

II. METODOLOGÍA

1. Sujetos

En esta investigación participaron 80 mujeres con un rango de edad de 15 a 50 años las cuales fueron divididas en los siguientes grupos.

- a) Veinte mujeres las cuales no llevan a cabo ninguna actividad física en gimnasios y que nunca se han realizado una cirugía estética;
- b) veinte mujeres que le dedican tres horas diarias a la realización de algún ejercicio físico en gimnasio;
- c) veinte mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que no realizan ejercicio y
- d) veinte mujeres que se han realizado dos cirugías estéticas y que le dedican tres horas diarias a la realización de algún ejercicio físico en gimnasio.

Estas 80 mujeres residen en la capital del estado de Puebla: los sujetos que no realizan actividad en gimnasio son estudiantes de una universidad privada así como en diferentes centros comerciales, los sujetos que realizan ejercicio físico en gimnasio lo llevan a cabo en diversos establecimientos localizados en el centro de Puebla (Deportika, Sports City, Curves) y los sujetos que se han realizado alguna cirugía plástica son pacientes de cuatro diferentes cirujanos los cuales laboran en el Hospital Ángeles, Hospital Puebla y Centro Médico Medici. La selección de la muestra fue por disponibilidad.

2. Instrumentos.

Para la realización de esta investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

a) Cuestionario de datos socio demográficos: el cual incluye preguntas sobre si se ha realizado alguna cirugía plástica, nivel de escolaridad con el que cuenta, edad, estado civil entre otros datos que puedan aportar más información para la realización de esta investigación.

b) Para medir el nivel de autoconcepto así como las diferentes dimensiones del mismo se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1969). Se creó este instrumento por la necesidad que existía de tener un instrumento que fuera sencillo

para el sujeto, que se pudiera aplicar a diferentes poblaciones y que tomara en cuenta diferentes dimensiones para explicar el autoconcepto. La escala está conformada por 100 afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de si mismo. Esta escala se puede autoadministrar y su aplicación puede ser tanto en forma individual o grupal. Puede emplearse con sujetos de 14 o mas años que puedan leer por lo menos a nivel de 6to año. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas sino también a pacientes psicóticos. La escala está disponible en dos formas: la forma para consulta psicológica y la forma clínica y de investigación.

Para fines de este estudio se utilizaron las variables de la forma psicológica.

De la forma para consulta psicológica: a) puntaje de autocrítica (SC): esta escala esta compuesta de diez reactivos. Estas son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayor parte de las personas admiten que son ciertas de si mismas. Si por el contrario, los individuos niegan la mayoría de estas afirmaciones entonces se estaría hablando de cierta defensividad y de que están llevando a cabo un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos; b) puntaje total P: refleja el nivel total de autoestima; c) puntaje de identidad: son los reactivos que se refieren a “lo que yo soy”. Aquí el sujeto describe su identidad básica, lo que el es, basado como el se ve; d) puntaje de autosatisfacción: el sujeto describe como se siente acerca del yo que el percibe. Refleja el nivel de autosatisfacción o auto aceptación; y e) puntaje de comportamiento: con este puntaje se mide la percepción que el sujeto tiene de su comportamiento y de la forma en que el funciona.

Hay otras escalas a considerar las cuales son: a) Yo Físico: en esta el sujeto presenta su visión de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad; b) Yo Ético – Moral: se describe al yo desde un marco de referencia ético-moral, relaciones con Dios y sentimientos de ser una persona “buena o mala” y satisfacción con la religión o con la falta de esta; c) Yo Personal: refleja el sentido de valor personas que el sujeto tiene de si mismo, el grado en el que se siente adecuado como persona y su evaluación de si mismo, aparte de la percepción; d) Yo Familiar: refleja los sentimientos propios de valer personal y de efectividad en las relaciones familiares, es la percepción de si mismo en relación con los miembros más cercanos del

círculo familiar y e) Yo Social: refleja los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las demás en general.

c) La escala de Autodestructividad de Kelley la cual fue elaborada en 1985. Esta escala se utiliza para medir el nivel de autodestructividad que presentan las personas. Esta escala consta de 57 reactivos. A continuación se hablará de la validación y confiabilidad de este instrumento:

La prueba en un inicio constaba de 189 reactivos los cuales representaba distintos comportamientos y actitudes: falta de cuidado, pobre mantenimiento de la salud, evidencia de trasgresión y falta de planeación. Después, se llevó a cabo la traducción al español del instrumento elaborado por Kelley en 1985, después se prosiguió con la retraducción al inglés.

Una vez teniendo la escala traducida al español y revisada, se realizó la primera aplicación de la misma en un grupo de 184 sujetos seleccionados por disponibilidad, se les pidió que contestarán la escala escogiendo una entre cinco posibles respuestas desde completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo, tomando en cuenta que tan característico era cada enunciado de sí mismo (validado por Ponce, 2007).

Posteriormente se calificaron las pruebas asignando puntajes del 1 al 5 tal como los designa Kelley. Después, con el programa estadístico SPSS (versión 13.0) se estudió la forma y el contenido de los reactivos a través de un análisis cualitativo y se realizó el análisis cuantitativo para determinar la capacidad discriminadora de los reactivos a través de la t de Student (validado por Ponce, 2007).

Se seleccionaron los reactivos que obtuvieron una significancia menor a .050 obteniendo para hombres un total de 34 reactivos y para mujeres 45 reactivos. A partir de lo obtenido, se construyó un nuevo cuestionario con un total de 57 oraciones.

Se hizo una segunda aplicación de este instrumento a 627 personas para así poder validarlo. La muestra que se utilizó se escogió también por disponibilidad en diferentes estados de la República (validado por Ponce, 2007).

Se dieron las mismas instrucciones, de escoger una de entre cinco opciones de respuesta desde totalmente de acuerdo hasta totalmente desacuerdo conforme cada oración lo caracterizaba.

Para obtener las puntuaciones de la muestra se asignaron los puntajes del 1 al 5 a las respuestas de los reactivos asignados para hombres y para mujeres. Utilizando el programa estadístico SPSS, se realizó el análisis factorial. Se asignaron 4 factores siguiendo el patrón de “Chronic Self-Destructiveness Scale” de Kelley (validado por Ponce, 2007).

De acuerdo a los reactivos agrupados en cada factor y la comparación con los factores de Kelley y de los otros análisis que se realizaron de esta escala, al igual que de la teoría, se renombraron los factores.

Para establecer la confiabilidad de la totalidad de la prueba y sub-escalas de la misma, se realizó el análisis de confiabilidad utilizando alfa de Cronbach (validado por Ponce, 2007). La confiabilidad de la Escala de Conductas Autodestructivas es de .845. La sub-escala que resultó con el alfa de Cronbach superior es falta de planeación con .803, descuido de deberes obtuvo .732, mientras que buscar conductas de riesgo obtuvo .710. La sub-escala con menor confiabilidad es la de bajo mantenimiento de la salud con un alfa de Cronbach de .665

En base a lo anterior, las 4 sub-escalas de la prueba quedaron como siguen: a) Falta de planeación / Obtener consecuencias negativas; b) Descuido de deberes; c) Buscar conductas de riesgo / Evidencia de trasgresión y d) Bajo mantenimiento de la salud / Desobediencia a tratamientos médicos.

A continuación se presentan los puntajes de reactivos para la Autodestructividad Crónica:

Los reactivos se puntúan del 1 al 5 siendo A=1, B=2, C=3, D=4 y E=5. Para algunos reactivos se les da el puntaje invertido, quedando de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Mujeres: 9, 11, 14, 15, 17, 18, 27, 29, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 44, 50.

Puntajes invertidos: 1, 2, 5, 6, 7,8, 10, 12, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 31, 34, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 54.

Para obtener el puntaje total de las conductas autodestructivas es necesario sumar los puntajes de todos los reactivos y dividirlos entre el número de reactivos: 45 para mujeres y 34 para hombres. Una vez teniendo el promedio, este se busca en la tabla de baremos correspondiente a hombres o mujeres para delimitar el percentil que

le corresponde. Por último, se busca en la tabla de diagnóstico el rango cualitativo para el percentil obtenido.

En el caso del puntaje de autodestrucción para cada factor se deben sumar los puntajes (siguiendo el patrón de puntajes normales e invertidos ya establecido) de los reactivos que pertenecen a cada factor y dividirlos entre el número de reactivos. De igual manera que como se hizo con el puntaje total de la escala, se busca el promedio en la tabla de baremos. El percentil que se obtiene se da porque el valor buscado es igual o mayor al valor perteneciente al percentil. Finalmente, se busca en la tabla de diagnóstico el rango a partir del percentil obtenido para un resultado cuantitativo.

A continuación se presentan los reactivos para cada subescala de mujeres:

1. Falta de planeación / Obtener consecuencias negativas: 6, 12, 19, 21, 24, 25, 31, 34, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 51, 52.

Total de reactivos: 16

2. Descuido de deberes: 2, 11, 14, 17, 18, 29, 32, 33, 44, 50.

Total de reactivos: 10

3. Buscar conductas de riesgo / Evidencia de trasgresión: 1, 7, 8, 10, 20, 22, 26, 28, 45, 54.

Total de reactivos: 10

4. Pobre mantenimiento de la salud / Desobediencia a tratamientos médicos: 9, 15, 27, 36, 37, 38, 39.

Total de reactivos: 7

3. Procedimiento.

Inicialmente, se procedió a la localización de la muestra de las la localización de las de veinte mujeres que no llevan a cabo ningún ejercicio físico en gimnasio y que no se han realizado ninguna cirugía estética así como de las veinte mujeres que le dedican tres horas diarias a la realización de alguna actividad física llevada a cabo en un gimnasio, después se localizó al grupo de veinte mujeres se han realizado dos o más cirugías estéticas y, por último, se realizó la localización de las veinte mujeres que llevan a cabo ejercicio físico en un gimnasio y que se han realizado dos o más cirugías estéticas.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo durante los meses de Noviembre de 2009 a Marzo de 2010. La mayoría de las aplicaciones se realizaron de manera individual, pero hubo casos en los cuales se reunían de 4 a 5 personas y para agilizar la aplicación se realizó de manera grupal. Se les aseguró a los sujetos que toda la información proporcionada así como los resultados obtenidos serían totalmente confidenciales.

Una vez recopilado los datos de los cuatro grupos de mujeres se procedió al tratamiento estadístico de los mismos. Para ello se empleó el paquete estadístico SPSS (versión 12.0). Se llevó a cabo el cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson para ver la relación que existe entre el autoconcepto y la autodestructividad. De la misma manera, se realizó el cálculo de Anova de una vía para estudiar las diferencias que existen entre los niveles de las variables con las cuales se trabajó a lo largo de la investigación en base a los grupos de estudio. Así mismo, se realizó el cálculo de regresión estadística para comprobar si la autodestructividad es dependiente del autoconcepto.

De estos cálculos se derivan las siguientes hipótesis estadísticas:

H_i1: Existe una relación negativa entre el autoconcepto y la autodestructividad.

H₀1: No existe una relación entre el autoconcepto y la autodestructividad.

H_i2: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que realizan tres horas diarias de ejercicio físico en gimnasios.

H₀2: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentarán diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que realizan tres horas diarias de ejercicio físico en gimnasios.

H_i3: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H₀3: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio no presentarán diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas y que no realizan ejercicio físico.

H_i4: Las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀4: Las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas y que no realizan ejercicio físico no presentaran diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio físico.

H_i5: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H₀5: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentaran diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H_i6: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀6: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentaran diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio físico.

H_i7: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio presentarán mayores niveles de autoconcepto a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀7: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio no presentaran diferencias en sus niveles de autoconcepto con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H_i8: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que realizan tres horas diarias de ejercicio físico en gimnasios.

H₀8: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentaran diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que realizan tres horas diarias de ejercicio físico en gimnasios.

H_i9: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H₀9: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio no presentaran diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H_i10: Las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀10: Las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas no presentaran diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio

H_i11: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas.

H₀11: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentarán diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que se han sometido a dos o más cirugías estéticas

H_i12: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀12: Las mujeres que no realizan ejercicio físico en gimnasios y que no se han realizado alguna cirugía estética no presentaran diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H_i13: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio presentarán menores niveles de autodestructividad a diferencia de las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H₀13: Las mujeres que llevan a cabo tres horas diarias de ejercicio no presentarán diferencias en sus niveles de autodestructividad con respecto a las mujeres que se han realizado dos o más cirugías estéticas y que realizan tres horas diarias de ejercicio.

H_i14: La autodestructividad es dependiente del autoconcepto

H₀14: La autodestructividad no es dependiente del autoconcepto.