrollo de las entrevistas las mujeres expresaron de manera espontánea y amplia la vinculación que tiene el aspecto físico de sus senos con su femineidad y sexualidad. La formulación de las preguntas tuvieron como base los testimonios y las entrevistas de mujeres que se realizaron una MA, momento previos y posteriores a la intervención quirúrgica, recopilados de una serie televisiva médica *Surgery Plastic: After and Before* (Adams, 2006).

Finalmente, se aplicó una ficha sociodemográfica donde se consignó los datos personales de las participantes: edad, ciudad de nacimiento y de residencia, el estado civil, el número de hijos(as) (Anexo B).

Procedimiento

El presente estudio buscó describir las características de la autopercepción en un grupo de mujeres que se iban a someter a una MA para lo cual se aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach, contrastando sus resultados con la data de Ráez (2007). Asimismo, se aplicó una entrevista semiestructurada con la finalidad de recabar información cualitativa sobre las motivaciones y expectativas para realizarse una MA, aportando información sobre la percepción física de sus senos y su vinculación con aspectos de su femineidad y sexualidad. Ambos instrumentos fueron aplicados conjuntamente en la etapa previa a la intervención.

Al concluir el proceso de aplicación del Rorschach el material fue transcrito, codificado y pasó por un análisis de confiabilidad en el que se sometió al 40% (n=6) de los protocolos al criterio de jueces (Hernández, Fernández & Baptista, 2007). Posteriormente la información de cada protocolo fue procesado por medio del programa RIAP 5.0 (Rorschach Interpretation Assistance Program), para obtener los sumarios estructurales. Luego se utilizó el programa estadístico SPSS para la obtención de los estadísticos descriptivos generales de las variables.

Dado el tamaño de la muestra se realizó un análisis de normalidad con la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, en la variante de Saphiro-Wilks, obteniendo que la mayoría de las variables a considerar no contaban con una distribución normal por lo que se optó por usar un análisis no paramétrico, específicamente la Prueba de Rangos con signos de Wilcoxon para una muestra, que permite la comparación de medianas entre el grupo de estudio y los indicadores estadísticos de referencia de Ráez (2007).

Con respecto al análisis de las variables sociodemográficas mencionadas se realizaron estudios de tabla de contingencia y cruces de chi-cuadrado.

En relación a las entrevistas semi-estructuradas, estas fueron transcritas y se realizó un análisis de contenido.

Resultados

Con el fin de responder a los objetivos de la investigación, se presentaran inicialmente los resultados de las variables estructurales del Psicodiagnóstico de Rorschach, luego el análisis de las variables que conforman el clúster de autopercepción entre el grupo de estudio y el de Ráez (2007) y finalmente el análisis de contenido de la entrevista semi estructurada.

A continuación se presentan las medias \bar{X} , las desviaciones estándar (DS), las medianas Me de las variables estructurales del Rorschach y de las variables del clúster de la autopercepción y el nivel de significación exacta P entre las medianas del grupo de estudio y las de la data de Ráez (2007) en el siguiente cuadro:

Tabla 1: Estadísticos descriptivos del clúster de autopercepción en el Rorschach

Variables	Grupo de Estudio		Grupo Ráez		P
	\bar{X}	(DS) Me	\bar{X}	(DS) Me	
R	22.13	(3.70) 22.00	21.73	(7.18) 20.00	0.040*
Lambda	0.64	(0.46) 0.47	0.75	(0.65) 0.59	0.945
HVI	0.73	(1.94) 0.00	2.74	(1.72) 2.00	0.078
OBS	0.80	(1.66) 0.00	1.04	(0.87) 1.00	0.313
3r(2)/R	0.46	(0.18) 0.50	0.40	(0.18) 0.38	0.121
Fr+rF	0.33	(0.62) 0.00	0.28	(0.71) 0.00	0.125
FD	1.33	(1.45) 1.00	0.21	(1.36) 1.00	0.494
SumV	0.40	(0.63) 0.00	0.32	(0.76) 0.00	0.063
An+Xy	2.33	(1.88) 2.00	1.45	(1.69) 1.00	0.022*
MOR	0.60	(1.12) 0.00	0.99	(1.31) 1.00	0.119
H	2.87	(2.39) 2.00	2.57	(2.21) 2.00	0.233
(H)	0.73	(0.70) 1.00	1.39	(1.42) 1.00	0.289
Hd	1.60	(2.35) 1.00	1.4	(1.5) 1.00	0.750
(Hd)	0.53	(0.74) 0.00	0.87	(1.19) 0.00	0.031*

($p \leq .05$ diferencia significativa).

El análisis de los puntajes en el Rorschach se inicia con los indicadores relacionados con la validez de los protocolos: el número de respuestas [R] y Lambda [L]. Al respecto, encontramos que la mediana de la R se diferencia significativamente de la de Ráez, siendo mayor en el grupo de estudio, lo que sugiere que el grupo de estudio presenta protocolos válidos. Sin embargo, es relevante mencionar que las 4 participantes que se internaron el mismo día de su intervención, presentaron una tendencia a simplificar⁴, es decir un L por encima del promedio ($L > \delta = 1$) y pocas respuestas complejas (mínimo 0 y máximo 2).

En el análisis de los indicadores correspondientes al clúster de autopercepción, encontramos que no existen diferencias significativas entre el grupo de estudio y lo reportado por Ráez (2007) en el Índice de Obsesividad (OBS), el Índice de Hipervigilancia (HVI), el Índice de Egocentrismo [$3r+(2)/R$], la suma de reflejos ($Fr+rF$), el determinante de Forma Dimensión (FD), el determinante de Vista (SumV) y el Contenido Mórbido (MOR).

En tanto, se aprecia que habrían diferencias significativas para las respuestas de contenidos anatómicos y radiográficos [$An+Xy$] ($p=0.022$) y para el contenido de detalle parahumano (Hd) ($p=0.031$). Sin embargo, debido a que la prueba estadística de Wilcoxon descarta los empates (Siegel, 1972) no se tomará en cuenta la diferencia existente para (Hd), pues 9 protocolos no presentaron este contenido ($[Hd]=0$), por lo que la muestra para este indicador se redujo de $n=15$ a $n=6$, resultando muy pequeña para realizar inferencias, motivo por el cual solo nos referiremos a las diferencias en torno a $An + Xy$. De otro lado, es importante mencionar que 8 de las 13 participantes que presentan contenido An tienen conjuntamente calidad formal menos (FQ-), lo que implica la presencia de una mayor distorsión en la imagen corporal (Exner, 2007).

En cuanto a las representaciones humanas, en el grupo de estudio predomina la proporción $GHR > PHR$ ($n=11$) respecto a $PHR = GHR$ ($n=2$) y

⁴ Considerando los criterios que sugiere Sendín (2007) para diferenciar si los valores altos de Lambda representan una defensividad situacional ($R < 17$, $EA < \delta = 3,5$ y EB presenta 0 en alguno de sus lados o en ambos) o de un estilo evitativo ($L > 0.99$; $EA > \delta = 4,0$ ó si $EA < 4,0$ y $R > 16$) se identifica que 2 de los 4 casos mencionados pertenecen al primer tipo y los otros 2 al segundo tipo.

GHR<PHR (n=2). Finalmente, en relación a los contenidos de las respuestas de movimiento, encontramos en el grupo de estudio una recurrencia en el uso de los verbos: “mirar” y “observar”. Al respecto Sendín (2007) plantea que las repeticiones de determinados movimientos reflejan aspectos de la autoimagen, por ser características que motivan preocupación para el sujeto.

En relación a las variables sociodemográficas del grupo de estudio (edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, número de hijos) no se encontraron diferencias significativas debido a que las frecuencias observadas para las mismas son muy bajas.

Análisis de Contenido de las entrevistas semi-estructuradas

En relación a las entrevistas, el análisis de contenido proporcionó información sobre la percepción del aspecto físico que las mujeres tenían de sus senos así como del alcance que este tiene en su femineidad, en relación al aspecto social que lo demarca, y en su sexualidad. Asimismo, de las expectativas que las participantes tenían sobre las implicancias de la MA en estos aspectos.

A nivel teórico Goñi, Rodríguez y Esnaola (2010) plantean que la autopercepción física abarca múltiples aspectos, de los cuales las participantes resaltan en relación a sus senos, cuán atractivos los consideran, cómo ha sido su desarrollo, si su crecimiento les proporciona o no satisfacción y para las que son madres, cómo cambiaron a partir de la lactancia.

En relación a cuán atractivos consideran las participantes sus senos, hallamos que en algunos casos si bien refieren gustarles algunas características de sus senos, como *tenerlos en su lugar, que son parados, asimétricos, firmes*, el tamaño de los mismos les genera cierto descontento:

Bueno te contaré que yo siempre quise tener un pecho más grande, a pesar que a mí me gustan mis pechos, no sólo a mí, muchas personas me lo han dicho, mis amigas, mis ex enamorados...pero yo los quiero más grandes (Catalina, 44 años).

...yo creo que les falta base a mis pechos, también tamaño (Ximena, 33 años).

Quisiera que tuvieran forma...quiero tenerlos redondos -hace el gesto con la mano por encima de los senos- (Alondra, 23 años).

Respecto al desarrollo de los senos, todas las mujeres del grupo de estudio experimentaron un retraso en la aparición de sus senos y la mayor parte de ellas (doce) reportaron que desde la pubertad desearon tener un pecho grande o similar al de sus compañeras de clases y/o al de algunas mujeres de su familia, generalmente al de sus hermanas mayores o su madre. En efecto, Berger (2004) menciona que las adolescentes esperan que los cambios físicos de la pubertad se den a tiempo, “no mucho antes ni después que sus amigas” (p. 444).

Creo que desde los 12 años deseo tenerlos grandes, en mi colegio todas mis amigas desarrollaron, todas tenían más senos que yo (Piedad, 21).

...yo tenía 11 [años] y veía a mi hermana de 15 años y veía sus pechos grandes y yo decía quiero tenerlos igualitos y me quede con eso de querer tenerlos grandes (Catalina, 44 años).

Las participantes también señalaron que este desarrollo tardío de sus senos, entre los 14 y 17 años, les generó previo a este crecimiento que se mantuvieran a la expectativa del mismo y que posteriormente sintieron que dicho crecimiento no fue el esperado:

Quería tener pechos grandes desde siempre... desde que tenía 12, 13 años de edad, desde bien chica, verdad, porque a mí me salieron pechos a los 15 años, tarde para una chica, la mayoría ya los tienen desde antes, pero sabes eso también es familiar, a todas las mujeres de mi casa nos salió tarde (Catalina, 44 años).

Lo que sucedió fue que a los 14 años recién empezó mi crecimiento (Alondra, 23 años).

En realidad creo que empecé a desarrollar tarde [los senos], como a los 15 años...pero tampoco es que se notara mucho (Paola, 23 años).

Además encontramos que el modo en que se auto percibían y/o auto perciben aún se ve reflejado por la manera en que describen sus senos en relación a sus cuerpos, lo cual a su vez no parece brindarles satisfacción:

...tengo el busto de una pequeña adolescente (María, 39 años).

...mis pechos son así chiquitos, como de una niña (Piedad, 21 años).

...empecé a tener senos a los 15 años, antes parecía un niño, no tenía el cuerpo que se tiene a esa edad (Paola, 23 años).

Sin embargo, estudios como el de Cuevas (2009) mencionan que las mujeres no siempre o únicamente valoran el tamaño de sus senos, sino que también valoran otros aspectos como la simetría existente entre los senos y la proporcionalidad que guardan con el cuerpo, aspectos que parecen repercutir en la estructuración de una autopercepción positiva.

Por otra parte, las participantes que han sido madres mencionaron haber experimentado un cambio en la apariencia de sus senos después de amamantar. Sus relatos presentan en sus descripciones connotaciones más de tipo emocional así como cierta dificultad para adaptarse a los cambios físicos que se advienen con la edad (Axelrod, 2006) los cuales quieren ser remediados por medio de la cirugía estética:

...después de dar de lactar no me quedó nada, nada de busto...sí, no sé qué paso pero sentí que cambiaron, mientras que tenía líquido estaban grandes,

eso fue con mi primera hija, después que deje de tener líquido en los pechos, mis pechos cambiaron mucho. No sé por qué. Se encogieron, se secaron (Viviana, 41 años).

(Sacando una foto de su bolso) esta es una foto mía antes de tener hijos, mis pechos eran grandes y formados, pero después de hacer lactar, es como si se hubieran reducido (Selena, 49 años).

Además, una participante relató que al inicio de la lactancia al incrementársele el tamaño de sus senos, le evocó el deseo que tuvo durante la adolescencia de tener senos grandes:

Con la maternidad se incrementó mucho mi busto pero después de dos meses [de dar a luz] volvieron a estar de igual tamaño... tengo recuerdos de la adolescencia que me exigen tener un busto como el que busco (María, 39 años).

Asimismo, resulta relevante considerar que la percepción del aspecto físico, se encuentra determinada por las imágenes corporales construidas y definidas por cada cultura, como también por aquello que se considera como femenino y ser mujer. A partir de lo anterior, Cuevas (2009) reporta que si bien la femineidad se encuentra asociada a múltiples aspectos, existe una asociación significativa entre femineidad y el aspecto físico y el cuidado que este recibe. Al respecto, un tema presente en la mayoría de las participantes fue la expectativa de sentirse “más mujeres”, “más femeninas” al modificar su aspecto físico por medio de una MA:

Me voy a sentir más mujer, porque la gente me da 15 años o incluso menos (Piedad, 21 años).

...sé que no es la solución, pero se me verá más mujer (Carmen, 50 años).

Yo soy flaca entonces a veces siento que no me veo totalmente como una mujer, entonces imagino que cuando esté con los senos más grandes mi cuerpo va tomar más forma femenina, se me va ver mejor (Paola, 23 años).

También en algunas mujeres la búsqueda de la armonía entre las partes físicas más relacionadas al cuerpo femenino –caderas, busto, nalgas- se encuentra dentro de las expectativas que tienen de la MA:

...yo soy voluptuosa, tengo caderas, anchas, trasero grande, pero mis pechos son pequeños, no me gustan así, con la operación todo mi cuerpo tendrá armonía (Verónica, 34 años).

De otro lado, encontramos que la mayor parte de las participantes enfatiza que no busca llamar la atención de las personas, ni parecerse a determinadas figuras emblemáticas de la sociedad, sino que buscan sentirse seguras consigo mismas y por ende en sus interacciones sociales, a partir de tener un aspecto más femenino, lo que concuerda con lo hallado en la encuesta de Mybreast.org (2007):

Yo no me estoy haciendo esto para mostrarme, sino por mí, porque quiero verme al espejo y quiero verme bien, gustarme (Ximena, 33 años).

Sin embargo, entre las mujeres solteras aparece cierta expectativa de ser miradas y que la apariencia de sus senos se ajuste a lo esperado socialmente, pero siempre anteponiendo su deseo de sentirse seguras:

Yo me opero para verme bien, para mí...Me voy a sentir bonita en la playa, antes me desaprobaba, pero con la operación voy a llamar la atención, no sólo ese sentido sino que se me va ver bonita tanto para hombres como para mujeres, porque cuando yo voy a la playa y veo una mujer con senos grandes la veo bien (Piedad, 21 años).

Básicamente es para sentirme segura de mí, y luego es para lucirlo cuando vaya a una fiesta (Silvia, 20 años)

En algunos casos, el deseo de tener los senos voluminosos parte de la sensación de haber sido observada, aunque no de manera positiva. Por lo que refieren que se encuentran pendientes, de manera permanente, de cómo se ve el tamaño de sus senos y cómo estos son mirados. Lo anterior puede reflejar proyectivamente su propia preocupación o insatisfacción:

Como soy insegura prefiero que no se den cuenta de mí, entonces si no soy percibida por el resto de personas, especialmente por hombres, me siento segura porque si me estuvieran viendo creo que me sentiría observada y criticada porque como no se me ve mis pechos me sentiría cohibida, desde adolescente prefiero andar como jorobada, así los oculto (Julissa, 30 años).

Bueno, yo cuando entro a un bar sé que todos me miran y a pesar de que me manejo bien con tantas miradas, no me siento todo lo segura que me gustaría sentirme, especialmente de perfil, por mis senos, creo que cuando tenga senos más grandes, no sólo me mirarán más sino que me sentiré segura (Paola, 23 años).

Adicionalmente hallamos que las mujeres que no estaban satisfechas con sus pechos reportaban mayor preocupación acerca de usar prendas con escotes y/o un traje de baño en público:

Antes era terrible, pues veía una ropa que me gustaba y cuando me la probaba... nada que ver, me quedaba horrible, estaba harta que la ropa que me gustaba no me diera y peor si tenía escote. Desde ahí tenía deseos de tener más tamaño de mamas. Después salieron los brasieres que tenían silicona, entonces me ponía ambas el brasier con pushap y la silicona, todo

bien pero cuando iba a la playa... nada pues... no podía lucirlas (Samantha, 29 años).

Al respecto, si bien una manera que tienen las personas y en especial las mujeres de relacionarse con sus cuerpos es a través de la ropa, en el grupo de estudio se halla que en la elección de la vestimenta los senos toman protagonismo e invierten la percepción casi total del cuerpo, debido a que colocan el mayor peso de su femineidad y el sentido de seducción en sus senos (Zambrini, 2010).

En relación a la influencia de los aspectos socioculturales de la imagen femenina lo vemos reflejado de manera explícita en el caso de las tres mujeres extranjeras pues comentaron que su decisión de realizarse una MA estuvo influenciada por el estereotipo corporal de su país. A su vez, es relevante mencionar que estos aspectos no se encuentran en el discurso de ninguna participante peruana:

[]...he estado rodeada de este ambiente donde sólo se habla del físico, creo que desde siempre he deseado esta operación, incluso antes de decidirme hacérmela (Giovana, 20 años).

Todas las amigas que tengo en mi país tienen pechugas naturales o postizas (Paola, 23 años).

Las mujeres con las que me reúno son también de mi país...y la que menos tiene siliconas en los senos, así que se me verá bien y no habrá inconvenientes (Carola, 50 años).

Por otra parte, las mujeres que en ese momento tenían pareja mencionaron tener la expectativa que la MA favorecería sus relaciones de pareja y también su vida sexual. Al respecto, Didie y Sarwer (2003) hallan que estas expectativas están enlazadas con la forma más femenina que sienten que obtendrán con la operación:

Bueno sentirme bien conmigo misma y bueno siempre repercute en lo demás, por ejemplo en mi relación, ahora me podré poner lencería bonita... antes no podía... no había nada... imagino que mejorará mi relación con mi pareja, pero con esto no digo que estamos mal, todo lo contrario (Samantha, 29 años).

Bueno, creo que una misma quiere verse bien, especialmente al quietarse la ropa, y quiero verme bien con la ropa interior tanto para mí como para él (Catalina, 44).

Además en mi relación de pareja el que yo tenga pechos grandes le gustará a mi pareja en la intimidad y por eso me gustará a mí (Piedad, 21 años).

En relación a esta área la investigación de Frederick et al. (2008) identificaron que la insatisfacción que experimentan las mujeres con pechos pequeños repercutía en sus relaciones íntimas con su pareja, pues se sentían menos dispuestas a mostrarse desnudas, buscando mas bien ocultar sus senos durante las relaciones sexuales. En nuestro grupo de estudio si bien no encontramos de manera explícita este aspecto sí se menciona la expectativa de poder “mostrarse” ante sus parejas, luego de la MA. Este mismo estudio encuentra que si bien las mujeres de su grupo de estudio no se sentían a gusto con el tamaño y/o forma de sus senos, sus respectivas parejas se mostraban satisfechos con dicho aspecto y además mencionaron que -indiferentemente de que las apoyaran o no en realizarse la MA- ninguno había sugerido la realización de una MA. Este último aspecto está presente en el relato de las mujeres de nuestro grupo de estudio:

Él no está muy de acuerdo en que me opere, me dice que le gustan mis senos porque son formados, que no necesito aumentármelos, pero bueno aceptó pagarme la operación para que me sintiera mejor (Catalina, 44 años).

...bueno yo quería hacerme esta operación para verme mejor, él [esposo] no está de acuerdo... (Selena, 50 años).

Otro aspecto que llamó nuestra atención fue que sólo dos mujeres del grupo de estudio mencionaron su preocupación y/o descontento por la insensibilidad en los pezones que se experimenta luego de la MA (Sperling, Hoimyr, Finnerup, Jensen & Finnerup; 2011), tomando en cuenta que la mayoría de mujeres se entrevistó en más de una oportunidad con el médico de cabecera y de que muchas de ellas comentaron haber buscado información sobre este tipo de operación:

Sé que se tiene menos sensibilidad, me sentiré mal, sentiré que falta algo, que faltaba algo de mí. La ropa me dará bien pero eso [MA] sacrificará mucho la satisfacción. Eso sí sentí, que mis senos se verán como eran siempre, es decir antes de tener que lactar. Eso me gusta (Viviana, 41 años).

Se me va ver bien, pero esta operación me la hará por el pezón y pierdes sensibilidad, eso es lo malo (Carmen, 50 años).

DISCUSIÓN

A continuación se discutirán los resultados hallados para ofrecer una mayor comprensión sobre la autopercepción de las mujeres que se realizarán una MA. Para ello la discusión está organizada en cuatro partes: la primera versará sobre la pertinencia del uso del instrumento para identificar las características de la autopercepción en una población de mujeres que se encuentra en un periodo preoperatorio; en la segunda parte se tratará sobre el análisis de la relación entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007); la tercera parte se centrará en el análisis del contenido cualitativo del Rorschach, así como de las entrevistas realizadas a las mujeres participantes; y finalmente, en la cuarta parte se señalarán los aportes y las limitaciones de este estudio.

En relación con la primera parte, como señala Ráez (1994) el Psicodiagnóstico de Rorschach es una prueba que permite acceder a la estructura y a los contenidos de la personalidad y conjuntamente con la información proyectiva que brinda da a conocer aspectos de las auto representaciones de las personas evaluadas, como la autopercepción (Andronikof-Sanglade, 1990). Y por medio de una sola aplicación brinda resultados con validez y confiabilidad estadística; siendo, por tanto, un medio muy potente para el diagnóstico y la investigación (Olano, 2012). Estas características hacen de la prueba una herramienta adecuada para evaluar una población que no necesariamente presenta el interés personal de participar de un proceso completo de evaluación, en este sentido el aporte del Rorschach resulta idóneo por la cantidad de información que proporciona, por medio de una sola aplicación y en un tiempo que les es tolerable.

A la vez, aún tratándose de una evaluación realizada en una sola sesión, el Rorschach permite obtener un protocolo válidos (número de respuestas y respuestas complejas dentro del promedio), así como identificar mediante una combinación de indicadores si el desenvolvimiento de las participantes responde a una defensividad situacional o a un estilo evitativo (Sendín, 2007). Así, en el caso de las cuatro participantes que se internaron el mismo día de la intervención, observamos que mantuvieron una actitud poco comprometida frente a la

aplicación de la prueba (Lambda alto y escasas respuestas complejas), lo que parece deberse al menor tiempo de preparación emocional frente a la intervención, como reflejo de la activación de un mecanismo de defensa (Flahault, 2010).

Por otra parte, en relación a los resultados, al compararlos con la data de Ráez (2007) se encontraron escasas diferencias estadísticamente significativas, lo que difiere con lo reportado por otros autores, como Lefebvre y Hernalsteen (1990), quienes al contrastar los protocolos de Rorschach y el análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas hallaron diferencias en la autopercepción, entre las mujeres que iban a realizarse algún tipo de cirugía estética y un grupo de comparación.

La falta de diferencias, puede deberse a diversos aspectos, como un número pequeño de muestra, lo que puede hacerlo poco representativo para investigar este constructo. A la vez, como Jara señala (2012 citada en Olano⁵, 2012) en un grupo tan pequeño es probable que no todos los indicadores sean igualmente sensibles para reportar diferencias entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007), por lo que esta misma autora (2011 citada en Chávez⁶, 2011) plantea que es necesario realizar un análisis interconectado de diferentes variables para lograr una mayor comprensión de las características de la autopercepción.

Al respecto, si bien otros estudios (Chávez, 2011; Olano, 2012) no han reportado mayores diferencias entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007) lo que se ha explicado por el número pequeño de muestra y por el nivel de sensibilidad de las variables del clúster de autopercepción, otra posible explicación en este estudio es que, en realidad, no exista mayor diferencia en la autopercepción de las mujeres que van a realizarse una MA respecto a su grupo de referencia. En este sentido el alcance del test está en que refleja la normalidad de

⁵ Olano estudia la autopercepción de 10 madres adolescentes institucionalizadas, hallando de manera integral otras variables que impactan en la autopercepción, identificando diferencias en: X%- , W:D:Dd, C', D-, GHR-PHR, Fd y P.

⁶ Chávez estudia la autopercepción en un grupo de 15 pacientes con desfiguraciones faciales a consecuencia del cáncer. A sugerencia de Jara se encuentra una combinación de variables a la que se denomina "Índice de Daño Corporal": An + MOR + FQ- + GHR<PHR.

estas mujeres y/o la ausencia de patologías con respecto a su autopercepción, lo que a su vez cuestionaría las preconcepciones que se tienen de las mujeres que se someten a una cirugía estética (Horner, 2002)

Por todos estos hallazgos, McKnight, McKnight, Sidani y Figueredo (2007) señalan que es relevante incluir los estudios en los que las hipótesis iniciales no se confirman totalmente, debido por ejemplo a una falta de potencia estadística, ya que aún así, proporcionan un entendimiento holístico de las características de la autopercepción de estas mujeres, lo que a su vez puede contribuir a reformular la(s) hipótesis y el planteamiento de la metodología de futuros estudios.

Por otra parte, aparece una diferencia significativa sólo para los contenidos anatómico y radiográfico (An+Xy), tal como ocurre en otros estudios en nuestro medio con un “n” pequeño en grupos de mujeres (Jacoby, 2008; La Madrid, 2011; Olano, 2012), lo que puede deberse a la sensibilidad de esta variable ante la preocupación por la imagen corporal o a que el contenido anatómico, en general, puede ser mayor en la población femenina (Jara, comunicación personal 23 de febrero del 2013), aspecto este último que necesitaría contar con una data diferenciada por sexo⁷. En este sentido, Esnaola et al. (2010) hallan que existe una mayor tendencia en la población femenina a experimentar insatisfacción con su cuerpo. A lo que Sendín (2007) agrega que esta insatisfacción puede tomar prioridad en su organización psicológica. En relación con ello, algunos estudios (Cafri, Yamamiya, Brannick & Thompson, 2005; Esnaola et al., 2010) han confirmado que el conocimiento y la internalización de los patrones estéticos de cada cultura, así como la intensidad de la presión sociocultural -proveniente de los medios masivos de comunicación, el entorno social próximo y a la familia- incrementan la preocupación por la imagen corporal, especialmente en las mujeres.

⁷ Tanto en esta investigación como en las realizadas por Chávez (2011), La Madrid (2011) y Olano (2012), los grupos de estudio se contrastan con la data de Ráez (2007), la que comprende a hombre y mujeres de manera global.

Así, respecto a la sensibilidad de la variable del contenido anatómico y radiográfico para reflejar una preocupación en torno al cuerpo, Exner (1975, citado en Exner, 1994) encuentra que este contenido se incrementa en los pacientes sometidos por voluntad propia a intervenciones quirúrgicas, como puede ser el caso de una MA (Unger, 2007). A la vez, en nuestro medio, Chávez (2011), La Madrid (2011) y Olano (2012) reportan que el contenido anatómico (An) tiende a acompañarse de una mala calidad formal (FQ-), lo que también observamos en las participantes de este estudio. Ello implicaría que esta preocupación por el cuerpo está acompañada de visos de distorsión, que generan alteraciones en la autoimagen (Chávez, 2011; Exner, 2005; Sendín, 2007). Lo anterior demandaría un estudio específico de la combinación An+FQ-, tal como sugiere Jara (citada en Olano, 2012), a fin de determinar si se presenta de manera diferencial en grupos caracterizados por alguna preocupación en torno al cuerpo, o si en general el contenido anatómico suele ir acompañado de una mala calidad formal, lo que parece sugerir la revisión del listado de la FQ (Jara, comunicación personal, 23 de febrero del 2013); además de considerar la sugerencia de Jara (citada en Olano, 2012) de incluir la variable (An-) en el Clúster de Autopercepción.

Por otro lado, a partir del análisis cualitativo del Rorschach y del análisis de contenido de las entrevistas, encontramos que la construcción de la autoimagen de las participantes está relacionada con la vivencia del crecimiento tardío de los senos en el período de la pubertad y cómo este hecho ha tenido repercusiones en la manera en la que se autoperciben. Al respecto, algunos estudios (Alsaker, 1992; Tobin-Richards & Kavrell, 1984; citado en William & Currie, 2000; Wood, Becker & Thompson, 1996; Barker & Bornstein, 2010) han reportado que un desarrollo temprano de los caracteres sexuales secundarios –como por ejemplo el seno en las púberes- puede repercutir negativamente en la autoestima y en el autoconcepto, sin embargo el estudio de Wichstrom (1998) reporta que el desarrollo tardío también repercute desfavorablemente en las mismas dimensiones. Por su parte, el estudio de Williams (2000) menciona que estos resultados aparentemente contradictorios pueden deberse en cierta medida a lo

esperado por cada cultura con respecto a lo corporal. Si bien en nuestro grupo de estudio no se evidencia problemas relacionados a la autoestima, la preocupación e insatisfacción por el tamaño de los senos influye aún en la manera en que se autoperceben y considerando que parte del estereotipo predominante de nuestra cultura es la voluptuosidad de los senos, toma mayor sentido que dicha preocupación persista hasta la actualidad, incluso a pesar que los senos hayan tenido un posterior desarrollo y de que algunas mujeres mencionen agrado por algunas características de sus senos, como la firmeza y/o la asimetría.

Además, la comparación física que hacían estas mujeres de sus senos, con respecto a los del resto de mujeres de su entorno, como amigas y hermanas, influyó en sus expectativas del tamaño de sus senos. Al respecto, Ferguson et al. (2011) mencionan que un factor que interviene en el desarrollo de la autopercepción física de las púberes es la comparación que se da entre pares, lo cual genera diferentes grados de insatisfacción corporal y competencia en relación a determinadas características físicas, como los senos. Por lo tanto, se observa que el impacto que tuvieron estas figuras femeninas en la construcción de la autopercepción de las mujeres del grupo de estudio no favoreció a que realizarán una autoevaluación favorable de la apariencia de sus senos.

En torno a los efectos físicos de los senos después de la lactancia encontramos que 6 mujeres que están atravesando la adultez media y que han tenido más de un embarazo mencionaron haber experimentado un cambio en sus senos después de dar de lactar, sintiendo que se les había “*caído, secado, reducido, desaparecido*”, descripciones que podrían contener matices que se correlacionan con aspectos de su autopercepción. Si bien esta certeza se debe en parte a la creencia popular de que la lactancia, por sí sola, modifica los senos, el estudio de Rinker (2008) encuentra que esta caída real de los pechos durante la lactancia tiene vinculación significativa con otros aspectos físicos y biológicos. Al respecto, Solvi, et al. (2010) encontraron que los objetivos para realizarse una MA en este grupo de edad son restaurar y/o reparar los senos. Sin embargo, en nuestro estudio, ninguna de las participantes consideró una cirugía de levantamiento de senos sino sólo de aumento. Además, encontramos en la actitud y en el relato de

la historia de este grupo cierta dificultad de reacomodarse tanto a los nuevos cambios físicos, como a la pérdida de la firmeza de los senos, pues, por el contrario surge la añoranza de sus senos de etapas anteriores, *antes de amamantar, de cuando era soltera y/o joven*, etapas donde, como ahora, deseaban tener mayor tamaño; todo ello podría haberse sumado a las dificultades del proceso de reacomodamiento de su autopercepción ante los nuevos cambios físicos propios de esta etapa (Freixas, 1991); lo que podría estar contribuyendo a cierta tensión entre el cuerpo real y el cuerpo ideal.

En cuanto a la femineidad, la insatisfacción con el tamaño de sus senos ha llevado a que algunas de las participantes se auto perciban con un “*cuerpo de niña*” y por tanto deseen “*sentirse y/o verse más femeninas y más mujeres*”, lo que ha incrementado sus estrategias de cambio corporal, que pasan, desde estrategias como usar brasieres con push-up y/o almohadillas externas de silicona, hasta decidir, finalmente, realizarse una cirugía estética. Si bien hallamos que, para la mayoría de participantes el deseo de verse *más mujeres* tiene como principal objetivo el *verse bien y sentirse seguras consigo misma*, algunas de ellas mencionan que como consecuencia de ello lograrían sentirse más seguras en su desenvolvimiento social. Aunque, si bien, las participantes no presenta mayor interferencia (GHR>PHR)⁸ en su desenvolvimiento social, hallamos que a nivel vivencial, reportan sentimientos de malestar e inseguridad respecto a cómo perciben las personas de su entorno social cercano -e incluso no tan cercano- la apariencia física de sus senos, aspecto este último, que también fue hallado en otras investigaciones (Sawer, LaRossa, Bartlett, Low, Bucky & Whitaker, 2003; Solvi, Foss, Von Soest, Roald, Skolleborg & Holte; 2010). En este mismo punto, encontramos que las participantes peruanas expresan su expectativa de *sentirse bien y seguras consigo mismas* y rechazan de manera espontánea y explícita la idea de estar realizándose la MA por conseguir algún estereotipo social de la imagen corporal y/o por ceder ante alguna presión social, aspectos que si

⁸ El análisis de la proporción GHR: PHR permite una visión holística de algunos aspectos de la auto percepción como la autoimagen y la autoconcepto, más que el análisis de la frecuencia de los contenidos humanos (Comunicación personal con Ráez el 31 de enero de 2012).

reconocieron todas las mujeres de origen extranjero de nuestro estudio. Sin embargo, a pesar que las mujeres peruanas no explicitaron dicho aspecto consideramos que el hecho de que conozcan el estereotipo físico femenino que impera en nuestra sociedad contemporánea hace que de alguna manera influya en su decisión de realizarse una MA y en sus expectativas de modificación física (Baile, 2003; Ospina, 2009). Al respecto, Lagarde (1990, citado en Cuevas, 2009) menciona que la autopercepción femenina está inscrita dentro de una estructura social y de una idiosincrasia que demarca y permite entender la manera en que las mujeres se perciben, describen y modifican sus cuerpos. Sin embargo, las razones sociales y personales pueden no estar claramente delimitadas. De este modo, algunas investigaciones (Carrión, 2011; Edmonds, 2010; Tseëlon, 1996) plantean que en algunos países el buscar una cirugía plástica no tiene que ver exclusivamente con intentos personales para mejorar su imagen o autoestima, sino que eso sería consecuencia de ajustarse a la expectativa cultural de la belleza. Mientras que Didie y Sarwer (2003) hallan que la motivación en un grupo de mujeres estadounidenses que se realizan un MA es básicamente el hecho de sentirse mal con sus senos y no por factores externos. En las participantes peruanas, el no expresar el deseo *por mostrarse y ser mirada* estaría dado por la manera discreta con que estas mujeres manejan sus cuerpos; generalmente suelen ser reservadas para hablar o para mostrar abiertamente sus intervenciones estéticas⁹, posiblemente por temor a ser criticadas o juzgadas por su decisión, mientras que las mujeres extranjeras de nuestro estudio no experimentan estos sentimientos de vergüenza, pues en su cultura es más usual realizarse intervenciones estéticas, e incluso son animadas, por parte de su círculo familiar y social cercano, para ello.

Centrándonos en otros aspectos, el interés mostrado por realizarse una MA por mujeres de diversos niveles adquisitivos, parece contradecir la idea que usualmente se creía, hasta hace poco, acerca que la cirugía estética era exclusiva para determinados grupos debido al costo de esta intervención (Slone, 1993) lo

⁹ Comunicación personal con médicos cirujanos, 2007

que reflejaría que la conceptualización social del cuerpo ideal de la mujer cruza todos los estratos. A propósito de ello, podemos decir que, una variable que puede estar favoreciendo este proceso, son los medios de comunicación masivos, que a través de la publicidad, las telenovelas, las revistas de moda, entre otros influyen en la manera en que las mujeres evalúan su imagen corporal (Esnaola et al., 2009; Ospina, 2009; Schooler, 2008). Por otra parte, es relevante considerar que la decisión de realizarse una MA, en este grupo de mujeres, se da en un momento en que han avanzado laboralmente y económicamente pudiendo financiar la operación, aunque el deseo por una MA se remonte a la pubertad, lo que nos lleva a plantear que, en muchos casos, la no realización de una cirugía estética puede deberse a limitaciones económicas y no necesariamente a la falta de motivación.

En relación con la sexualidad, algunos estudios (McClintock, 2011; Satinsky, Reece, Dennis, Sanders & Bardzell, 2012; Weaver & Byers, 2006) han encontrado que la apariencia física puede ser un componente importante en la experimentación positiva de la sexualidad para las mujeres, debido a la mayor confianza que les proporciona. Al respecto, en nuestro estudio, encontramos que la mayor parte de participantes con pareja, manifestaron que esperaban que la MA les proporcionó un despliegue más seguro en esta área, pues al lograr formas “*más femeninas*” podrían “*mostrarse más en la intimidad*”, resultando más atractivas para sus parejas, lo que a su vez, fortalecería su autoestima. Sin embargo, llamó la atención que las parejas de las pacientes mencionaran que si bien las apoyaban en su decisión, no era algo que hubieran sugerido e, incluso, algunos les expresaron estar en desacuerdo.

Al respecto, Woertman y Van Der Brink (2012) mencionan que de manera general en las culturas occidentales el atractivo del aspecto físico femenino depende en gran medida del valor del estímulo visual corporal. Por tanto, parece que, si bien *los otros* más cercanos a las participantes no necesariamente están pendientes de la apariencia de sus senos, la focalización de las participantes en ellos, puede ser un indicador del impacto de los modelos corporales que la cultura valora, y que, al contrastarlos con su propio cuerpo, genera insatisfacción. Este

aspecto también se evidencia en los contenidos cualitativos del Rorschach, donde la recurrencia de determinados movimientos humanos en sus respuestas -como mirar y observar- dan cuenta del hecho de sentirse como en el foco de la atención, y de que la mirada de *los otros* tiene un gran peso en la construcción de la autoimagen. Así, la focalización de la atención puesta en los senos, que las participantes atribuyen a los demás, parece responder a un mecanismo proyectivo, donde trasladan sus propias insatisfacciones a los otros.

De la misma forma, la mayor parte de mujeres comentó experimentar miedo frente a la operación en sí, y dos de ellas verbalizaron su preocupación por la posible falta de sensibilidad que se experimenta después de la MA¹⁰ y por las implicaciones que tiene en la función sexual del seno (Früh, 2004; Levin, 2006). En referencia a ello, los médicos reportan que, durante las consultas médicas previas a la intervención se les informa a las pacientes sobre los posibles síntomas postoperatorios, así como también responden a las dudas que van surgiendo de las pacientes de las pacientes. Es decir, las pacientes deciden realizarse la MA estando informadas sobre estos síntomas. Lo anterior evidencia que las expectativas sobre los beneficios de la MA logran minimizar o incluso no considerar los aspectos negativos o riesgos de este tipo de intervención.

Finalmente, la cuarta parte de la discusión trata sobre las limitaciones de este estudio, consideramos que una de ellas radica en el número limitado de participantes, lo que provoca que los resultados no sean generalizables, por tal motivo se recomienda que, para futuros estudios, se reclute un mayor número de sujetos de estudio, debido a la posibilidad de potenciar la sensibilidad de las variables de la autopercepción de todos los instrumentos utilizados, para que así puedan proporcionar más información relevante. En relación a esta limitación, se debe tener en cuenta la dificultad de acceso directo a esta población, pues si bien sabemos que existe, no se cuenta con un muestreo poblacional que nos permita

¹⁰ Chaparro, Muñoz, Gallo, Álvarez, Restrepo & Pérez (2010), reportan que en últimos estudios la incidencia de anormalidades sensoriales por la realización de una MA -como la falta de sensibilidad en los senos después de un año- se encuentra el entre el 30% y 56% de los casos.

acceder fácilmente a ella; además, por un aspecto idiosincrásico que aún prevalece en nuestra sociedad, las mujeres prefieren preservar la privacidad de su decisión de realizarse una MA. Por ello, la forma de localizarlas es básicamente, por medio de los centros privados de cirugía estética, hecho este último, que implica necesariamente la colaboración y el interés del especialista en la investigación psicológica.

Además, consideramos que, al ser este un estudio exploratorio, es necesario desarrollar investigaciones donde se estudie la autopercepción de manera longitudinal, es decir tanto en la etapa preoperatoria como postoperatoria de la MA, lo que permita ampliar lo hallado en este estudio, y observar lo permanentes en el tiempo que son los efectos sobre la autopercepción que se obtiene con la MA y también comprobar si los resultados obtenidos permitirían dirimir la presencia de la combinación [An+FQ-] como una característica de este grupo o si pertenece por el contrario, a la población femenina.

En el presente estudio, se halló que entre las mujeres peruanas el principal motivo expresado para decidirse por una MA era el sentirse bien y/o seguras con ellas mismas, mientras que tendían a obviar la influencia social existente de la imagen femenina, aspecto que sí fue mencionado explícitamente por las mujeres extranjeras de nuestro estudio. Aunque no ha sido un objetivo de esta investigación contrastar los diferentes aspectos imperantes en nuestra cultura que intervienen en la realización de una MA respecto a otras culturas, sugerimos para próximas investigaciones se profundice en este tema por medio de la entrevista.

Consideramos que el aporte de nuestra investigación al ser el primer estudio de la autopercepción en mujeres que se someterán a una MA en nuestro medio, es que proporciona una visión panorámica de cómo se encuentra este aspecto en las mujeres que optan por una intervención de este tipo. Pudiendo contrarrestar, a partir de nuestros resultados, los preconceptos que se suelen asociar a esta población, que suelen cuestionar la normalidad de la autopercepción y de la personalidad de estas mujeres y considerar la presencia de psicopatologías.

Finalmente, para cerrar este capítulo, podemos decir que tenemos la expectativa de que la elaboración de esta investigación pueda ser revisada por profesionales de la salud de nuestro entorno, tanto del área médicas como psicológica, en especial por los cirujanos estéticos, pues los resultados pueden ofrecer información importante con respecto a las características de la autopercepción y a las motivaciones internas de las pacientes para decidirse por una MA y que además puedan concienciar a estos colectivos profesionales de la importancia de abordar el aspecto psicológico de esta población.



REFERENCIAS

- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2012). *Cosmetic Surgery National Data Bank*. Recuperado de <http://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-2012-Stats.pdf>
- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (2010). *Cosmetic Surgery National Data Bank*. Recuperado de <http://www.surgery.org/media/news-releases/survey-shows-that-more-than-half-of-americans-approve-of-cosmetic-plastic-surgery>
- Abreu, Cl., Alessandrini, R., Leal, E., Macías, R. & Turner, O. (2000). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugía Plástica*, 10(3), 97-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cplast/e-cp2000/e-cp00-3/em-cp003c.htm>
- Adams, J. (2006). *Surgery Plastic: After and before*. En J. Engel, Beverly Hill, EE.UU.: Discovery Health Channel.
- Alizade, M. (2005). Trauma o desafío: el paso de los años en la mujer. La sensualidad femenina en los tiempos de la madurez. *Revista de Psicoanálisis*, 62(2), 281-289.
- Alsaker, F. D. (1992). Pubertal timing, overweight and psychological adjustment. *The Journal of Early Adolescence*, 12(4), 396-419.
- Altabe, M. (1998). Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitative Analysis. *The International Journal of Eating Disorder*, 23(2), 152-159.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Estilo de Publicaciones*. 6a ed. México, D.F., México: El Manual Moderno.
- Anderson, R. & Kaczmarek, B. (1996). Psychological well-being of the breast reconstruction patient: a pilot study. *Plastic Surgery Nursing*, 16(3), 185-188.
- Andronikof-Sanglade, A. (1990). La représentation de Soi: un concept fécond pour la psychologie clinique et projective. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 34, 9-15.
- Angyle, M. (1980). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Buenos Aires: Paidós.

- Anzieu, A. (2001). Ser mujer después de Freud. *Identidad*. CENDOC-CIDHAL. Recuperado de www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto7b.htm
- Arriola, A. (27 de octubre del 2006). Primera operación de rostro. *El Comercio*, pp. C3.
- Axelrod, R. (2006). El cuerpo femenino y sus fronteras, cronos y eros. En Zelaya, C.R., Mendoza, J. & Soto, E. (Eds). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Lima: Siklos.
- Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Revista de Humanidades*. Recuperado de http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/index_publi.htm
- Baile, J.I., Raich, R.M. & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19(2), 187-192.
- Barker, E. & Bornstein, M. (2010). Global Self-Esteem, Appearance Satisfaction, and Self Reported Dieting in Early Adolescence. *The Journal of early adolescence*, 30(2). 205-224.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48 (4), 319-334.
- Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia*. 6a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Brahim, D. (2006). *Autopercepción en mujeres trabajadoras sexuales organizadas a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Brullamann, F. (1999). *El origen del deseo de cirugía estética durante la adolescencia*. Recuperado de http://adolescence.free.fr/old/Volumes/Print_99/espagnol/resumen.html
- Campbell, J. & Lavellee, L. (1993). Who am I?: The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. En Baumeister, R. (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M. & Thompson, K. The influence of sociocultural factors on body image: a meta-analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 12(4), 421-433.

- Carrión, C., Weinberger, S., Rabin, L. & Fogel, J. (2011). Predictors of attitudes toward cosmetic surgery among US and Colombian college women. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 29-36.
- Caslav, D. (2001). Outside-In: Body, Mind and Self in the Advertisement of Aesthetic Surgery. *The Journal of Popular Culture*, 35 (3), 91-102.
- Chávez, A. (2011). *Autopercepción en pacientes adultos con desfiguraciones faciales a consecuencia del cáncer*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Comisión para la promoción de las exportaciones (Prompex). *Programa de promoción de exportación de servicios de salud "Disfruta Salud Perú"*. Recuperado de <http://www.prompex.gob.pe/servicios/servexportable.htm>
- Consultingroom (2010). Breast Augmentation: Women want quality not quantity. Recuperado de http://www.consultingroom.com/News/display.asp?news_id=1852&title=breast+augmentation:+women+want+quality+not+quantity+
- Cottle, I. & Serrano, O. (1990). *Adolescencia y Menopausia: Dos caras de una misma moneda*. Lima: Unifé.
- Crocker, J. & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392-414.
- Cuevas, N. (2009). Cuerpo, Feminidad y Consumo: El caso de jóvenes universitarias. *Revista de Ciencias Sociales* 123-124: 79-92.
- Delgado, D. (2001). *Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto*. Tesis para optar el título de Licenciatura en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Didie, E. R. & Sarwer, D. B. (2003). Factors which influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Women's Health*, 12, 241-253.
- Dio, E. (1997). *La sexualidad femenina: de la niña a la mujer*. Madrid: Paidós.
- Edmonds, A. (2010). *Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil*. Amsterdam: Duke University Press.
- Esnaola, I., Rodríguez, A. & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud Mental*, 33(1),

21-29. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000100003&script=sci_arttext

Español, N. & De la Gándara, J. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: Una visión transcultural en la postmodernidad. *Cuadernos de psicología y psiquiatría de enlace*, 86, 29-36.

Exner, J. E. & Sendín, C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach: para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psicomática.

Exner, J. E. Jr. (2001). *Manual de codificación del Rorschach*. Madrid: Psicomática.

Exner, J. E. Jr. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psicomática.

Exner, J. E. Jr. (2005). *Principios de Interpretación del Rorschach. Un Manual para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psicomática.

Exner, J. E. Jr. (1974). *Sistema Comprehensivo del Rorschach*. Madrid: Pablo del Río.

Exner, J. E. Jr. & Weiner, I.B. (1995). *The Rorschach: A comprehensive system. Volume 3: Assessment of children and adolescents. Second edition*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Ferguson, C., Winegard, B. & Winegard, B. M. (2011). Who Is the Fairest One of All? How Evolution Guides Peer and Media Influences on Female Body Dissatisfaction. *Review in general Psychology*, 15 (1), 11-28.

Ferraro, G., Rossano, F. & D'Andrea, F. (2005). Self-perception and Self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29(3), 184-189.

Flahault, C. (2010). Psychological assessment of two adolescents with cystic fibrosis awaiting lung transplants: The value of the Rorschach (Comprehensive System). *Rorschachiana*, 30(2), 172-191.

Frederick, D., Peplau, A. & Lever, J. (2008). The Barbie Mystique: Satisfaction with Breast Size and Shape across the Lifespan. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 200-211.

Freixas, A. (1991). Autopercepción del proceso de envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años. *Anuario de Psicología*, 3(50), 67-78. Recuperada de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64664/88691>

- Früh, F. (2004). The breast in female sexuality. *International Journal Psychoanalytic*, 85, 1235-1238.
- Ganellen, R. (2001). Weighing evidence for the Rorschach's validity: A response to Wood et al. (1999). *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 1-15.
- Gekas, V. (1982). The Self Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Guimón, J. (2008). Cirugía Estética. Implicancias psicológicas. *Avances en salud Mental Relacional*, 7(3), 1-8.
- Godenzi, A. (2009). *Autopercepción y Relaciones Interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violencia sexual a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- González-Arratia, N., Romero, M. & Valdez, J.L. (2004). Autoestima en diferentes etapas de la vida. *Psicología Iberoamericana*, 12 (1), 64-74.
- Goñi, A., Rodríguez, A. & Esnaola, I. (2010). Autopercepción física en la edad adulta y en la vejez. *Psicothem*, 22 (3), 460-467. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3753.pdf>
- Grossbart, T. & Sarwer, D. (2003). Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Seminario*, 22 (2), 136-147. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12877233>
- Haas, C. F., Champion, A. & Secor, D. (2008). Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 28(4), 177-182.
- Hasan, J. (2000). Psychological issue in cosmetic surgery: a functional overview. *Annals Plastic Surgery*, 44(1), 89-96. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10651374>
- Heinberg, L. J., Thompson, J. & Stormer, S. (1995). Development validation of the Sociocultural Attitudes towards Appearance. *Questionnaire International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2007). *Fundamentos de metodologías de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hiller, J.B., Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D.T.R. & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, 11, 278-296.

- Horner, B. (2002). Breast augmentation should be on the NHS: a discussion of the ethical of rationing. *Annals Real College of Surgeons of England*, 84, 82-83.
- Hunsley, J. & Bailey, J.M. (1999). The clinical utility of the Rorschach Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11, 266-277.
- International Society for Aesthetic Plastic Surgery (2009). ISAPS Biennial Global Survey. Recuperado de http://www.isaps.org/files/html-contents/SurveyPDF_files/BIENIAL_GLOBAL_SURVEY_press_release_European%20Spanish.pdf.
- International Society for Aesthetic Plastic Surgery (2003). 2003 ISAPS Statistics. Recuperado de http://www.consultingroom.com/Statistics/Display.asp?Statistics_ID=8&Title=2003%20ISAPS%20Statistics.
- Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Jara, L. (2011). La administración del Rorschach: La complejidad e integralidad del método. *Persona*, núm. 14, enero-diciembre 2011, pp. 111- 128. Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Javo, I. & Sorlie, T. (2010). Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125, 1536-1543.
- Jones, M. (1965). Psychological Correlates of Somatic Development. *Child Development*, 36 (4), 899-911.
- Kauak, Ll. (2004). Aspectos Psicológicos de la cirugía estética.. *Revista Médica de la Clínica Los Condes*, 15(1), 38-39. Recuperado de http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_15_1/Aspectpsicologicoscirugia.pdf
- Kling, K., Shibley, J., Showers, C. & Buswell, B. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470-500.
- La Madrid, G. (2011). Afectividad en adolescentes anoréxicas y bulímicas evaluadas con el Psicodiagnóstico de Rorschach. *Persona*, num. 14, enero-diciembre 2011, pp. 127-143. Universidad de Lima, Lima-Perú.

- Lagarde, M. (1990). *Identidad Femenina*. Recuperado el 23 de setiembre de 2005, de: http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/purificacion_mayobre/identidad.pdf
- Larraín, M.E. (2010). Influjo de las imágenes femeninas presentadas por los medios de comunicación sobre el desarrollo adolescente. *Mercurio Peruano. Revista de Humanidades*, 523, 69-80.
- Lee, J. (1997). Never innocent: Breasted experience in women's bodily normatives of puberty. *Feminism & Psychology*, 7(4), 453-474.
- Lefebvre, A. & Hernalsteen, F. (1990). Représentación do soi des femmes ayant recours à la chirurgie esthétique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Francaise*, 34, 55-65.
- Levin, R. (2006). The breast/nipple/areola complex and human sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 237-249. Recuperado de <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.tandfonline.com/whalecom0/doi/pdf/10.1080/14681990600674674>
- Lilienfeld, S., Jay, S. & Lohr, J. (Eds.). (2004). *Science and Pseudocience and clinical psychology*. London: The Gilford Press.
- Lingren, P. (1984). *Introducción a la psicología social*. México D.F.: Interamericana.
- Livson, N. & Peskin, H. (1980). Perspectives on adolescence from longitudinal research. En Adelson, J. *Handbook of adolescent psychology*. New York : John Wiley.
- L'image du sein féminin en psychologie. *Informations médicales et sanitaires*. (2005, Jeudi). Recuperado de <http://www.pathol08.com/medecine/encyclopedie/beautes/364-sein-limage-du-sein-feminin-en-psychologie.html>.
- Mannarelli, M. E. (1996). Cuerpo femenino y discurso médico. *Márgenes, encuentro y debate*, 15, 73-99. Lima: PUCP.
- Mayo, D. (2003). *Relaciones objetales en pacientes fronterizos a través del psicodiagnóstico de Rorschach y la escala de mutualidad de autonomía*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- McKnight, P., McKnight, K., Sidani, S. & Figueredo, A. (2007). *Missing data: A gentle introduction*. New York: The Guilford Press.

- Melo-Vega, Cl. (2010). *Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Moser, S. & Aiken, L. (2011). Cognitive and emotional factors associated with elective breast augmentation among young women. *Psychology and Health*, 26 (1), 41-60.
- Ogle, J. & Damhorst, M. (2005). Critical Reflections on the Body and Related Sociocultural Discourses at the Midlife Transition: An Interpretive Study of Women's Experiences. *Journal Adult of Development*, 12 (1), 1-18.
- Olano, C. (2012). *Autopercepción en madres adolescentes institucionalizadas*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Oliver, M. (1999). *La autopercepción en un grupo de mujeres histerectomizadas medida a través del Psicodiagnostico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ospina, M. (2009). *Una imagen vale más que mil palabras. Una aproximación psicoanalítica al recorrido del cuerpo en la cirugía estética*. Trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga. Bogota: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de http://www.academia.edu/229356/UNA_IMAGEN_VALE_MAS_QUE_MIL_PALABRAS._Una_aproximacion_psicoanalitica_al_recorrido_del_cuerpo_en_la_cirurgia_estetica.
- Páez, D., Zubieta, E., Mayordomo, S., Jiménez, A. & Ruiz, S. (2004). Identidad: Auto-concepto, auto-estima, auto-eficacia y locus de control. En Páez, D.; Fernández, I.; Ubillos, S. y Zubieta, E. (Eds.). *Psicología social: Cultura y educación*. Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Petersen, A. (1993). Presidential address: Creating adolescents: The roles of context and process in developmental transitions. *Journal of research on Adolescents*, 3 (1), 1-18.
- Pines, D. (1998). *A Woman's Unconscious Use of Her Body*. New Haven: Yale University Press.

- Pruis, T. & Janowsky, G. (2010). Assessment of body image in younger and older women. *The journal of general psychology*, 137(3), 225-238.
- Quatman, T. (2001). Gender Differences in Adolescent Self-Esteem: An Exploration of Domains. *The Journal of Generic*, 162(1), 93-117.
- Quintanilla, P. (2003). El lenguaje de la intimidad: Sobre la constitución intersubjetiva de las emociones. En A. Flores, M. Holguín & R. Meléndez. (Comp.) *Del espejo a las herramientas: Ensayos sobre el pensamiento de Wittgenstein*. Bogotá: Siglo del hombre editores.
- Ráez, M. (2007). Rorschach Comprehensive System Data per a Sample of 233 Adult Non-patients from Perú. *Journal of Personality Assessment*, 89, 119-123.
- Ráez, M., Maguiña, D., Iza, M., Jara, L. & Velásquez, T. (1999). International Symposium on Rorschach nonpatient data. Findings from around the world I, II, III. No publicado.
- Ráez, M. (1994). Rorschach's Psychodiagnosis in Peru. *Rorschachiana. Journal of the international Society for the Rorschach*, 19 (1), 146-155.
- Reaño, V. (14 de noviembre de 2005). Cirugía plastica peruana se proyecta como un servicio de exportación. *El comercio*, pp.a2
- Rinker, B. (2008). The Effect of Breastfeeding Upon Breast Aesthetics. *Aesthetic Surgery Journal*, 28 (5), 534-537. Recuperado de <http://aes.sagepub.com/content/28/5/534.short>
- Rioja, L. (2000). Hipertrofia mamaria. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 32(2),99-106.
- Rivarola, M.F. & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Rodríguez, S. & Sáez, M. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.
- Rohrich, R., Adams, W. & Potter, J. (2007). A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plastic Reconstructive Surgery*, 119(1), 401-408.
- Romero, A. (2007). Narcisismo y el boom de la cirugía estética en el Perú. *Psique: anuario de estudiantes de psicología*, 2 (1), 79-93.

- Romus, M., Minet, P. & Timsit, M. (1990). Représentación do soi à travers le test de Rorschach de couple après mammectomie. *La Représentation de soi*. 34(6), 33-45. Paris: Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Francaise,
- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S. & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*. 9(1), 137-144.
- Sarwer, D., Magee, L. & Clark, V. (2009). Physical appearance and cosmetic medical treatments: physiological and socio-cultural influences. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2 (1), 29-39.
- Sawer, D., LaRossa, D., Bartlett, S., Low, D., Bucky, L. & Whitaker, L. (2003). Body image concerns of breast augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(1), 83-90.
- Sarwer, D., Pertschuk, M., Wadden, T., Whitaker, L.A. & Linton A. (1998) Psychological investigations in cosmetic surgery: a look back and a look ahead. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(4), 1136–1142.
- Schoole, D. (2008). Real woman have curves: A longitudinal Investigation of TV and the Body Image Development of Latina Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 23(2). 132-153.
- Seid, P. (1994). Too "close to the bone", The historical context for Women's Obsession with slenderness. En Fallow P., Katzman M. & Wooley S. (Eds.) *Feminist perspectives on eating disorders*. New York. Guilford Press.
- Sendín, C. (2007). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psicomática.
- Siegel, S. (1972). *Estadística no paramétrica aplicada a las Ciencias de la Conducta*. México: Editorial Trillas.
- Simmons, R G., Blyth, D. A. & McKinney, K. L. (1983). The social and psychological effects of puberty on white females. En Brooks-Gunn, J. & Petersen, A. (Eds.). *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*. New York: Plenum.Simmons.
- Slone, E. (1993). *Biology of women*. United State: Delman Publisher.
- Solvi, A., Foss, K., Von Soest, T., Roald, H., Skolleborg, K. & Holte, A. (2010). Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast

- augmentation surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63(4), 673-680.
- Sousa, R., Gonzáles, S., Peña, S. Guemes, A. & García-Campayo, J. (2003). *Aspectos psicossomáticos de la hipertrofia mamaria*. Dialnet. 24(4). Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipobusqueda=10738clave_búsqueda=2003.
- Souza, J. (2003). Aspectos Psicossociais da Cirurgia Estética. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte*. Recuperado de www.sbm.org.br/15_revista.htm#
- Sperling, M., Hoimyr, H., Finnerup, H., Jensen, T. & Finnerup, N. (2011). Persistent pain and sensory changes following cosmetic breast augmentation. *European Journal of Pain*, 15 (3), 328-332.
- Stricker, G. & Gold, J. (1999). The Rorschach: Toward a nomothetically based, ideographically applicable configural model. *Psychological Assessment*, 11, 240-250.
- Tseïlon, E. (1995). *The masque of femininity: the presentation of woman in everyday life*. London: Sage.
- Susman, E. & Rogol, A. (2004). Puberty and Psychological development. En Lerner, R. & Steinberg, L. (Eds). *Handbook of adolescent psychological*. Ney York: Willey.
- Teixera, M.A. & Giacomoni, Cl. (2002). Autoconceito: da preocupação como o si-mesmo ao construto psicológico. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia de PUCRS*, 33(2), 363-384.
- Thompson, J. & Tantleff, S. (1992). Female and male ratings of upper torso: Actual ideal and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 345-354.
- Tsiantas, G. & Ross, K. (2001). Similarities in Body Image in sisters: The role of sociocultural Internalization and Social Comparison. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Preventio*, 9(2), 141-158.
- Unger, T. (6 de marzo de 2007). La operación decidida por el paciente. *El Comercio*, pp.a10.
- Uriarte, Cl. (2010). *La resignificación de las identificaciones en la adolescencia*. Recuperado de: <http://fepal.org/nuevo/images/stories/clara-uriarte.pdf>

- Vargel, S. & Ulusahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 25(6), 474-478.
- Victoria, C.G. (1995). As imagens do corpo: Representações médicas. *Corpo e significado. Ensayos de Antropología Social*. Porto Alegre: UFEGS.
- Viglione, D. & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 111-121.
- Weaver, A. & Byers, S. (2006). The Relationships among body image, body mass index, exercise and sexual function in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 333-339.
- Weiner, I. (1997). Current Status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 5-19.
- Wichstrom, L. (1998). Self concept development during adolescence: Do American truths hold for Norwegians? En Skoe, E & Von der Lippe, A. (Eds.) *Personality development in adolescence: A cross national and life span perspective*. London: Routledge.
- William, J. (2000). Self-Esteem and Physical Development in early adolescent: Pubertal Timing and Body Image. *The Journal of early adolescent*, 20(2), 129-149.
- Williams, J. & Currie, C. (2000). Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image. *The journal of early adolescence*, 20(2), 129-149.
- Wong, M., Modelina, J. & Park, A. (2007). A retrospective study examining the socioeconomic background of women undergoing bilateral breast augmentation at a Private Independent Hospital in the United Kingdom. *Aesthetic Plastic Surgery*, 31 (5), 566-569.
- Woertman, L. & Van Der Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior. *The journal of sex research*, 49(2-3), 184-211.
- Wood, K, Becker, J. & Thompson, J. (1996). Body image, dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17(1), 85-100.
- Zambrini, L. (2010). Modos de vestir e identidades de género: reflexiones sobre las marcas culturales en el cuerpo. 11, 130-149. *Nomadías. Revista del Centro de Estudios de Género y Cultura de América Latina*. Recuperado

de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NO/article/viewFile/15158/15574>

Zusman, L. (2000). *Las conductas alimentarias en adolescentes mujeres de Lima Metropolitana: sus manifestaciones y las características personales y familiares asociadas*. Tesis de maestría no publicada. PUCP, Lima, Perú.



ANEXOS

ANEXO A- Consentimiento Informado

Se está llevando a cabo un estudio sobre la autopercepción con las mujeres que se realizan un aumento en sus bustos. El estudio estará dirigido por Vania Barriga Torres, egresada de la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sí Ud. está interesada en participar en este estudio el procedimiento será el siguiente: se le realizará una entrevista para saber sobre cómo percibe la cirugía de la Mamoplastía de aumento y se le aplicará una prueba psicológica, así como también se le tomarán algunos datos.

Toda la información que Ud. aporte se maneja con absoluta confidencialidad y anonimato para cuidar su identidad.

Como parte del estudio existe la posibilidad de darle los resultados obtenidos.

A partir de lo anterior

Ud, desea participar en el estudio?

ANEXO B-Fichas de datos y Entrevista Semi Estructurada

I. DATOS PERSONALES.

Edad: _____

Lugar de nacimiento:

Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

1. P.I (Primaria incompleta) 2. P.C (Prim. completa) 3. Se.I (Secundaria Incompleta) 4. Se.C (Sec. Completa) 5. T.I (Est. Tec. Incompleto) 6. T.C (est. Tec. Completo) 7. Su.I(Superior incompleto) 8. Su.C (Sup.Completa) 9. M(Master)

Estado Civil:

1. Soltera 2. Casada. 3. Separada 4. Divorciada 5. Viuda

Actualmente tiene pareja: Si No

Número de hijos: _____

Antecedentes personales y/o familiares de cirugías estéticas:

Desde cuándo desea realizarse la operación?

Anteriormente consideró esta operación?

¿Qué sucesos han acontecido para que tomara la decisión final de operarse?

¿Qué expectativas tiene de la operación?

-Personal

-Familiar

-Profesional/Laboral

-Sexual