



Universidad Abierta Interamericana

**INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN
CORPORAL GLOBAL Y MULTIDIMENSIONAL
EN MUJERES ENTRE 20 Y 35 AÑOS
CON PESO NORMAL Y SOBREPESO**

Tutor: Lic. María Laura Santellán

Tesista: Yasmín Alicia Cohen

Título por obtener: Licenciatura en Psicología

Facultad: Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: febrero 2013



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen _____

Nota _____

Jurados:

Fecha _____

AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi sincero agradecimiento a determinadas personas que me han ayudado a cumplir el primer objetivo personal en mi formación académica.

En primer lugar, a mi tutora María Laura Santellán, por acompañarme en este proceso y por contagiarme su pasión por el tema.

A las autoridades de la facultad, por haberme permitido transitar este camino en esta cómoda, agradable y seria institución.

A mi familia, por desear tanto como yo esta meta y motivarme a llegar a ella.

Dedico esta tesis, especialmente, a mi papá, que fue el que me brindó, con su presencia y con su ausencia, las herramientas, no solo para convertirme en una profesional, sino también para optar por lo que me hace feliz.

Y eso hago hoy...

RESUMEN

El propósito de este trabajo es conocer si la presencia de la insatisfacción en la imagen corporal es mayor en mujeres con sobrepeso que en mujeres con peso normal; es decir, dilucidar si a medida que aumenta el peso, crece la insatisfacción de la imagen corporal, o si estas dos variables resultan indistintas.

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo-correlacional, en Capital Federal y en el Conurbano Bonaerense a 140 mujeres, 70 (50 %) con peso normal y 70 (50 %) con sobrepeso. Para llevar a cabo el objetivo, se administró el instrumento BSQ (cuestionario de la forma corporal) y el MBSRQ (cuestionario multidimensional de autoimagen corporal). Las edades están comprendidas entre los 20 y los 35 años.

Los resultados revelaron que existe una correlación directa entre las variables índice de masa corporal e insatisfacción corporal, puesto que las mujeres con sobrepeso mostraron mayor insatisfacción en su imagen corporal y preocupación por el peso que aquellas con peso normal.

PALABRAS CLAVE

Insatisfacción, imagen corporal, índice de masa corporal, mujeres.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine whether the presence of body image dissatisfaction is greater in overweight than in normal-weight women. In other words, determine if dissatisfaction of body image grows as weight goes up, or if these two variables are indistinct.

We performed a cross-sectional descriptive study to 140 women: 70 (50%) with normal weight and 70 (50%) with overweight, in Capital Federal and Gran Buenos Aires. To accomplish its goal, we used the BSQ (Body Shape Questionnaire) and the MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire). Their ages range from 20 to 35 years old.

The results revealed that there is a direct correlation between Body Mass Index (BMI) variable and body dissatisfaction. Overweight women showed greater concern and dissatisfaction with their body image than those with normal weight.

KEYWORDS

Dissatisfaction, body image, body mass index, women.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE TABLAS	9
INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
HIPÓTESIS	18
CAPÍTULO I	19
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	20
1.1 IMAGEN CORPORAL	20
1.1.1 EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL	20
1.1.2 INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	22
1.1.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL	24
1.1.4 LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA VIDA ADULTA	26
1.2 SOBREPESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL	27
1.2.1 SOBREPESO	27
1.2.2 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	29
1.3 PARÁMETROS ESTÉTICOS DEL CUERPO	30
1.3.1 EL MERCADO DE LA MUJER, LA MUJER COMO MERCANCÍA	30
1.3.2 EL RECHAZO DE LOS KILOS DE MÁS	33
1.3.3. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	34
CAPÍTULO II	37
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	38
2.1 DISEÑO	38
2.2 PARTICIPANTES	38

2.3 INSTRUMENTOS.....	38
2.4 PROCEDIMIENTO	43
CAPÍTULO III	44
CAPÍTULO 3. RESULTADOS.....	45
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	45
3.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA GENERAL	45
3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON PESO NORMAL	47
3.1.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOBREPESO	48
3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	50
3.2.1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LA MUESTRA GENERAL	50
3.2.2 ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN	51
3.3 CRUCE DE VARIABLES.....	53
3.3.1 ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD.....	53
3.3.2 ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES.....	54
3.3.2.1 Relación entre los dos constructos analizados a nivel general.....	54
3.3.2.2 Relación entre las dimensiones de las dos escalas administradas en personas con peso normal	54
3.3.2.3 Relación entre las dimensiones de las dos escalas administradas en personas con sobrepeso	56
3.3.3 ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GRUPO.....	58
3.3.3.1 Análisis de las diferencias de grupo en la muestra general....	58
3.3.3.2 Análisis de las diferencias de grupo en personas con peso normal.....	59
3.3.3.3 Análisis de las diferencias de grupo en personas con sobrepeso.....	59
CAPÍTULO IV	61
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	62
ANEXOS	66
BIBLIOGRAFÍA.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

Figura 1. Vías de influencia de la familia en la génesis de los TCA.....	25
Figura 2. Causas de sobrepeso	28
Cuadro 1. Clasificación de sobrepeso y obesidad de la OMS	30
Figura 3. Agentes sociales que conjuntamente influyen en el establecimiento y difusión del culto al cuerpo y, consiguientemente, al anhelo de delgadez	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I. Distribución del IMC en la muestra general.....	45
Gráfico II. Distribución de la edad en la muestra general.	45
Gráfico III. Distribución del lugar de residencia en la muestra general.	46
Gráfico IV. Distribución del estado civil en la muestra general.	46
Gráfico V. Distribución de la edad en personas con peso normal.....	47
Gráfico VI. Distribución del lugar de residencia en personas con peso normal.	47
Gráfico VII. Distribución del estado civil en personas con peso normal.....	48
Gráfico VIII. Distribución de la edad en personas con sobrepeso.....	48
Gráfico IX. Distribución del lugar de residencia en personas con sobrepeso. ...	49
Gráfico X. Distribución del estado civil en personas con sobrepeso.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Distribución de frecuencias en la muestra general según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.	50
Tabla II. Distribución de frecuencias en personas con peso normal según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.	50
Tabla III. Distribución de frecuencias en personas con sobrepeso según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.	51
Tabla IV. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en la muestra general.....	51
Tabla V. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en el grupo A (personas con peso normal).....	51
Tabla VI. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en el grupo B (personas con sobrepeso).....	51
Tabla VII. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en la muestra general.....	52
Tabla VIII. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en personas con peso normal.....	52
Tabla IX. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en personas con sobrepeso.....	53
Tabla X. Prueba de normalidad.	54
Tabla XI. Correlación entre la evaluación de la autoimagen corporal global y la autoimagen corporal multidimensional (escalas MBSRQ y BSQ).....	54
Tabla XII. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ e insatisfacción corporal en personas de peso normal.....	55
Tabla XIII. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ y preocupación por el peso en personas de peso normal.....	56
Tabla XIV. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ e insatisfacción corporal en personas con sobrepeso.....	57
Tabla XV. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ y preocupación por el peso en personas con sobrepeso.	57
Tabla XVI. Diferencias grupales entre orientación física y estado civil.....	58
Tabla XVII. Diferencias grupales entre orientación física y lugar de residencia.....	58
Tabla XVIII. Diferencias grupales entre orientación física y lugar de residencia....	59
Tabla XIX. Diferencias grupales entre orientación de la enfermedad y edad.	59
Tabla XX. Diferencias grupales entre orientación de la enfermedad y lugar de residencia.	60

Tabla XXI. Diferencias grupales entre evaluación de la apariencia y estado civil..60

INTRODUCCIÓN

En Argentina y, especialmente, en Buenos Aires, cada vez es más normal invertir tiempo y energía en adquirir un determinado aspecto físico.

La preocupación por la imagen corporal ha ido aumentando a través del tiempo, debido a múltiples factores culturales, los cuales fueron cambiando las representaciones sociales de las personas respecto a conceptos como cuerpo ideal y belleza. En consecuencia, diferentes prácticas de embellecimiento se vuelven rutina y casi un imperativo para esta sociedad.

La mujer actual, en el mundo occidental, convive con valores altos de insatisfacción en su imagen corporal, a causa de que la belleza universal propuesta por los medios masivos de comunicación está cada vez más alejada de los estándares de belleza alcanzables, lo que crea una sensación de malestar y frustración (Santellán, 2010).

Según la Dra. Susie Orbach, "... nuestra relación contemporánea con la belleza es trágica, pues está dañando los sentimientos de autoestima de mujeres jóvenes y adultas..." (D'Agostino, Etcoff, Orbach & Scott, 2006, p. 7).

La imagen corporal, el autoconcepto, ha sido motivo de una gran cantidad de investigaciones durante los últimos treinta años. A esta variable se la ha relacionado con múltiples rasgos psicológicos, como ser la autoestima, la ansiedad, los trastornos alimentarios y, en resaltadas ocasiones, la insatisfacción corporal (Esnaola, Rodríguez & Goñi, 2010).

Este estudio explorará los resultados obtenidos de la variable imagen corporal de mujeres con peso normal y con sobrepeso de 20 a 35 años inclusive, a través de los cuestionarios BSQ y MBSRQ con el índice de masa corporal. Estos instrumentos son anónimos, con la intención de resguardar la privacidad de las personas que integran la muestra y, a su vez, asegurar la sinceridad de las respuestas.

La principal pregunta que se desea responder en esta investigación es si existe relación entre la insatisfacción de la imagen corporal y el índice de masa corporal. Para obtener esta información, se trabajará con dos grupos, el grupo A, que corresponde a las mujeres con peso normal, y el grupo B, que corresponde a mujeres con sobrepeso.

El propósito es conocer qué tan propia es la insatisfacción de la imagen corporal general y multidimensional del sobrepeso. Además, busca generar un aporte para la comprensión de lo que se refiere a percibirse insatisfecho con la forma corporal, basado, no solo en una visión general, sino también en cómo la persona distingue de manera específica las distintas dimensiones que corresponden a las actitudes y a los comportamientos relacionados con el cuerpo. Esto permitirá un enfoque más amplio comparado a lo que se ha planteado hasta el momento en investigaciones relacionadas, en donde no se visualiza con claridad la disconformidad corporal de manera más específica y fragmentada.

La elección de la edad no fue al azar. Hay una amplia cantidad de estudios sobre imagen corporal y trastornos alimentarios en etapas como la pubertad y la adolescencia, pero no hay trabajos que involucren la adultez temprana en demasía, es por esta razón la deliberada preferencia de la edad.

Múltiples análisis se han llevado a cabo sobre la insatisfacción de la imagen corporal en relación con el índice de masa corporal, los medios de comunicación, las cirugías plásticas y otros aspectos. Por consiguiente, hemos realizado una selección de aquellos que resultan más oportunos en cuanto a los objetivos de esta investigación. A continuación, se presentarán algunos estudios realizados en la última década en diferentes lugares del mundo.

En el año 2008, López Pérez, Solé Burgos & Cortés Moskowich realizaron una investigación titulada “Percepción de satisfacción - insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona)”. Su objetivo era conocer cómo hombres y mujeres perciben e imaginan su propio cuerpo, y analizar las diferencias entre ambos géneros. Para cumplir este objetivo, se trabajó con doscientas personas, cien mujeres y cien hombres de 12 a 18 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario de la imagen corporal (CIC) y el cuestionario de la forma corporal (BSQ). El resultado que arrojó esta investigación fue que existe malestar o insatisfacción en relación con la imagen corporal en los adolescentes, generalmente, por querer estar más delgados. Las chicas fueron las que tuvieron mayor proporción de disconformidad corporal.

En la Universidad de Costa Rica, Zaida Salazar Mora, en el año 2007, realizó una investigación que tenía como objetivo llevar a cabo un análisis profundo sobre la publicidad de una revista destinada a mujeres (revista *Perfil*). Lo que se buscaba era cuantificar la presencia de anuncios que estaban relacionados con la imagen del cuerpo femenino y analizar, también, qué modelos se utilizaban en dichos anuncios. La muestra fue una selección de doce revistas del 2004 y once del 2005. El análisis de esta publicación permitía apreciar, según la investigadora, cómo se va fomentando un patrón estético de una mujer flaca y delgada por medio de los anuncios de belleza que aparecen publicados. Las veintitrés revistas analizadas mostraban un total de 871 anuncios, de los cuales unos cuatrocientos correspondían a productos y tratamientos que emitían el mensaje de lucir más bellas.

Los resultados de este estudio muestran la necesidad inevitable de modificar el cuerpo femenino, para conseguir el estándar de belleza deseado que reflejan las modelos de los anuncios.

En el año 2006, la empresa Dove (D'Agostino et al.) realizó una investigación a nivel mundial que pretendía conocer la ansiedad que sentían las mujeres con respecto a su cuerpo. En este estudio cuantitativo, se llevaron a cabo mil entrevistas a jóvenes de 15 a 17 años y dos mil trescientas a mujeres entre 18 y 64 años.

Este estudio mostró que las mujeres jóvenes son las más susceptibles a los ideales de belleza. Nueve de cada diez deseaban modificar algún aspecto de su cuerpo, y el peso y la forma de este era lo que generaba mayor insatisfacción.

Otro resultado interesante es que estas jóvenes, al presentar baja autoestima por no cumplir con los estándares de belleza, dejaban de realizar actividades cotidianas, como expresar opiniones, trabajar, ir a la escuela, debido a no sentirse cómodas con su aspecto físico. De lo antedicho se desprende que esta investigación reveló que, a nivel mundial, la mujer se relaciona con sentimientos de inseguridad y cansancio cuando se siente mal consigo misma y, por esta razón, evade actividades y se retrae.

En efecto, se ha visto que las mujeres de 15 a 64 años, continuamente, se realizan prácticas de belleza con el objetivo de mejorar su apariencia, pero, también, cada vez son más las que adoptan prácticas extremas, como cirugías plásticas y otros tratamientos invasivos. Todas estas personas, que cada día se sienten más insatisfechas con su forma física y su apariencia, y que han realizado dietas para bajar de peso, en general, son las más susceptibles a padecer desórdenes alimentarios, en comparación con quienes no han realizado estas prácticas.

En cuanto al papel del entorno, en la mayoría de los países donde este estudio tuvo lugar, inclusive en Argentina, las madres y las amigas son protagonistas en el desarrollo de un concepto de belleza, aunque existan diferencias culturales en la preponderancia de su influencia. Otro factor de fuerte influencia se visualizó en los medios de comunicación, que son, también, importantes mensajeros masivos de prácticas anómalas y de estándares de belleza difíciles de apropiar.

Marieke Aafjes, en el año 2008, finalizó una investigación cuantitativa y cualitativa que trataba sobre la belleza física y las cirugías plásticas en Buenos Aires. Esta tenía como objetivo dar cuenta de las causas y de las consecuencias de las cirugías estéticas, cuáles fueron las razones que han posibilitado su crecimiento. También, estudió e intentó conocer la experiencia personal de las personas con respecto a su apariencia en relación con factores como la clase social y económica, la edad y el género.

Los lugares en donde estas prácticas se llevaron a cabo fueron diferentes hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las personas entrevistadas fueron pacientes y cirujanos de esas mismas instituciones.

El resultado de este estudio fue comprobar que la cirugía estética está directamente ligada con la imagen corporal y, a su vez, está en interacción con el entorno cultural del sujeto, como así también, con su vida psicológica.

Una investigación realizada en Estados Unidos por Haring, Montgomery & Hardin en el año 2010 se propuso determinar si la percepción equivocada del peso corporal predice estrategias de control del peso no saludables y, también, si la percepción inexacta del peso se relaciona con síntomas depresivos en los

estudiantes universitarios. El análisis se basó en conocer las percepciones del peso corporal, las estrategias para bajar de peso y los sentimientos de depresión. Lo que esta investigación concluyó es que las mujeres con una percepción de su peso sobrestimado participan en estrategias de control de peso insalubres (dietas, pastillas e, incluso, vómitos) y reportan síntomas de depresión. En los hombres esto no aparece, ellos no han sobrestimado su peso corporal.

Phillips y de Man, en el año 2010, estudiaron el estado del peso y la satisfacción de la imagen corporal en adultos (sesenta y cuatro mujeres, y cuarenta y seis hombres). Para realizar esta investigación, se llevaron a cabo dos fases. Primero, los participantes debían elegir, entre algunas figuras con diferentes formas corporales, con cual se identificaban. La segunda fase tenía como objetivo que las personas seleccionaran una de las figuras en función a cómo les gustaría ser. Una vez obtenidos los dos datos, se buscaba la diferencia entre ambos pasos, y ese era el índice de insatisfacción corporal.

Los resultados mostraron que, en las mujeres, existe una relación lineal, es decir, que a medida que aumenta el peso, se eleva la insatisfacción corporal. En los hombres, el resultado fue que aquellos que poseen sobrepeso desean estar más delgados, mientras que aquellos con peso normal o con bajo peso deseaban tener una forma corporal más corpulenta.

Además, las mujeres que no estaban satisfechas con la forma de su cuerpo, también, tendían a reportar importantes incongruencias en sus atributos físicos. Esto sugiere que la insatisfacción con la forma del cuerpo es general, ya que corresponde con evaluaciones de características físicas específicas.

En Argentina, específicamente en la provincia de San Luis, se llevó a cabo un estudio que pretendía correlacionar los trastornos alimentarios con la insatisfacción de la imagen corporal. La población analizada fueron adolescentes y mujeres jóvenes diagnosticadas con algún trastorno en la conducta alimentaria. Las conclusiones mostraron que la insatisfacción corporal está asociada fuertemente con padecer desórdenes en la alimentación y con realizar actividades de riesgo para bajar de peso. En las adolescentes, se

interpretó que los malestares en la imagen corporal se debían a la etapa evolutiva por la que estaban transitando y, en la finalización de la adolescencia, la insatisfacción se debía a las influencias culturales (Rivarola, 2003).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre la insatisfacción de la imagen corporal global y multidimensional en mujeres con peso normal y con sobrepeso, provenientes de Capital Federal y del Conurbano Bonaerense.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la muestra de acuerdo a la edad, el índice de masa corporal, el estado civil y la zona de residencia.
- Describir la evaluación de la apariencia y la orientación de la apariencia física; la evaluación y orientación física; la evaluación y la orientación de la salud; la orientación a la enfermedad; el nivel de satisfacción por el propio cuerpo; la preocupación por el peso y el sobrepeso; la clasificación del peso, y la insatisfacción corporal de la muestra total.
- Comparar las mujeres de peso normal con las de sobrepeso respecto de la evaluación de la apariencia y la orientación de la apariencia física; la evaluación y orientación física; la evaluación y orientación de la salud; la orientación a la enfermedad; el nivel de satisfacción por el propio cuerpo; la preocupación por el peso y el sobrepeso; la clasificación del peso, y la insatisfacción corporal.
- Asociar la autoimagen corporal global con la autoimagen corporal multidimensional de las mujeres con peso normal y con sobrepeso, de 20 a 35 años.
- Diferenciar ambos grupos (personas con sobrepeso y sin este) en función del estado civil, la zona de residencia y la edad.

HIPÓTESIS

- H1: Cuanto mayor es el índice de masa corporal, mayor va a resultar el nivel de insatisfacción corporal.
- H2: Cuanto mayores resultan los puntajes de preocupación por el sobrepeso y del peso propio clasificado, y cuanto menor es el puntaje de la subescala satisfacción con las áreas del cuerpo, mayor va a ser la insatisfacción de la imagen corporal y la preocupación por el peso.
- H3: La edad, el estado civil y el índice de masa corporal están relacionados con los cuestionarios MBSRQ (cuestionario multidimensional de autoimagen corporal) y BSQ (cuestionario de la forma corporal).

CAPÍTULO I

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 IMAGEN CORPORAL

1.1.1 EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

Bajo la definición de imagen corporal, se han trabajado una gran cantidad de fenómenos, y se la ha conceptualizado de distintas maneras en relación con la teoría con la que se la ha estudiado. Es por esta razón que a la imagen corporal se la llama de diferentes maneras: modelo postural, esquema corporal, límites del cuerpo, yo, etc. (Raich, 2000). A continuación, se detallará la caracterización desarrollada por Raich (2000) en su libro *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*.

Desde la mirada neurológica, la imagen corporal constituye una representación mental de la conciencia corporal de cada persona, y las alteraciones que aparecen son el resultado de una perturbación en la actividad cortical. Otro enfoque más dinámico considera a la imagen corporal en términos de actitudes y sentimientos hacia el propio cuerpo: una representación corporal puede ser real, pero, a su vez, puede estar infectada por la influencia de sentimientos, ya sean positivos o negativos, que van a concluir por modificar el autoconcepto.

En los inicios del siglo XX, se estableció el concepto de esquema corporal, que se refería a una representación diagramática del cuerpo de la que el individuo era conciente (Head, 1920 citado en Toro, 2004). Toro también cita a Shilder, quien definió en 1950 a la imagen corporal como “el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” (2004, p. 181). Es, por lo tanto, una imagen que está compuesta por información que el individuo va acumulando a medida que pasa el tiempo, y esta es captada por receptores sensoriales, principalmente visuales, cenestésicos y táctiles. Esta materia prima está influida, distorsionada, por experiencias afines, capaces de ser evocadas, debido a que están asociadas a respuestas emocionales significativas, como consecuencia de evaluaciones estéticas. Entonces, la

imagen corporal es la silueta, el cuerpo, el aspecto físico, que un individuo experimenta en diferentes momentos de su desarrollo (Toro, 2004). Para Pérez-Gil Romo y Romero Juárez (2010), en esta definición, está oculta la idea de que la imagen no siempre tiene que ser una fotografía exacta de nuestro cuerpo, sino que, por el contrario, está plasmada de valoraciones y actitudes que tenemos sobre este.

Al respecto, Raich (2000) señala lo siguiente:

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (p. 25)

Otras miradas apoyan la anterior definición, Rosen (1992 citado en Raich, 2000) expuso que la imagen corporal es la forma en que una persona percibe su propio cuerpo, se siente y actúa con relación a este. Es decir, que hay varios aspectos, como los perceptivos, los subjetivos y los conductuales, que se ponen en juego cuando se habla de imagen corporal.

Thompson (1990 citado en Raich, 2000) explica que la imagen corporal está compuesta por tres componentes.

Un componente perceptual, que consta de la exactitud con la que una persona percibe el tamaño corporal, tanto en su totalidad como en los segmentos que lo integran. Cuando este componente está alterado, la persona puede sobrestimar o subestimar las proporciones de su propio cuerpo. Es decir, que la persona percibe su tamaño corporal de un tamaño mayor al real en el caso de la sobrestimación, o de un tamaño menor al real en el caso de la subestimación.

Otro componente que Thompson considera es el subjetivo, que refiere a los sentimientos, cogniciones, actitudes y valoraciones en los que el cuerpo se ve implicado. En otras palabras, invitan a apreciar, de una u otra manera, la apariencia física, ya sea con ansiedad, preocupación, satisfacción o insatisfacción.

El tercer componente es el conductual y son todas las conductas que la apreciación del cuerpo y sentimientos asociados provocan, por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo ante los demás, etcétera.

Cash y Pruzinsky (1990) también definen a la imagen corporal en términos de mecanismos perceptuales, cognitivos y emocionales, y cada uno de ellos se visualiza de una manera en particular. En el nivel perceptual, se juegan las imágenes, las valoraciones del tamaño corporal. El cognitivo se aprecia en la focalización de la atención en el cuerpo, en las creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal. Y, por último, en el nivel emocional, se incluyen las experiencias placenteras y displacenteras, de satisfacción e insatisfacción, entre otros modos emocionales relacionados con la experiencia externa.

1.1.2 INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Cuando la apariencia física afecta la valoración que se realiza de sí mismo, el interés por agradarse aumenta, y la preocupación por la imagen corporal se extiende (Yaryura Tobías, Neziroglu, Pérez Rivera & Borda, 2003).

La incomodidad por la forma de percibir la imagen corporal y por la evaluación individual que las personas realizan constituye el principal factor que lleva a tomar decisiones como iniciar una dieta para perder peso. A esta incomodidad con el cuerpo se la llama insatisfacción corporal. Cuando aparece este fenómeno dentro del concepto de los trastornos de la conducta alimentaria, esta insatisfacción es el resultado de la diferencia que aparece entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Toro, 2004).

En el año 2003, Ogden (2005) expuso tres circunstancias en donde la insatisfacción de la imagen corporal se presenta:

- 1) Cuando la persona cree que es más gorda de lo que realmente es, es decir, cuando hay distorsión en la imagen corporal.
- 2) Cuando cree que es más gorda de lo que le gustaría ser, o sea, cuando hay discrepancia respecto del cuerpo ideal.

- 3) Cuando no le gusta su cuerpo, en otras palabras, cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo.

Tener insatisfacción de la imagen corporal no implica padecer de un trastorno de la imagen corporal. El malestar por el cuerpo y el peso es muy frecuente hoy en día, pero solo se habla de un trastorno dismórfico cuando las quejas por un defecto son exageradas y están acompañadas por una preocupación trastornante y limitante en los quehaceres de la vida cotidiana (Raich, 2000).

Según esta autora, los conflictos con la imagen corporal se deben a la gran cantidad de disgustos que se producen regularmente, es decir, que es muy común que la insatisfacción se asocie con una baja autoestima. Existen estudios que muestran que, por lo menos, un tercio de la autoestima se refiere a lo positivo o negativo que es considerada la imagen corporal. En los últimos años, se ha comenzado a oír el concepto de ansiedad física social, que se define como “sentimientos negativos causados por las evaluaciones negativas reales o anticipadas de la apariencia física de un individuo” (Toro, 2004, p. 184). Este autor explica que la anterior definición hace referencia a la desaprobación real o supuesta, más que a la percepción directa del propio cuerpo. Esta ansiedad, junto con la insatisfacción corporal, puede conducir a la existencia de preocupaciones relacionadas con el cuerpo y con el peso, y, en consecuencia, a la promoción de los trastornos de la conducta alimentaria.

Rodríguez Aguilar, van Barneveld, González-Arratia y Unikel-Santoncini (2010) explican que la insatisfacción de la imagen corporal está influida por la interiorización, la comparación social y las presiones familiares.

Cafri, de Yamamiya, de Brannick y Thompson (2005 citado en Rodríguez Aguilar et al., 2010) exponen que hay tres factores que se relacionan con el desagrado de la imagen corporal:

- 1) conocer ideales estéticos de la delgadez,
- 2) interiorizar esos ideales y
- 3) percibir presiones para ser delgado.

1.1.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL

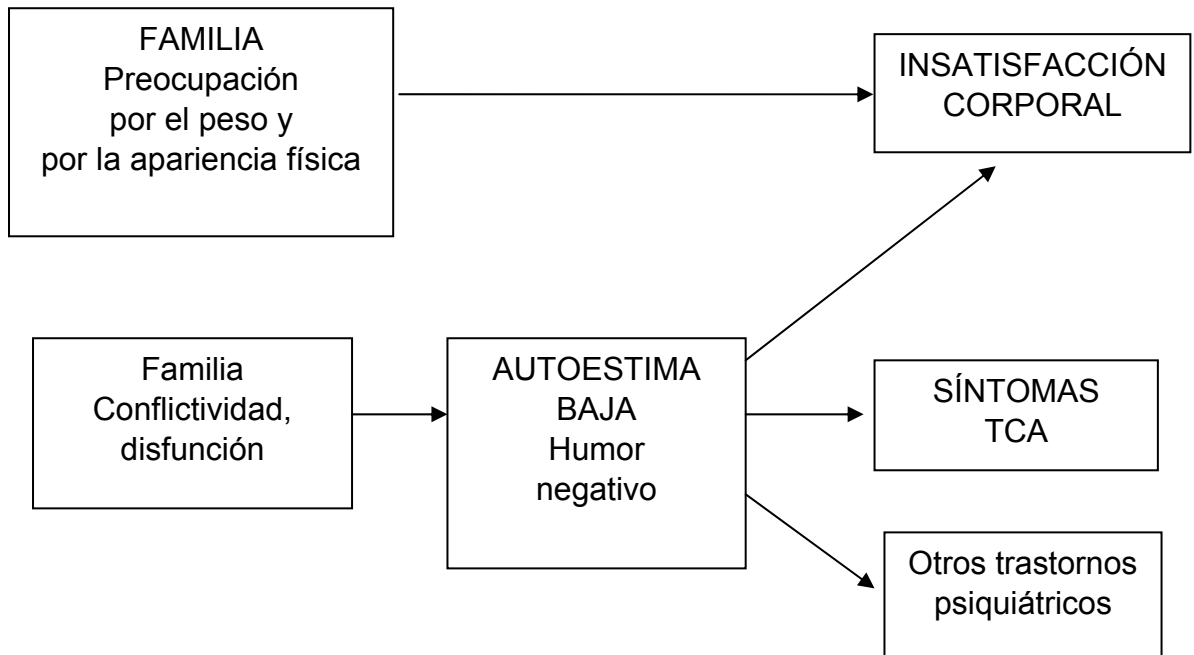
El significado del cuerpo no está influido solamente por los mensajes provenientes de los medios de comunicación que expresan qué apariencia se debe conseguir para triunfar o qué tan lisa se debe tener la piel para ser feliz; existen otras intervenciones mucho más efectivas que influyen directamente en la construcción del autoconcepto (Raich, 2000).

Raich (2000) y Toro (2004) coinciden en que coexisten una serie de múltiples factores que influyen en la creación de esquemas, modelos que las personas crean acerca de la imagen corporal. Cada vez se establece más que la familia y las amistades son las influencias más incisivas que van actuando en las etapas más tempranas de la vida, aparte de los medios de comunicación. Estos elementos encarnan al cuerpo ideal representado socialmente.

Según Raich, la familia es la que nos enseña, desde que somos chicos, cuál es la manera en que debemos comportarnos, qué es lo que se considera estético, cuál es el significado de la belleza y cuál, el de la fealdad. Esto pretende explicar que si una familia festeja un atributo físico de uno de sus hijos, es posible que el otro se compare y se sienta en inferioridad de condiciones, y esto le provoque celos o disconformidad con su autoconcepto. “La consideración que en el seno de la familia se tiene de cada uno de sus miembros influirá en el futuro de éstos” (2000, p. 70).

La familia manifiesta implícita y explícitamente la importancia de estar delgado, potencia las conductas del cuidado corporal como las dietas y rechaza la idea de poseer sobrepeso y estar obeso. Además, esta es la encargada de amplificar la importancia social de tener una buena apariencia física.

Figura 1. Vías de influencia de la familia en la génesis de los TCA



Adaptado de *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*
(Leung et al., 1996 citado en Toro, 2004).

En cuanto al papel de las madres, ellas juegan un rol fundamental en la percepción que las hijas crean respecto a la belleza. Las madres pueden influir en la imagen corporal de sus hijas durante los primeros años de vida y durante los primeros años de su adultez. También, se ha estudiado la relación madre e hija con los trastornos alimentarios, y se lo señala como una variable para tratar estos desórdenes (Toro, 2004). Respecto a la autoestima, muchos estudios indican que las madres tienen más influencia que los padres en lo que se refiere a su desarrollo. Por más que el contexto que rodea a una chica es importante, las conexiones y la relación madre-hija son sumamente intensas. (D'Agostino et al., 2006).

Otro factor que estos autores consideran es el de las amistades. Ocupan un importante lugar en lo que se desarrolla como trastorno de la imagen corporal, y son estas influencias las que pueden amplificar un defecto. En otras palabras, tanto los familiares como los amigos pueden ser los modelos que intervienen en la creación de una imagen corporal negativa. Cuando una persona visualiza que su entorno se preocupa por su peso, se aprende que es importante y que se debe tener la misma preocupación (Raich, 2000).

Según Levine, Smolak y Hayden (1994 citado en Toro, 2004), hay varios estudios que indican que a mayor frecuencia de relaciones con amistades y compañeras, mayor es la probabilidad de presencia de conductas y actitudes alimentarias anormales, lo cual también está relacionado con una mayor presencia de insatisfacción de la imagen corporal. Otra investigación realizada en Australia con respecto a la influencia que ejerce pertenecer a grupos de amistades concluyó que aquellas chicas que compartían grupos en donde existía una preocupación por la imagen corporal y conductas para perder peso, comparaban sus cuerpos con los de otras chicas con mayor frecuencia, percibían haber recibido más cantidad de críticas de sus amigas en relación con su silueta y su peso, y, también, exponían que sus amigas habían tenido un papel preponderante en sus decisiones de realizar dietas restrictivas. Otra particularidad que este estudio mostró es que las chicas de un mismo grupo poseían entre sí sintomatología depresiva, niveles de autoestima e índice de masa corporal similares y, al mismo tiempo, compartían parámetros de preocupaciones por la pérdida de peso y por el cuerpo (Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999 citado en Toro, 2004).

Otro factor influyente, que Raich (2000) y Toro (2004) señalan, es el de las burlas y las críticas irónicas referidas al cuerpo y al peso. Estas situaciones, que comienzan en la infancia, pueden marcar la imagen corporal que se crea de sí mismo en la vida adulta. Las burlas por ser gordo, la insatisfacción de la imagen corporal y otras presiones sociales ejercidas por las exigencias que esta cultura pondera, pueden concluir en alteraciones en el funcionamiento psicológico de las personas (Guzmán & Lugli, 2009).

1.1.4 LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA VIDA ADULTA

La mayoría de las investigaciones sobre insatisfacción de la imagen corporal han propuesto a las niñas púberes y a las adolescentes como el principal objeto de estudio; aunque, de a poco, se van recolectando datos que permiten dilucidar lo que sucede con las mujeres adultas (Toro, 2004). Una investigación realizada por Cooper y Goodyer, en 1997 en Inglaterra, demuestra cuestiones interesantes con respecto a los inicios de las conductas

alimentarias anómalas. Este estudio tuvo como población a niñas de 11 a 16 años y tenía como objetivo conocer la prevalencia y el significado de las preocupaciones por el peso y la forma corporal. Las conclusiones de la investigación fueron que, aunque las preocupaciones con el aspecto y la forma del cuerpo comienzan en el inicio de la adolescencia, los comportamientos alimentarios alterados se producen más tarde, o sea, ya casi finalizada la adolescencia.

En 1994, Burnett y Hetherington compararon dos grupos de cincuenta mujeres, uno de ellos con señoras a partir de sesenta años y otro grupo con mujeres jóvenes. Estos investigadores hallaron que ambos grupos deseaban perder peso, aunque todas las participantes presentaban un peso corporal normal; es decir, que las mujeres adultas presentan insatisfacción corporal en un nivel similar a aquellas con edades inferiores (Toro, 2004). Esto lo confirmaron Epel, Spanakos, Kasl-Godley y Brownell (1996 citado en Toro, 2004) cuando informaron que el ideal corporal es objeto de deseo, tanto para las mujeres jóvenes como para las muy maduras, o sea, que la presión social hacia el fenómeno de la delgadez afecta cada vez más a las mujeres mayores.

Philips y de Man (2010) estudiaron la insatisfacción corporal, tanto en las adolescentes como en las mujeres adultas, y encontraron que no había diferencias con respecto a la edad cuando se hablaba de insatisfacción corporal, que se podían sentir conformes o disconformes con su apariencia física, y que esta variable no poseía una relación significativa con los años de vida.

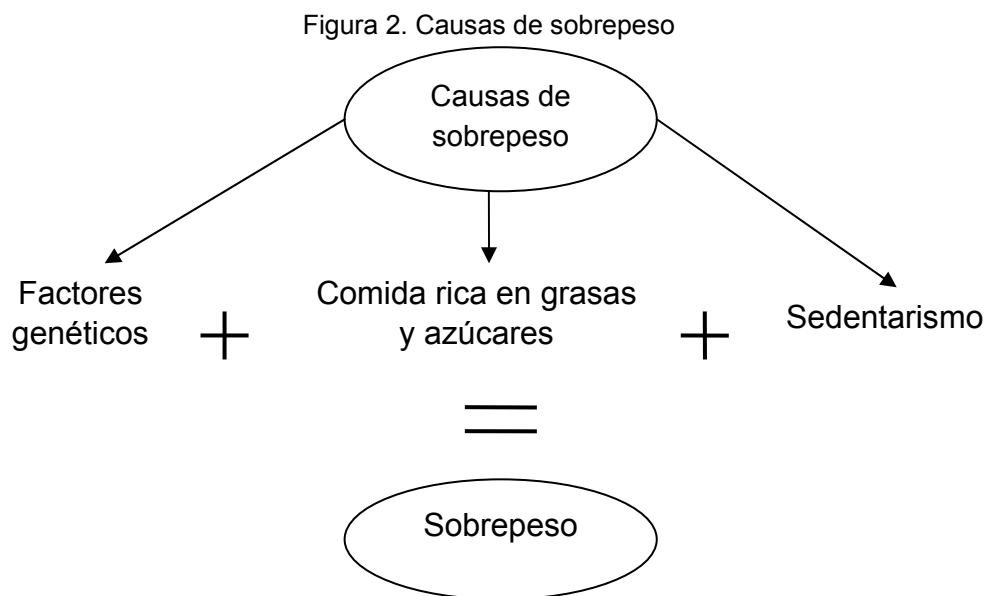
1.2 SOBREPESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

1.2.1 SOBREPESO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (2012, ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?, §1). Dicho de otra manera, es el estado en el cual se exceden los límites del peso adecuado para la talla y la edad de una persona.

En cuanto a las causas, la OMS explica que en un 95 % de los casos se produce por una ingesta mayor al consumo necesario diario y, normalmente, se visualiza en personas que consumen más calorías de las que luego gastan. Esto lleva a una acumulación de grasa debido a una mala alimentación y a una escasa actividad física.

El aumento de peso se produce cuando las células grasas aumentan su tamaño o cantidad. También, existen otros factores que influyen en la asimilación, el almacenamiento y la utilización de energía proveniente de los nutrientes de los distintos alimentos que consumimos. Estos son los cambios hormonales y de sustancias que regulan el hambre, el movimiento y el metabolismo. Hay un determinado peso que el cuerpo está dispuesto a defender: un punto de regulación. Este está controlado por el adipostato, que se encarga de mantener el peso que se consigue una vez que la persona deja de desarrollarse. Sin embargo, cuando la persona engorda, este punto posee otra función: mantener el peso máximo (Cormillot, 2012).



Adaptado de *Adiós a los kilos de más. La dieta ideal para las mujeres de hoy* (Cormillot, 2012).

La menarca, la menopausia, las enfermedades o las intervenciones quirúrgicas son diferentes agentes fisiológicos que pueden llevar a las mujeres a poseer sobrepeso. Asimismo, existen otras causas, como dejar de fumar, dormir poco o consumir determinados medicamentos (por ejemplo, algunos

antidepresivos y corticoides). Por más que los factores genéticos, la ingesta de azúcares y la falta de actividad física influyen, indudablemente, en el aumento de peso, existen otros elementos asociados: los psicológicos y los emocionales. Estos factores pueden ser los causantes o nacer a partir del sobrepeso. En otras palabras, una persona puede tener tendencia a engordar, pero que no esté activada y, a causa de factores emocionales, esta predisposición se impulsa. El acto de comer tiene diferentes implicancias, no solo cumple la función de nutrir, sino que, también, posee una carga simbólica, muchas veces negativa, que puede llevar a las personas a padecer conflictos y trastornos de la alimentación. Además, en algunos casos, la comida compensa, es decir, que se utiliza para calmar malestares emocionales, como enojo y angustia (Cormillot, 2012).

Este autor explica que, cuando un dolor emocional se esconde bajo el acto de comer, se crea un ciclo. Este ciclo está sostenido por lo que se conoce como sistema de creencias.

Según Ellis (1975, citado en Obst, 2008), las personas tienen diferentes pensamientos disfuncionales, y estos hacen que ellas afirmen vehemente o se sientan convencidas de diferentes situaciones, sin poseer bases empíricas que sostengan lo que creen. Estas creencias son activadas por diferentes sucesos, es decir, que todo acontecimiento va a ser material de evaluación y que a partir de este proceso va a resultar una determinada consecuencia. Esta reacción puede ser de tipo emotivo o conductual, o sea, puede concluir en una emoción o en una conducta.

Cormillot (2012) explica que se debe tratar de modificar las creencias irracionales, para que haya un aumento de pensamientos racionales y saludables. Poder pasar de un pensamiento absolutista a uno más flexible, posibilita y favorece el desarrollo de herramientas para el cambio.

1.2.2 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Respecto del índice de masa corporal, la OMS determinó lo siguiente:

Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la

obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su altura en metros (kg/m^2).
(2012, ¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?, §2)

Este índice proporciona una medida válida para calcular la existencia de sobrepeso y obesidad, ya que es útil para los adultos de todas las edades y de ambos sexos.

Según la tabla de clasificación internacional de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el índice de masa corporal, las divisiones son las siguientes:

Cuadro 1. Clasificación de sobrepeso y obesidad de la OMS

Clasificación	IMC	Riesgo asociado para la salud
Bajo peso	<18,50	Bajo
Peso normal	18,50 - 24,99	Normal
Sobrepeso	25,00 - 29,99	Incrementado
Obesidad grado I	30,00 - 34,99	Moderadamente incrementado
Obesidad grado II	35,00 - 39,99	Gravemente incrementado
Obesidad grado III	40 o más	Muy gravemente incrementado

Adaptado de *Guía de nutrición y diabetes* (Zavala, 2003).

1.3 PARÁMETROS ESTÉTICOS DEL CUERPO

1.3.1 EL MERCADO DE LA MUJER, LA MUJER COMO MERCANCÍA

Josep Toro, en su obra *El cuerpo como delito*, explica que la importancia del cuerpo es, en la mayoría de las culturas, más significativa y relevante para el sexo femenino que para el masculino. El atractivo de ellos está más ligado a sus poderes y habilidades, que a su aspecto físico; en cambio, la apariencia para el sexo femenino recibe una superior consideración. Además de procrear y alimentar a sus hijos, las mujeres deben apegarse a un modelo de belleza y tener un atractivo sexual para integrarse a un medio sociocultural determinado. Esto quiere decir que su cuerpo no solo tiene que estar destinado a parir, sino

también a ser atractivo. Otra diferencia es que las mujeres, en relación con la mayoría de los hombres, tienden a valorar mucho más su autoconcepto, por lo que ellas creen de sí mismas y por lo que piensan que el resto de las personas cree sobre ellas (Toro, 2008).

El estudio Dove explica que casi todas las mujeres, en algún momento de sus vidas, han estado preocupadas por su apariencia física (peso, forma del cuerpo, apariencia física en general), lo que mantiene la creencia de que nunca se puede sentir plena con la apariencia física cuando se está expuesta a los ideales de belleza que continuamente exigen más. Este estudio mundial también mostró que, cuando una mujer se siente conforme con ella misma y posee alta autoestima, automáticamente, su motivación aumenta y se compromete más con las demandas de estos ideales (D'Agostino et al., 2006).

Una investigación realizada por Tiggemann y Rothblum (1997) confirma que las preocupaciones por el sobrepeso es menor en hombres que en mujeres, y que estas últimas reciben mayores prejuicios negativos y más juicios de valor. Además, se ha confirmado que las mujeres son más influenciadas por los factores socioculturales que los hombres y, también, presentan mayores niveles de insatisfacción en su imagen corporal (Zaragoza Cortes, Saucedo-Molina & Fernández Cortés, 2011). Esto se debe a que, en el mundo actual, la mujer debe arriesgar su salud a costa de alcanzar los cánones de belleza que las sociedades y los medios de comunicación exteriorizan (Yaryura Tobías et al., 2003). Entre los posibles riesgos, se pueden mencionar los siguientes:

- Padecer cáncer por exponer el cuerpo al sol para mantener el bronceado o, simplemente, sufrir el envejecimiento prematuro de la piel.
- Exponerse a diferentes cirugías plásticas, como liposucciones, y, en consecuencia, sufrir infecciones o complicaciones por la anestesia, o aplicaciones mamarias con riesgo de encapsulamiento.
- Arriesgarse a consumir diferentes pastillas para adelgazar o a aplicarse diferentes cremas para combatir la celulitis.

- Experimentar complicaciones a causa de inyectarse toxinas botulínicas o diferentes métodos para atacar el paso del tiempo.

Estos riesgos se dan con más frecuencia en los trastornos dimórficos, aunque cada vez son más las mujeres que, sin padecer ningún tipo de cuadro patológico, realizan estas prácticas (Yaryura Tobías et al., 2003). Por cierto, cuando se habla de medicina estética, ya se refiere a algo masivo. De hecho, es alarmante que una manera de atraer clientes de las empresas de medicina prepaga sea que estas, una vez al año, cubran el 100 % de una cirugía estética. Esto despoja las dudas de que, en la actualidad, la belleza pasó a formar parte del acceso a la salud (Santellán, 2010).

No obstante, es importante explicar que las mujeres no son personas pasivas e ignorantes. Ellas, generalmente, conocen cuáles son las intenciones de la publicidad, de la industria y de los medios de comunicación. Sin embargo, es tal el impacto de los mensajes dirigidos a ellas, mujeres exitosas, altas, flacas e independientes, que, indefectiblemente, se mezclan en el reordenamiento de sus anhelos y se convierten en intereses que se posan sobre lo más alto de sus deseos (D'Agostino et al., 2006). Tal es así que, cuando las mujeres minimizan la gravedad de la preocupación por su imagen corporal y dicen desconocer los mensajes sociales o no ser afectadas por estos, sufren más los efectos de la exposición a los ideales esperados. Esto quiere decir que ser conciente o aceptar la idea de que los mensajes que se captan del afuera son un fenómeno que merece atención puede permitir que las mujeres sean capaces de hacer frente a las amenazas que afectan a la apariencia física (Bosson, Pinel y Thompson, 2008).

Además, es llamativo ver cómo la belleza ha pasado de ser una actividad placentera a algo simplemente decorativo; es decir, que se percibe como algo absolutamente esencial, pero complicado de alcanzar: "(...) ya no se siente como un derecho de nacimiento sino como una lucha, un deseo que es difícil de lograr" (D'Agostino et al., 2006, p. 7).

1.3.2 EL RECHAZO DE LOS KILOS DE MÁS

Ser obeso o presentar sobrepeso significa, en la actualidad, un estigma social; los hombres y las mujeres aspiran más a no ser gordos que a estar saludables (Toro 2004, 2008). “El rechazo social del sobrepeso y la obesidad, es decir, las personas gorditas y obesas, no hace sino justificar la búsqueda de la delgadez” (Toro, 2004, p. 254).

Es tal la marginalidad manifiesta a las personas que no siguen los parámetros de una imagen corporal normal, que ya los niños de seis años pueden interiorizar el significado de lo que es una persona gorda. Esto se debe a las presiones sociales a las que se está expuesto (Kirkpatrick y Sanders, 1978 citado en Toro, 2008).

Al respecto, Toro (2004) señala lo siguiente:

Están, estamos, viviendo, y quizás practicando, el rechazo, la relegación, el segregacionismo a que se somete el obeso. Pero con un agravante: desde la perspectiva de la cultura de la delgadez, donde con frecuencia se cree que un cuerpo normal es un cuerpo con sobrepeso, a menudo se tilda de obesa una persona con sobrepeso. (p. 243)

Tan significativo es el rechazo que, en 1969, un artículo describía las reacciones de nenes de 5 a 10 años frente a cinco fotografías diferentes de niños: uno en muletas, otro sin el antebrazo, uno con una pierna enyesada, otro con una desfiguración facial y, por último, uno obeso. Todos los niños coincidieron en que el obeso era el que más les desagradaba (Lerner y Gellert, 1969 citado en Ogden, 2005). Existe otra investigación con un procedimiento y unos resultados similares a la anterior. Estaba dirigida a adultos con profesiones diversas y, ante la misma prueba, los profesionales, entre ellos enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales, tuvieron las mismas actitudes de rechazo hacia el niño obeso (Richardson, Goodman, Hastorf & Dornbusch, 1961 citado en Toro, 2008).

Toro explica que, en la sociedad, hay una atribución de responsabilidad al obeso, es decir, que la persona con kilos de más es responsable de su

condición, esto forma parte del porqué de la marginalidad. Según un estudio llevado a cabo por De Jong (1980 citado en Toro, 2008), donde unas niñas adolescentes opinaban sobre una compañera con exceso de peso, cuando se les decía que ella podía padecer un problema hormonal o se les revelaba que había podido conseguir eliminar algo de su sobrepeso, la actitud de las niñas cambiaba de manera más favorable. Esto demuestra que, si el gordo trata de corregir su condición o si su sobrepeso es a causa de ser víctima de una enfermedad, es mucho menos difícil aceptarlo (Toro, 2008). “La obesidad está considerada como la consecuencia de un vicio, y el obeso, por tanto, una persona que a él se entrega” (Toro, 2008, p. 165).

En la sociedad actual, no solo intentan adelgazar los obesos o las personas con sobrepeso, sino también las personas con peso normal e, inclusive, aquellas que poseen bajo peso. Toro también explica que no son muchas las personas que alcanzan el éxito, debido a que muchas de ellas recaen y abandonan. Lo interesante es que, pese a los fracasos, la demanda sigue su curso gracias a las exigencias que la cultura de la delgadez aplica (Toro, 2008). En el estudio Dove se muestra que, cuando las mujeres se sienten mal consigo mismas, es causa directa de su visión relacionada con la apariencia y el peso (D’Agostino et al., 2006).

1.3.3. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Toro, Salamero y Martínez-Mallén (1994 citado en Esnaola et al., 2010) propusieron cuatro factores en donde se visualiza la presión y la influencia cultural:

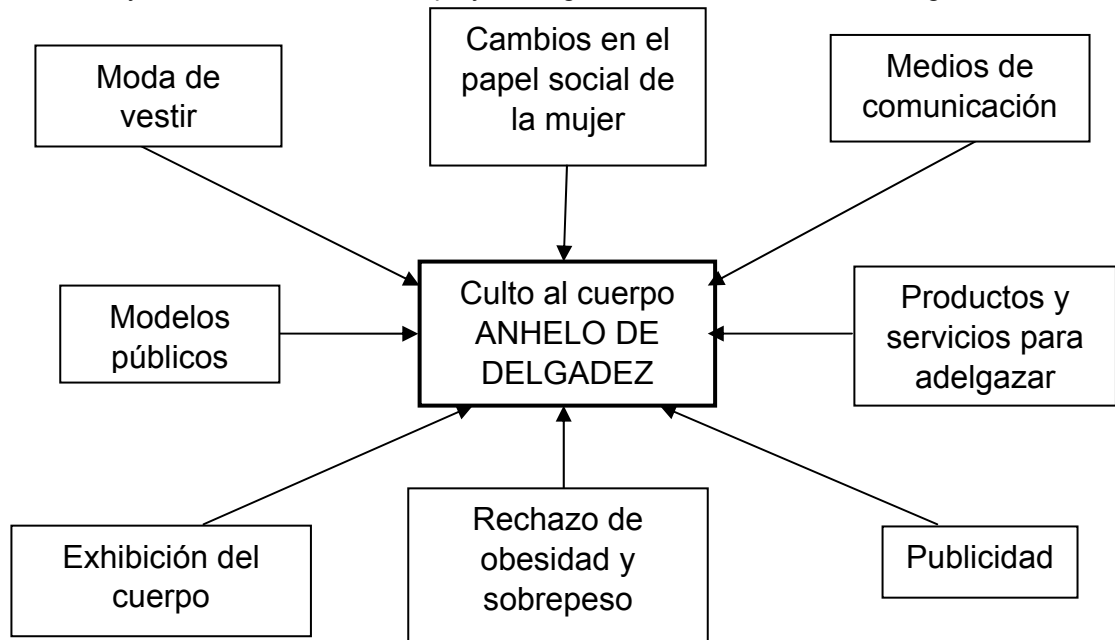
- 1) la publicidad,
- 2) los mensajes verbales,
- 3) los ideales (modelos) sociales y
- 4) las situaciones sociales.

La cultura de la delgadez ha sido difundida y potenciada gracias a la “eficacia” de los medios de comunicación. Las imágenes de cuerpos delgados, la publicidad sobre productos de belleza y dietas milagrosas son elementos que

influyen en el cuidado y control del peso. Modelos de alta costura, comerciales sobre el modelado del cuerpo, concursos de belleza son todos elementos que multiplican el deseo de mantenerse delgado. Hay que tener en cuenta que estos elementos no solo llegan a través de los medios de comunicación, sino que, también, son las compañeras o los familiares quienes emiten sus mensajes (Toro, 2004).

Muchos estudios han demostrado que las mujeres que aparecían en los medios de comunicación durante el siglo pasado habían reducido su tamaño corporal (Orbach, 1978; Fallon, 1990; y Grogan, 1999 citados en Ogden, 2005). Por ejemplo, una investigación demostró que las modelos de Playboy, a partir de los años 60, eran cada vez más delgadas (Garner y cols., 1980 citado en Ogden, 2005). Otra confirma lo dicho anteriormente, ya que Silverstein y cols. (1986 citado en Ogden, 2005) concluyeron que, a partir de 1950, las modelos son menos curvilíneas y notoriamente más delgadas.

Figura 3. Agentes sociales que conjuntamente influyen en el establecimiento y difusión del culto al cuerpo y, consiguientemente, al anhelo de delgadez



Adaptado de *Adiós a los kilos de más. La dieta ideal para las mujeres de hoy* (Cormillot, 2012).

En la actualidad, el campo visual está contaminado con imágenes de mujeres muchas veces modificadas digitalmente para reestructurarlas de una manera más favorable. Estas aparecen en carteleras, revistas, diarios, en el cine y en otros medios, y son transmitidas de una manera apasionada. Tal es la

intensidad de las imágenes que afectan la manera de relacionarse con el propio cuerpo, que produce angustias con respecto a la visión de la apariencia y genera sentimientos de inseguridad (D'Agostino et al, 2006).

Otra cuestión importante es cómo los medios de comunicación, además de difundir el modelo estético corporal ideal, promocionan la oferta de la cirugía estética de una forma masiva y sin cuidados. Se visualiza sin tabúes cómo debe ser tratado un cuerpo sano intervenido quirúrgicamente para verse mejor. De hecho, existieron programas televisivos que mostraban cómo las personas se sentían inadecuadas con su imagen por presentar rasgos físicos considerados “anormales” por la sociedad. Esto es lo que el mercado pretende que la gente crea, que posee determinadas características que deben desaparecer y que el poseerlas no solo resulta en querer modificarlas, sino también en un malestar personal con la imagen corporal (Santellán, 2010).

En la Argentina y en otros países del mundo, hay un programa, *Bailando por un sueño*, que posee una audiencia muy elevada, es muy exitoso y muestra una gran cantidad de mujeres con cuerpos, muchas veces, irreales. En este concurso no solo se pueden visualizar chicas con los atributos que corresponden a los ideales estéticos, sino también cuerpos que han sido manipulados quirúrgicamente y objeto de múltiples tratamientos de belleza. Es decir, que, hoy en día, lo que se ve por la televisión y es seguido por cientos de miles de personas es un fenómeno que genera falsas esperanzas por hacer creer que se puede conseguir un cuerpo exuberante, provocador, escultural (Santellán, 2010). Esto también sucede en los concursos de belleza: “hacen del cuerpo femenino objeto de contemplación, valoración y comparación colectiva” (Toro, 2008, p. 94). Por más absurdo que parezca, las sociedades occidentales promocionan estos concursos y están de acuerdo con que mujeres jóvenes compitan entre sí y sean evaluadas por jurados que son los encargados de alzarlas a la popularidad. Para esto, las “misses” deben realizar diferentes actividades, como posar en traje de baño, dejando ver cada vez más partes desnudas al público, y presentar determinadas características que luego son resaltadas por los jueces de estos concursos y colocadas como ideales y como ejemplos de lo que una mujer común debería aspirar a ser (Toro, 2008).

CAPÍTULO II

CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO

Esta investigación tiene un diseño cuantitativo, es un estudio del tipo descriptivo/correlacional, con un corte temporal transversal. Es descriptiva, ya que muestra una perspectiva de lo que se refiere a imagen corporal general y multidimensional. Además, es correlacional, en el sentido de búsqueda de relación entre las variables imagen corporal general y multidimensional, sobrepeso y peso normal, lugar de residencia, estado civil y edad (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 1991).

2.2 PARTICIPANTES

La muestra se tomó en la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense de la República Argentina. Y se distribuyó de la siguiente manera: un grupo de setenta mujeres que poseen un índice de masa corporal entre 18,50 y 24,99 (Grupo A) y un segundo grupo que está compuesto por setenta mujeres que poseen un índice de masa corporal entre 25,00 y 29,99 (Grupo B), es decir, un 50 % de mujeres con sobrepeso y un 50 % de mujeres con peso normal. Ambos grupos están integrados por jóvenes de entre 20 y 35 años, cuya edad media es de 26 años con un desvío de 4,17.

Además, se corroboró que los participantes de ambos grupos presentan similares características en cuanto a las variables edad y lugar de residencia.

2.3 INSTRUMENTOS

Para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal global en personas con sobrepeso y con peso normal, se utilizará el test BSQ (cuestionario de la forma corporal) creado por Cooper, P. J., Taylor, Cooper, Z. y Fairburn en el año 1987.

Este cuestionario tiene como objetivo medir el grado de preocupación sobre el peso y la imagen corporal. Consta de treinta y cuatro preguntas que

evalúan aspectos, como insatisfacción y preocupación por el peso. Sirve para diferenciar personas que no poseen problemas de peso, personas preocupadas por su imagen y personas con trastornos alimentarios. Es un cuestionario autoadministrado y se puntúa en la escala de Likert de 1 a 6, que va desde nunca, hasta siempre.

En cuanto a la descripción de los factores, el factor 1 se refiere a insatisfacción corporal y está compuesto por los ítems 1, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 y 32. Y el factor 2 alude a preocupación por el peso y se compone de los ítems 2, 4, 5, 6, 9, 16, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 33 y 34.

Una vez sumado el total de puntos, se habrá obtenido una cifra numérica. El punto de corte que se ha establecido en este test es de 105 y cuanto más se exceda dicho número, mayor es la insatisfacción que sufre la persona en relación con su imagen corporal.

A partir de la puntuación total obtenida, es posible establecer cuatro categorías:

- 1) Preocupación leve: menos de 80
- 2) Preocupación media: 80-110
- 3) Preocupación moderada: 110-140
- 4) Preocupación extrema: más de 140

En su validación colombiana (Castrillón Moreno, Montaña, Avendaño Pietro & Pérez-Acosta, 2007), se encontró que presenta una adecuada consistencia interna, medida con un Alpha de Cronbach de .95 para el instrumento en general, .95 para el primer factor (insatisfacción corporal) y .92 para el segundo factor (preocupación por el peso).

Para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal multidimensional, se utilizará el MBSRQ (cuestionario multidimensional de relación con el propio cuerpo) diseñado por Cash en 1990.

Este instrumento consta de sesenta y nueve ítems que evalúan aspectos actitudinales (evaluativos, cognitivos y conductuales) respecto de la imagen corporal. Y se compone de diez subescalas: evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, evaluación física, orientación física, evaluación de

la salud, orientación de la salud, orientación de la enfermedad, escala de satisfacción de las áreas del cuerpo (BASS), preocupación por el sobrepeso y clasificación del peso propio. Cada subescala posee determinados ítems:

- **Evaluación de la apariencia:** respuestas afirmativas (5, 11, 21, 30, 39) y respuestas negativas (42, 48).
- **Orientación de la apariencia:** respuestas afirmativas (1, 2, 12, 13, 22, 31, 41, 50) y respuestas negativas (23, 32, 40, 49).
- **Evaluación física:** respuestas afirmativas (24, 51) y respuestas negativas (33).
- **Orientación física:** respuestas afirmativas (3, 4, 14, 26, 35, 44, 53) y respuestas negativas (6, 15, 16, 25, 34, 43).
- **Evaluación de la salud:** respuestas afirmativas (7, 27, 54) y respuestas negativas (17, 36, 45).
- **Orientación de la salud:** respuestas afirmativas (8, 9, 18, 19, 29, 52) y respuestas negativas (28, 38).
- **Orientación de la enfermedad:** respuestas afirmativas (46, 55, 56) y respuestas negativas (37, 47).
- **Satisfacción de las áreas del cuerpo (BASS):** respuestas afirmativas (61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69).
- **Preocupación por el sobrepeso:** respuestas afirmativas (10, 20, 57, 58).
- **Clasificación del propio peso:** respuestas afirmativas (59, 60).

La forma de corrección de cada subescala consiste en adjudicar un determinado puntaje a cada respuesta, a mayor puntaje se confirma la subescala. La significación de las subescalas son las siguientes:

- **Evaluación de la apariencia:** se refiere a los sentimientos de atracción física o falta de atractivo, satisfacción o insatisfacción de la apariencia personal. Las puntuaciones altas significan que se

siente positivo y satisfecho con su apariencia, y las puntuaciones bajas, que tiene un descontento general con su aspecto físico.

- **Orientación de la apariencia:** es la inversión que se le brinda a la apariencia. Anotadores altos reflejan mayor importancia en su apariencia, es decir, que presta atención a su apariencia y participa en amplios comportamientos para cuidar de esta. Las puntuaciones bajas muestran la apatía acerca de su apariencia, que no dedica mucho esfuerzo para "verse bien".
- **Evaluación física:** son los sentimientos de autocalificarse como físicamente apto o no apto físicamente. Las puntuaciones altas reflejan que se percibe físicamente "en forma" o deportivamente activo y competente. Las puntuaciones bajas, que se siente físicamente "fuera de forma" o no calificado atléticamente. Los puntajes altos indican que la persona está activamente involucrada en actividades para estar y mantenerse en forma. Los puntajes bajos demuestran que la persona no valora la aptitud física y no incorpora regularmente el ejercicio en su estilo de vida.
- **Orientación física:** es el grado de inversión en conseguir una buena forma física o ser competente atléticamente. Las puntuaciones altas refieren a participar activamente en las actividades para mejorar o mantenerse en forma. Las puntuaciones bajas muestran que no valora la aptitud física y no incorpora el ejercicio regularmente.
- **Evaluación de la salud:** mide los sentimientos de la salud física o la ausencia de enfermedad física. Las puntuaciones altas señalan que siente que su cuerpo está en buen estado de salud. Las puntuaciones bajas, que se siente no saludable y experimenta síntomas corporales de la enfermedad o la vulnerabilidad a la enfermedad.
- **Orientación de la salud:** se refiere al alcance de la inversión en un estilo de vida saludable. Las puntuaciones altas revelan que es

"consciente de la salud" y trata de llevar una vida sana. Las puntuaciones bajas, que es más apático acerca de su salud.

- **Orientación de la enfermedad:** evalúa la extensión de la reactividad de ser o llegar a ser enfermo. Las puntuaciones altas significan que está alerta a síntomas personales de enfermedad física y es propenso a buscar atención médica. Las puntuaciones bajas, que no está especialmente alerta o no activa los síntomas físicos de la enfermedad.
- **Escala de satisfacción con las áreas del cuerpo (BASS):** es similar a subescala de la evaluación de la apariencia, salvo que la BASS utiliza la satisfacción con aspectos diferenciados de la apariencia. Los altos puntajes evidencian que, generalmente, está contento con la mayoría de las áreas de su cuerpo. Las puntuaciones bajas, que es infeliz con el tamaño o el aspecto de varias áreas corporales.
- **Preocupación por el sobrepeso:** evalúa un constructor que refleja la ansiedad de grasa, vigilancia de peso, hacer dieta y comer con moderación. Mientras mayores son los puntajes, mayor es la preocupación.
- **Clasificación del peso propio:** refleja cómo se percibe y etiqueta su peso, en una escala que va de muy bajo a exceso de peso. Cuando los puntajes son altos, la persona se clasifica con exceso de peso y, cuando son muy bajos, lo contrario.

Según Brown, Cash y Mikulka (1990), el test MBSRQ posee una consistencia interna medida con un Alpha de Cronbach por cada subescala en particular, es decir, que no hay un valor en general.

El Alpha de Cronbach correspondiente a cada subescala para el sexo femenino es: evaluación de la apariencia $\alpha = .88$, orientación de la apariencia $\alpha = .85$, evaluación física $\alpha = .80$, orientación física $\alpha = .89$, evaluación de la salud $\alpha = .84$, orientación de la salud $\alpha = .84$, orientación de la enfermedad

$\alpha = .84$, preocupación por el sobrepeso $\alpha = .76$, escala de satisfacción con las áreas del cuerpo (BASS) $\alpha = .74$ y clasificación del peso propio $\alpha = .73$.

2.4 PROCEDIMIENTO

Para poder medir el nivel de insatisfacción corporal general, se utilizará el BSQ, el cuestionario diseñado por Cooper, P. J., Taylor, Cooper, Z. y Fairburn (1987). Para medir la imagen corporal de una forma multidimensional, se utilizará el MBSRQ, el cuestionario creado por Cash (1990).

En primer lugar, se realizará la recolección de datos de las personas, a fin de verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios para participar de esta investigación, como peso, altura, sexo y edad.

Luego, se les administrarán los dos cuestionarios antes mencionados, primero el MBSRQ y luego el BSQ. Estos cuestionarios son del tipo autoinformado, por lo que se entregan con una birome y solo se interviene cuando a los participantes les surge alguna duda a medida que los completan. Con el propósito de mantener el anonimato, no se utilizarán nombres y apellidos, cada protocolo tendrá un número que identificará al encuestado.

Luego, los datos obtenidos serán tabulados y sistematizados con el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 15.0 para Windows Vista o XP.

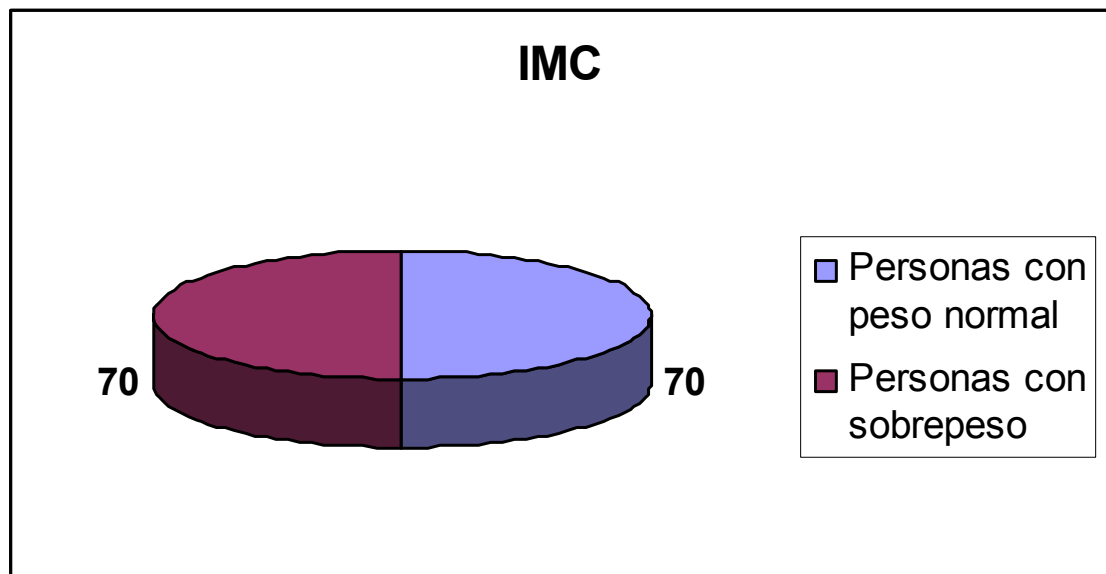
CAPÍTULO III

CAPÍTULO 3 RESULTADOS

3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

3.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA GENERAL

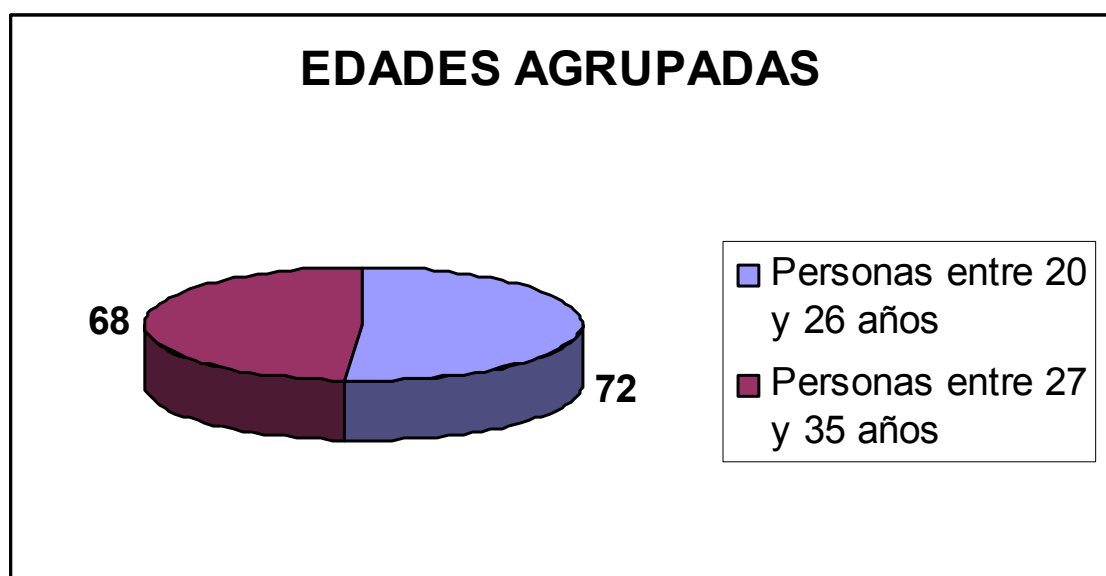
Gráfico I. Distribución del IMC en la muestra general.



Fuente: elaboración propia

El 50 % de las encuestadas presenta sobrepeso, mientras que el 50 % restante no lo presenta.

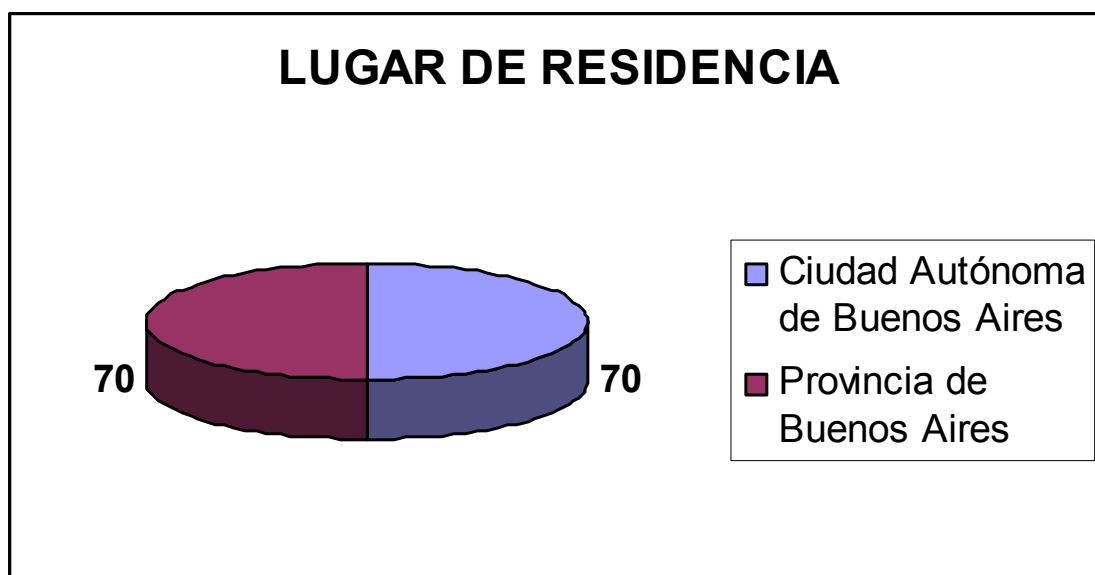
Gráfico II. Distribución de la edad en la muestra general.



Fuente: elaboración propia

Un poco más de la mitad de las mujeres encuestadas (51,4 %) tiene entre 20 y 26 años, mientras que la edad del 48,6 % restante oscila entre los 27 y los 35 años.

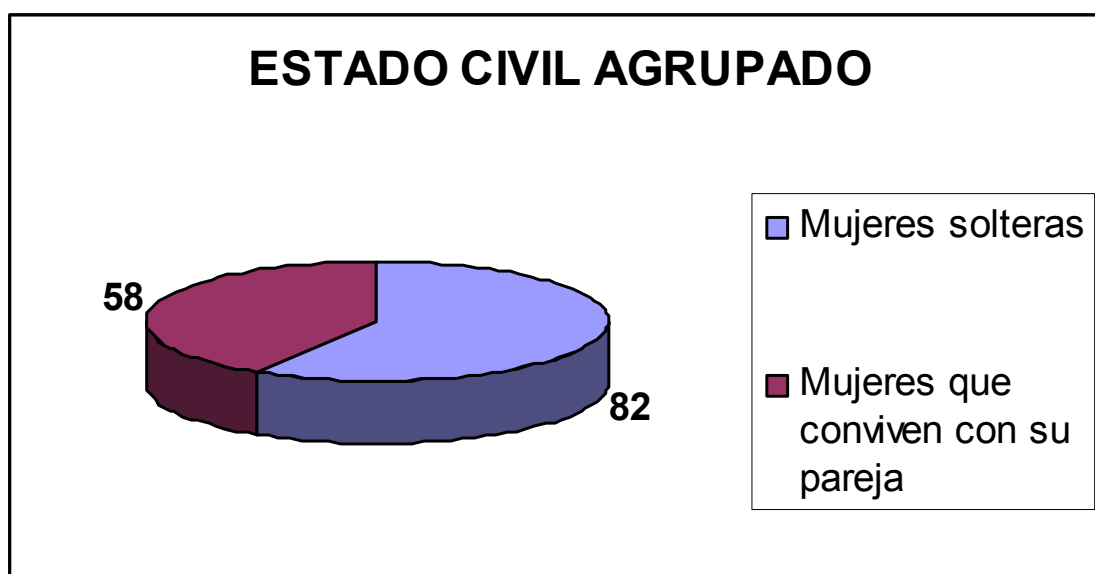
Gráfico III. Distribución del lugar de residencia en la muestra general.



Fuente: elaboración propia

La mitad de las mujeres encuestadas reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la otra mitad, en la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico IV. Distribución del estado civil en la muestra general.

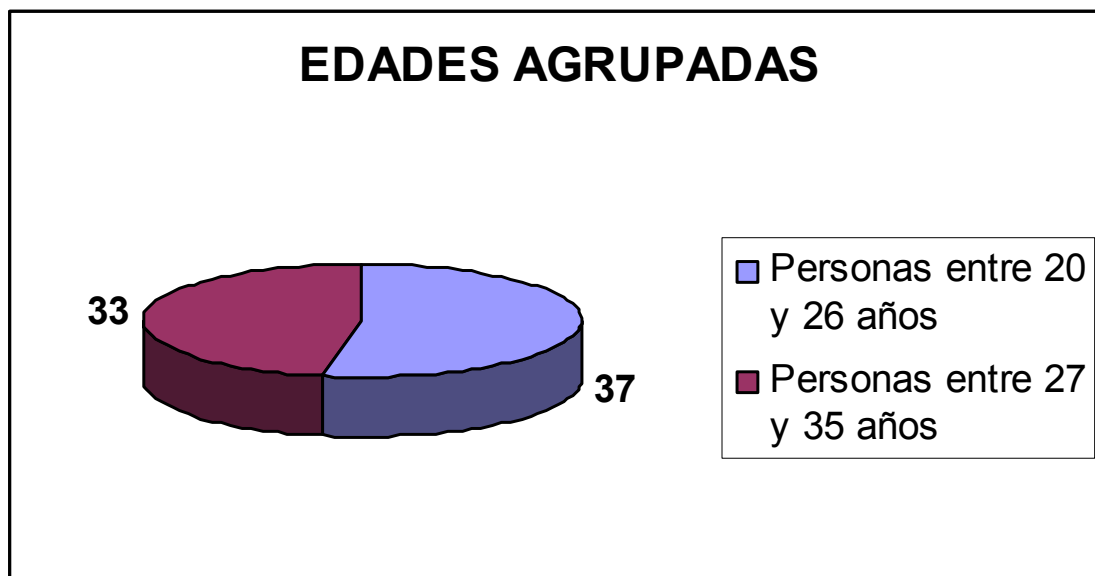


Fuente: elaboración propia

El 58,6 % de las personas encuestadas son solteras, mientras que el 41,4 % restante convive con su pareja.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON PESO NORMAL

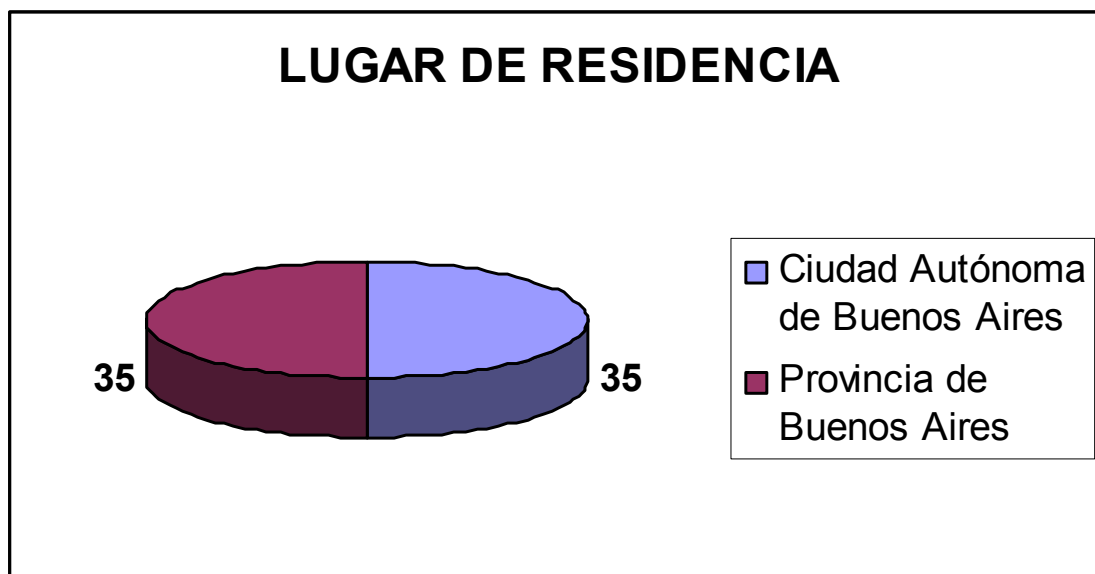
Gráfico V. Distribución de la edad en personas con peso normal.



Fuente: elaboración propia

El 52,9 % de las mujeres con peso normal tiene entre 20 y 26 años, mientras que el 47,1 % posee entre 27 y 35 años de edad.

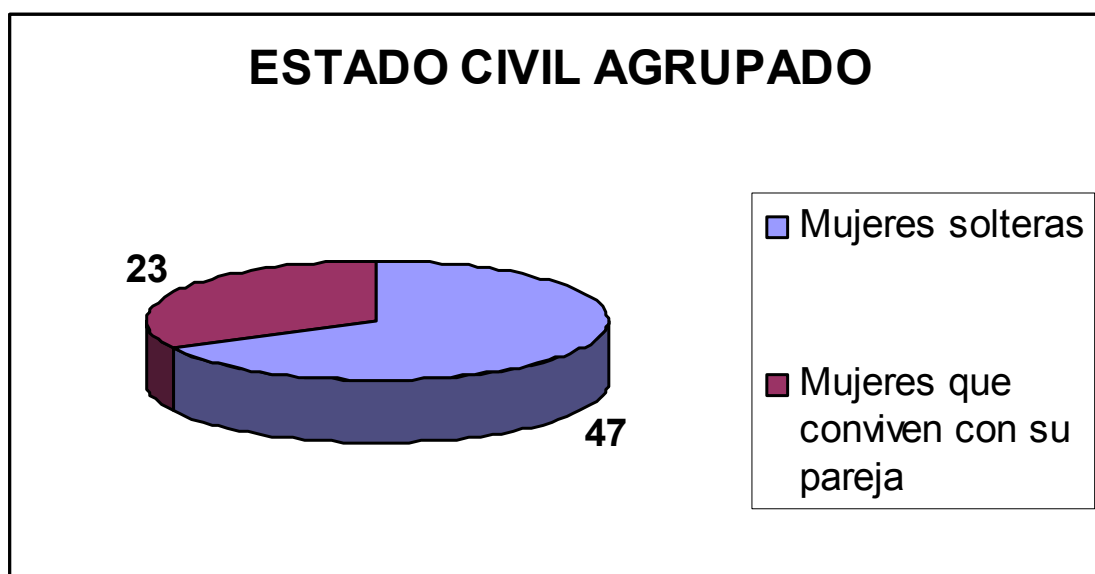
Gráfico VI. Distribución del lugar de residencia en personas con peso normal.



Fuente: elaboración propia

El 50 % de las mujeres con peso normal habita actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el resto, en la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico VII. Distribución del estado civil en personas con peso normal.

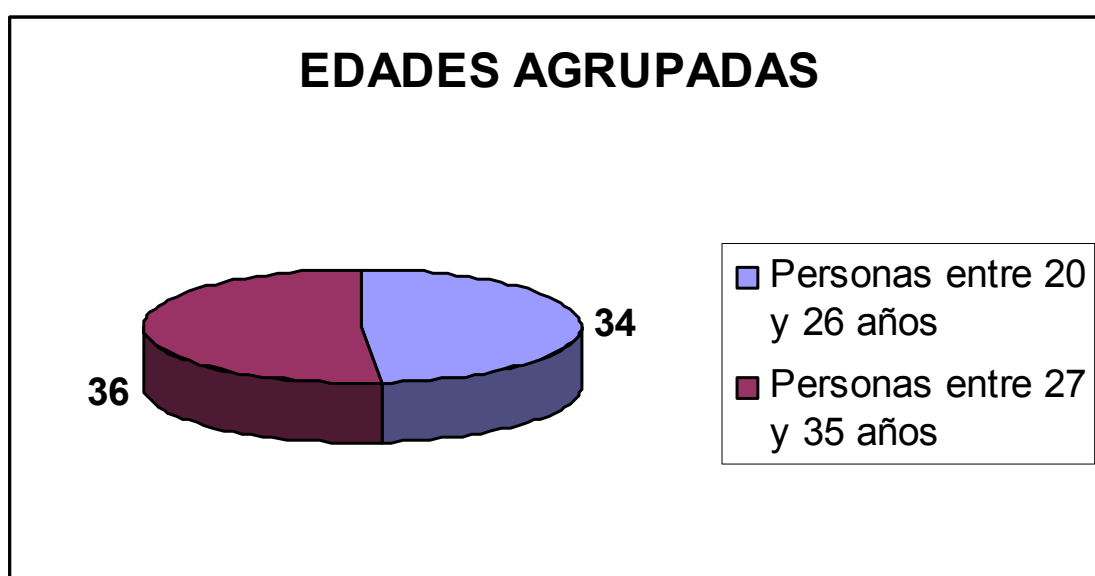


Fuente: elaboración propia

El 67,1 % de las personas encuestadas de peso normal están solteras, mientras que el 32,9 % restante convive con su pareja.

3.1.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOBREPESO

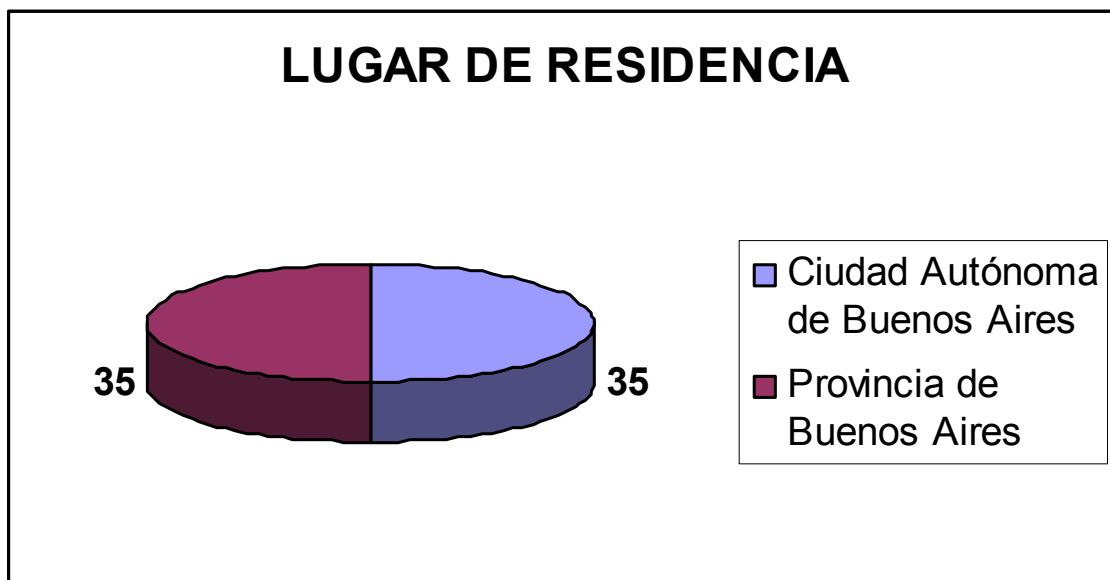
Gráfico VIII. Distribución de la edad en personas con sobrepeso.



Fuente: elaboración propia

El 51,5 % de las mujeres con sobrepeso encuestadas tiene entre 27 y 35 años y el 48,5 % restante posee una edad que varía entre los 20 y los 26 años.

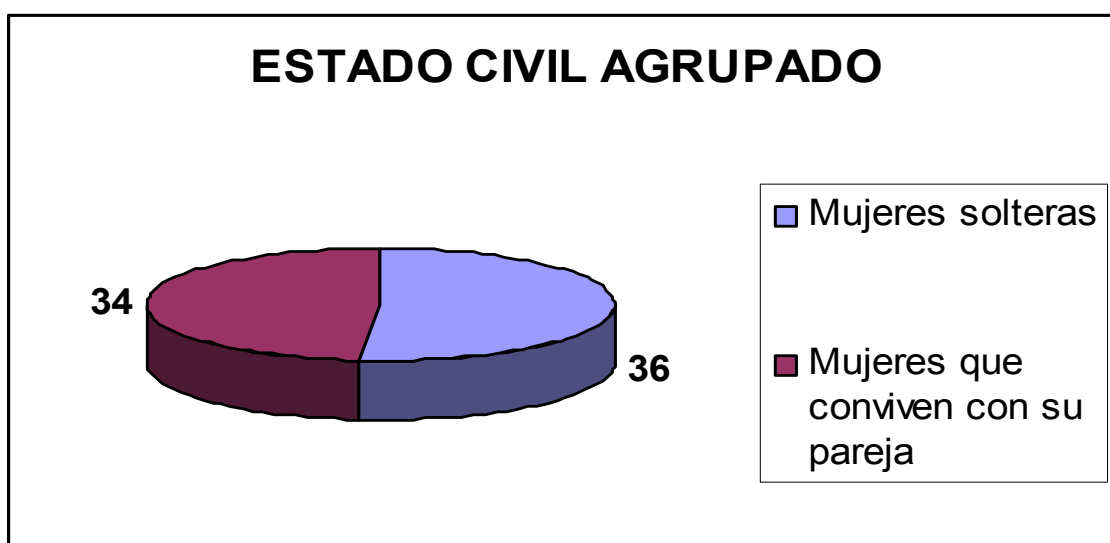
Gráfico IX. Distribución del lugar de residencia en personas con sobrepeso.



Fuente: elaboración propia

El 50 % de las personas con sobrepeso analizadas vive actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el resto lo hace en la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico X. Distribución del estado civil en personas con sobrepeso.



Fuente: elaboración propia

El 51,5 % de las mujeres con sobrepeso encuestadas están solteras y el 48,5 % restante convive con su pareja.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

3.2.1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LA MUESTRA GENERAL

Tabla I. Distribución de frecuencias en la muestra general según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.

Grado de preocupación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	60	42,9 %
Media	33	23,6 %
Moderada	31	22,1 %
Extrema	16	11,4 %

Fuente: elaboración propia

La mayor parte de los encuestados (42,9 %) presenta una preocupación leve por su peso e imagen corporal, mientras que son escasas las personas que manifiestan una preocupación extrema por ello (11,4 %). Y quienes se sitúan entre estos dos polos son las personas con preocupación media y moderada (23,6 % y 22,1 % respectivamente).

Tabla II. Distribución de frecuencias en personas con peso normal según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.

Grado de preocupación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	47	67,1 %
Media	17	24,3 %
Moderada	5	7,1 %
Extrema	1	1,5 %

Fuente: elaboración propia

La mayor parte de las personas con peso normal (67,1 %) presenta una preocupación leve por su peso e imagen corporal, mientras que son escasas las personas que manifiestan una preocupación extrema por ello (1,5 %). Y quienes se sitúan entre estos dos polos son las personas con preocupación media y moderada (24,3 % y 7,1 % respectivamente).

Tabla III. Distribución de frecuencias en personas con sobrepeso según el grado de preocupación por el peso y la imagen corporal.

Grado de preocupación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	13	18,5 %
Media	16	22,9 %
Moderada	26	37,1 %
Extrema	15	21,5 %

Fuente: elaboración propia

La mayor parte de las personas con sobrepeso (37,1 %) presentan una preocupación moderada por su peso e imagen corporal, mientras que la minoría manifiesta una preocupación leve por ello (18,5 %). Y quienes se sitúan entre estos dos polos son las personas con preocupación media y extrema (22,9 % y 21,5 % respectivamente).

3.2.2 ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN

Tabla IV. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en la muestra general.

Variables	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
BSQ	140	93,65	89	37,16	36	190
Insatisfacción corporal	140	48,76	44	20,99	21	111
Preocupación por el peso	140	44,88	44	17,23	14	79

Fuente: elaboración propia

Tabla V. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en el grupo A (personas con peso normal).

Variables	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
BSQ	70	72,23	66	26,6	36	162
Insatisfacción corporal	70	37,27	33	14,34	21	87
Preocupación por el peso	70	34,96	33	13,35	14	75

Fuente: elaboración propia

Tabla VI. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del test BSQ y sus dimensiones en el grupo B (personas con sobrepeso).

Variables	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
BSQ	70	116,12	115	33,72	48	190
Insatisfacción corporal	70	60,93	61,5	20,29	28	111
Preocupación por el peso	70	55,19	57,5	14,79	19	79

Fuente: elaboración propia

El análisis de las tablas V y VI refleja que las personas con sobrepeso presentan niveles medios más elevados en cuanto a la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso que aquellas cuyo índice de masa corporal es normal. Tales diferencias se dieron tanto a nivel general como en cada una de las dimensiones.

Tabla VII. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en la muestra general.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
MBSQR	140	3,27	3,3	0,34	2,46	4,12
Evaluación de la apariencia	140	3,19	3,28	0,87	1	5
Orientación de la apariencia	140	3,78	3,83	0,55	2,08	5
Evaluación física	140	3,18	3,33	0,89	1	5
Orientación física	140	3,02	2,96	0,78	1,08	4,92
Evaluación de la salud	140	3,69	3,67	0,59	2	4,83
Orientación de la salud	140	3,24	3,25	0,64	1,25	4,88
Orientación de la enfermedad	140	3,18	3,2	0,74	1,2	5
Satisfacción por las áreas del cuerpo	140	3,18	3,22	0,6	1,78	4,89
Preocupación por el sobrepeso	140	3,07	3	0,91	1	5
Clasificación del propio peso	140	3,42	3,5	0,62	1	5

Fuente: elaboración propia

Tabla VIII. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en personas con peso normal.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
MBSRQ	70	3,38	3,33	0,32	2,71	4,12
Evaluación de la Apariencia	70	3,61	3,57	0,7	1,57	5
Orientación de la Apariencia	70	3,71	3,75	0,55	2,08	4,75
Evaluación Física	70	3,51	3,67	0,78	2	5
Orientación Física	70	3,3	3,15	0,75	2	4,62
Evaluación de la Salud	70	3,77	3,83	0,55	2,17	4,83
Orientación de la Salud	70	3,29	3,37	0,59	2,13	4,88
Orientación de la Enfermedad	70	3,22	3,2	0,72	1,2	4,8
Satisfacción por las áreas del cuerpo	70	3,47	3,56	0,56	1,89	4,89
Preocupación por el Sobrepeso	70	2,71	2,75	0,81	1	5
Clasificación del propio Peso	70	2,99	3	0,48	1	4

Fuente: elaboración propia

Tabla IX. Análisis de las medidas de tendencia central y dispersión del cuestionario MBSQR y sus dimensiones en personas con sobrepeso.

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Máx.
MBSRQ	70	3,15	3,12	0,35	2,46	3,99
Evaluación de la apariencia	70	2,74	2,79	0,81	1	4,43
Orientación de la apariencia	70	3,85	3,92	0,55	2,5	5
Evaluación física	70	2,84	3	0,89	1	5
Orientación física	70	2,73	2,73	0,71	1,08	4,92
Evaluación de la salud	70	3,62	3,67	0,64	2	4,67
Orientación de la salud	70	3,19	3,12	0,7	1,25	4,5
Orientación de la enfermedad	70	3,15	3,2	0,77	1,60	5
Satisfacción por las áreas del cuerpo	70	2,88	2,94	0,49	1,78	3,89
Preocupación por el sobrepeso	70	3,44	3,5	0,88	1,25	5
Clasificación del propio peso	70	3,87	4	0,39	3	5

Fuente: elaboración propia

A nivel general, se obtuvieron puntuaciones promedio más elevadas en los constructos orientación de la apariencia, evaluación de la salud y satisfacción con el propio peso. En lo que atañe al análisis discriminado de las dimensiones en ambos grupos, las personas con sobrepeso puntuaron más alto en las dimensiones orientación de la apariencia, preocupación por el sobrepeso y clasificación del propio peso con respecto a las personas de peso normal, mientras que estas últimas lo hicieron en el resto de las dimensiones.

3.3 CRUCE DE VARIABLES

3.3.1 ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD

Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para analizar la distribución de las escalas BSQ y MBSRQ, así como de las dimensiones que las conforman, y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla X. Prueba de normalidad.

Variables	p.
BSQ	0,00
Insatisfacción corporal	0,00
Preocupación por el peso	0,00
MBSRQ	0,74
Evaluación de la apariencia	0,03
Orientación de la apariencia	0,35
Evaluación física	0,01
Orientación física	0,04
Evaluación de la salud	0,00
Orientación de la salud	0,47
Orientación de la enfermedad	0,15
Satisfacción por las áreas del cuerpo	0,22
Preocupación por el sobrepeso	0,11
Clasificación del propio peso	0,00

Fuente: elaboración propia

La escala MBSRQ, así como sus dimensiones orientación de la apariencia, orientación de la salud, orientación de la enfermedad, satisfacción por las áreas del cuerpo y preocupación por el sobrepeso se distribuyeron de forma normal, mientras que el resto lo hizo de manera anormal, al igual que la escala BSQ y las dimensiones que la conforman.

3.3.2 ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES

3.3.2.1 Relación entre los dos constructos analizados a nivel general

Tabla XI. Correlación entre la evaluación de la autoimagen corporal global y la autoimagen corporal multidimensional (escalas MBSRQ y BSQ).

	BSQ	P
MBSRQ	-0,267	0,001

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Fuente: elaboración propia

3.3.2.2 Relación entre las dimensiones de las dos escalas administradas en personas con peso normal

La variable insatisfacción corporal presentó una relación estadísticamente significativa con las variables satisfacción por las áreas del cuerpo (Rho= -0,558;

p= 0,000), preocupación por el sobrepeso (Rho= 0,404; p= 0,001), evaluación de la salud (Rho= -0,365; p= 0,002), evaluación de la apariencia (Rho= -0,335; p= 0,005) y clasificación del propio peso (Rho= 0,295; p= 0,014).

Tabla XII. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ e insatisfacción corporal en personas de peso normal.

	Insatisfacción corporal	p.
Satisfacción por las áreas del cuerpo	-0,558	0,000
Preocupación por el sobrepeso	0,404	0,001
Evaluación de la salud	-0,365	0,002
Evaluación de la apariencia	-0,335	0,005
Clasificación del propio peso	0,295	0,014

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Fuente: elaboración propia

Las personas que presentan mayores niveles de satisfacción con las áreas de su cuerpo y evalúan mejor su salud así como su apariencia manifiestan menor insatisfacción corporal. Esta última, en cambio, aumenta en función de la preocupación por el sobrepeso y la clasificación que hacen las personas de su propio peso.

La variable preocupación por el peso, por su parte, se relacionó significativamente con preocupación por el sobrepeso (Rho= 0,450; p= 0,000), satisfacción con las áreas del cuerpo (Rho= -0,395; p= 0,001), evaluación de la apariencia (Rho= -0,328; p= 0,006), clasificación del propio peso (Rho= 0,310; p= 0,009), evaluación de la salud (Rho= -0,299; p= 0,012) y orientación de la apariencia (Rho= 0,299; p= 0,013).

Tabla XIII. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ y preocupación por el peso en personas de peso normal.

	Preocupación por el peso	p.
Preocupación por el sobrepeso	0,450	0,000
Satisfacción con las áreas del cuerpo	-0,395	0,001
Evaluación de la apariencia	-0,328	0,006
Clasificación del propio peso	0,310	0,009
Evaluación de la salud	-0,299	0,012
Orientación de la apariencia	0,299	0,013

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Fuente: elaboración propia

La dimensión preocupación por el peso presenta una vinculación positiva con clasificación del propio peso, orientación de la apariencia y preocupación por el sobrepeso; es decir, que a medida que aumentan las puntuaciones en la primera, concomitantemente aumentan los puntajes obtenidos en las segundas y viceversa. Por último, cabe señalar que preocupación por el peso presenta una relación inversa con satisfacción por las áreas del cuerpo, evaluación de la apariencia y evaluación de la salud.

3.3.2.3 Relación entre las dimensiones de las dos escalas administradas en personas con sobrepeso

La variable insatisfacción corporal presentó una vinculación estadísticamente significativa con evaluación de la apariencia (Rho= -0,558; p= 0,000), clasificación del propio peso (Rho= 0,445; p= 0,000), satisfacción por las áreas del cuerpo (Rho= -0,388; p= 0,001), preocupación por el sobrepeso (Rho= 0,372; p= 0,002), evaluación de la salud (Rho= -0,352; p=0,003), evaluación física (Rho= -0,327; p=0,007) y orientación de la apariencia (Rho= 0,304; p= 0,012).

Tabla XIV. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ e insatisfacción corporal en personas con sobrepeso.

	Insatisfacción corporal	p.
Evaluación de la apariencia	-0,558	0,000
Clasificación del propio peso	0,445	0,000
Satisfacción por las áreas del cuerpo	-0,388	0,001
Preocupación por el sobrepeso	0,372	0,002
Evaluación de la salud	-0,352	0,003
Evaluación física	-0,327	0,007
Orientación de la apariencia	0,304	0,012

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Fuente: elaboración propia

En el caso de las mujeres con sobrepeso, cuanto mejor es la evaluación de su apariencia, su evaluación física y la de su salud, mayor es su satisfacción con las áreas de su cuerpo y menor es la insatisfacción corporal que manifiestan. En cambio, esta última aumenta concomitantemente con la clasificación del propio peso, la preocupación por el sobrepeso y la orientación de la apariencia.

En el caso de la variable preocupación por el peso, se relacionó significativamente con preocupación por el sobrepeso (Rho= 0,516; p= 0,000), evaluación de la apariencia (Rho= -0,505; p= 0,000), clasificación del propio peso (Rho= 0,414; p= 0,000), satisfacción por las áreas del cuerpo (Rho= -0,394; p= 0,001), evaluación de la salud (Rho= -0,333; p= 0,006) y evaluación física (Rho= -0,317; p= 0,009).

Tabla XV. Correlación entre las dimensiones del MBSRQ y preocupación por el peso en personas con sobrepeso.

	Preocupación por el peso	p.
Preocupación por el sobrepeso	0,516	0,000
Evaluación de la apariencia	-0,505	0,000
Clasificación del propio peso	0,414	0,000
Satisfacción por las áreas del cuerpo	-0,394	0,001
Evaluación de la salud	-0,333	0,006
Evaluación física	-0,317	0,009

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Fuente: elaboración propia

La variable preocupación por el peso correlacionó significativamente con las mismas variables que insatisfacción corporal, a excepción de orientación de la apariencia. En todos los casos, se presentó el mismo tipo de relación que el anteriormente comentado.

3.3.3 ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GRUPO

3.3.3.1 Análisis de las diferencias de grupo en la muestra general

No se hallaron diferencias significativas entre las distintas dimensiones del test BSQ en función del estado civil, lugar de residencia y edad de las personas. En lo que respecta a las subescalas del cuestionario MBSRQ, solo se encontró una variación significativa en orientación física con respecto al estado civil y al lugar de residencia de las personas actualmente, pero no así con la edad ni tampoco con el resto de las dimensiones.

Tabla XVI. Diferencias grupales entre orientación física y estado civil.

	Estado civil	p.
Orientación física	Solteras (R= 75,16)	0,015
	Conviven con su pareja (R= 58,39)	

Nota: prueba utilizada: U de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia

Las personas solteras encuestadas presentan mayores puntuaciones promedio en orientación física que aquellas que conviven con su pareja.

Tabla XVII. Diferencias grupales entre orientación física y lugar de residencia.

	Lugar de residencia	p.
Orientación física	CABA (R= 77,31)	0,047
	Prov. Bs. As. (R= 63,69)	

Nota: prueba utilizada: U de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia

Las mujeres que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires expresan puntajes más altos en orientación física que aquellas residentes en la Provincia de Buenos Aires.

3.3.3.2 Análisis de las diferencias de grupo en personas con peso normal

Ninguna de las dimensiones del BSQ mostró variaciones significativas con las variables sociodemográficas contempladas.

De todas las dimensiones del MBSRQ, solo presentaron diferencias significativas orientación física con lugar de residencia de las encuestadas y orientación de la enfermedad con edad.

Tabla XVIII. Diferencias grupales entre orientación física y lugar de residencia.

	Lugar de residencia	p.
Orientación física	CABA (R= 42,15) Prov. Bs. As. (R= 28,06)	0,004

Nota: prueba utilizada: U de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia

Tal como ocurriera en la muestra general, las personas que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan mayores niveles de orientación física que las de Provincia.

Tabla XIX. Diferencias grupales entre orientación de la enfermedad y edad.

	Edad	p.
Orientación de la enfermedad	Entre 20 y 26 años (M= 3,40) Entre 27 y 35 años (M= 3,01)	0,025

Nota: prueba utilizada: T de Student

Fuente: elaboración propia

Las personas encuestadas entre 20 y 26 años tienen una mayor orientación de la enfermedad que aquellas cuya edad oscila entre 27 y 35 años.

3.3.3.3 Análisis de las diferencias de grupo en personas con sobrepeso

Ninguna de las dimensiones del BSQ mostró variaciones significativas con las variables sociodemográficas contempladas.

En cambio, sí se hallaron diferencias significativas entre orientación de la enfermedad y lugar de residencia, así como entre evaluación de la apariencia y estado civil.

Tabla XX. Diferencias grupales entre orientación de la enfermedad y lugar de residencia.

	Lugar de residencia	p.
Orientación de la enfermedad	CABA (M= 2,94) Prov. Bs. As. (M= 3,36)	0,022

Nota: prueba utilizada: T de Student

Fuente: elaboración propia

Las mujeres encuestadas de la Provincia de Buenos Aires presentaron mayor orientación hacia la enfermedad que las de CABA.

Tabla XXI. Diferencias grupales entre evaluación de la apariencia y estado civil.

	Estado civil	p.
Evaluación de la apariencia	Solteras (R= 28,91) Conviven con su pareja (R= 38,38)	0,045

Nota: Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia

Las personas con sobrepeso que conviven con su pareja manifiestan una mayor evaluación de la apariencia que aquellas que están solteras.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este capítulo, realizaremos un resumen de los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo a las hipótesis planteadas. Además, detallaremos las conclusiones alcanzadas con la literatura revisada en los capítulos anteriores.

Uno de los objetivos de esta investigación fue conocer si el nivel de insatisfacción de la imagen corporal era mayor en las mujeres con sobrepeso que en aquellas con peso normal. Este estudio pudo confirmar la hipótesis inicial que expresaba que a medida que aumenta el índice de masa corporal (IMC), la insatisfacción de la imagen corporal y la preocupación por el sobrepeso se incrementan. Este resultado puede ser contrastado con la investigación llevada a cabo por Phillips y de Man, en el año 2010, que, como en este caso, han podido afirmar que había una relación lineal, directa entre el peso y la insatisfacción corporal.

Otro estudio reafirma esta hipótesis y explica que, además de los factores culturales, la insatisfacción de la imagen corporal guarda una correlación estrecha con el IMC (Zaragoza Cortes, Saucedo-Molina & Fernández Cortés, 2011).

En cuanto a la segunda hipótesis, esta se ha confirmado parcialmente, ya que no se contaba con que las personas con sobrepeso expresaran estar más pendientes de su cuerpo y más vigilantes con respecto a este, que las personas con peso normal. Esto significa que, además de presentar ansiedad por ganar peso, poseen mayor preocupación por comer con moderación. Entonces, poseer kilos de más no implica no prestar atención a ello o ser descuidado con el cuerpo. Esto también se visualiza en otra dimensión que relaciona el tiempo que una persona invierte en su apariencia, lo cual demuestra que aquellas personas con mayor peso están más pendientes e interesadas en su apariencia que aquellas que poseen un peso normal.

La sociedad actual ha demostrado y ha echado culpa a la persona con sobrepeso por su condición, expresando en múltiples investigaciones que poseer kilos de más era simplemente una falta de voluntad o de desinterés por

la apariencia (Toro, 2008). Este estudio muestra que las mujeres con índice de masa corporal mayor al normal no son inadvertidas respecto a su imagen o están desatentas a esta, sino que resulta lo contrario. Pesar más de lo que es conveniente de acuerdo a los parámetros estéticos socioculturales deviene en una preocupación sistemática por la apariencia corporal.

En cuanto a la tercera hipótesis, que esperaba que las variables sociodemográficas estén relacionadas con las variables de imagen corporal global y multidimensional, fue parcialmente refutada, ya que la edad no expuso ninguna relación con las variables estudiadas. La investigación de Philips y de Man (2010) encontró que la edad no afecta consecuentemente las relaciones entre el peso y la imagen corporal, y lo mismo sucedió en esta. Es importante explicar que las variaciones en relación a la edad no se pudieron visualizar debido al limitado rango de edad utilizado en la muestra. Otro dato que arrojó esta investigación fue con respecto al estado civil, en donde se encontró que las mujeres solteras participan más en conseguir una buena forma física y atlética que aquellas que conviven con su pareja. Esto podría analizarse como relacionado con la relevancia social y cultural que adquiere la apariencia física a los fines de la atracción sexual. Según un estudio llevado a cabo por Cabello Garza (2011), las preocupaciones femeninas por el aspecto tienen fuertes relaciones con el sentirse atractivo para el otro sexo. Las mujeres jóvenes, frecuentemente, consideran que el éxito en los encuentros, en las citas con el otro sexo, depende de la forma del cuerpo y del atractivo físico. “Solo las bellas, como en una especie de ‘ley de selección natural’ por sus propios atributos construidos y logrados, asumen la capacidad de sentirse atractivas y sexuadas” (Santellán, 2010, p. 13).

La presente investigación no puede explicar las diferencias de la variable insatisfacción corporal en relación al lugar de residencia, ya que, luego de haber concluido el estudio, se consideró que la muestra no fue suficiente como para que esta variable presente relaciones significativas. Por esta razón, se deja abierta la posibilidad de tener en cuenta esta reflexión para futuras investigaciones.

Este trabajo pretende profundizar en los riesgos psicológicos, en cuanto a malestar psíquico, que implica la connotación negativa del sobrepeso en la sociedad y el momento actual. Este estudio mostró que un 60 % de las mujeres con sobrepeso tiene una preocupación moderada y extrema por su imagen corporal. Y, según la investigación de Rivarola (2003), la insatisfacción corporal posee una relación indudable con las personas que poseen alteraciones alimentarias. Esto supone que presentar insatisfacción corporal es sinónimo de estar en peligro de contraer actitudes o conductas patológicas en cuanto al peso, comida y figura.

Cada vez son más las mujeres que realizan prácticas que dañan su salud, para adecuarse a los pedidos ilógicos de la cultura de la delgadez. Realizar dietas restrictivas y exponerse a cirugías plásticas son algunas de las acciones que, junto con los trastornos alimentarios, forman parte de los frutos que cosecha el mercado de lo perfecto. El estudio Dove (D'Agostino et al., 2006) reafirma lo antedicho, ya que concluye en que las mujeres que se sienten insatisfechas con su cuerpo son las que más realizan dietas para bajar de peso y, también, son las más proclives a presentar distintos trastornos relacionados a la conducta alimentaria, como así también, a sufrir conflictos emocionales. Straus y Pollack (2003 citado en López et al., 2008) evidencian que los individuos que se perciben con sobrepeso son marginados y discriminados socialmente, y estas sensaciones, junto con la insatisfacción corporal, pueden traer serias consecuencias emocionales y sociales.

Las personas con peso normal, en general, no han demostrado poseer una gran preocupación por su imagen corporal, aunque esto no significa que no la posean. Una limitación de este estudio fue no haber preguntado qué otras prácticas para “verse mejor” realizan las mujeres con peso normal, ya que, de esta manera, se podría haber visualizado a qué acciones se someten las mujeres que presentan un índice de masa corporal normal, y haber tenido así un panorama más amplio para conocer si existe algún tipo de malestar corporal propio de estas mujeres.

El objetivo implícito de esta investigación es poder brindar una visión clara de lo que se está facilitando como sociedad. “Una cultura que asume los

mandatos de la sociedad de consumo y las leyes del mercado de alguna manera insta a sus miembros a consumir sus propios cuerpos” (Santellán, 2010, p. 13). Día tras día, el poder del mercado crea, en las mujeres, necesidades innecesarias. Los cuerpos se van convirtiendo en objetos cada vez más maleables, en otras palabras, siempre están dispuestos a ser mejorados (Aafjes, 2008).

Es por esta razón que, como profesional de la salud, se debe estar atento y manifestar, con diferentes estrategias, que las actuaciones sobre la imagen corporal merecen atención por sus riesgos psicofísicos. Se ha comprobado que conocer las intenciones que poseen los medios de comunicación y ser conciente de la importancia que sus efectos pueden llegar a tener en el autoconcepto consigue una mayor capacidad para hacer frente a sus amenazas (Bosson et al., 2008).

Sería adecuado proporcionar herramientas de juicio y discernimiento para que las mujeres puedan relativizar los mandatos y condicionamientos culturales a los que se enfrentan.

Esta investigación es una prueba más de cómo la sociedad marca la línea entre lo que es y lo que se debe ser, basándose solamente en aspectos subjetivos, vanos, de lo que respecta a ser y a percibirse bella. Este mecanismo produce, casi de forma automática, un sentimiento de disconformidad y, más peligroso aún, sensación de inadecuación, baja autoestima y marginalidad. Por esta razón, se debería tomar en consideración el mal que, como comunidad, se provoca en las mujeres y que las lleva a accionar de manera riesgosa mediante prácticas delicadas y muchas veces innecesarias.

Las acciones actuales promovidas para pertenecer a las “mujeres lindas” cada vez son más y, en un futuro, van a potenciarse y a multiplicarse en riesgo y en esfuerzo, dejando que esta categoría engañosa se convierta en un objetivo insaciable y sin sentido, cargado de sensaciones de fracaso y frustración.

ANEXOS

ANEXOS

Los siguientes cuestionarios son totalmente anónimos, por lo que se garantiza la plena confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales serán utilizados para una investigación de Tesis de grado de la Universidad Abierta Interamericana. Gracias por su colaboración.

Edad: _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ En pareja ☐ Viudo/a

Actualmente vive en: ☐ CABA (Ciudad autónoma de Buenos Aires) ☐ Provincia de Buenos Aires

MBSRQ (CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE AUTOIMAGEN CORPORAL)

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted. No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo. Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
—	1.	2.	3.	4.
—	2.	3.	4.	5.
—	3.	4.	5.	6.
—	4.	5.	6.	7.
—	5.	6.	7.	8.
—	6.	7.	8.	9.
—	7.	8.	9.	10.
—	8.	9.	10.	11.
—	9.	10.	11.	12.
—	10.	11.	12.	13.
—	11.	12.	13.	14.
—	12.	13.	14.	15.
—	13.	14.	15.	16.
—	14.	15.	16.	17.
—	15.	16.	17.	18.
—	16.	17.	18.	19.
—	17.	18.	19.	20.
—	18.	19.	20.	21.
—	19.	20.	21.	22.
—	20.	21.	22.	23.
—	21.	22.	23.	24.
—	22.	23.	24.	25.
—	23.	24.	25.	26.
—	24.	25.	26.	27.
—	25.	26.	27.	28.
—	26.	27.	28.	29.
—	27.	28.	29.	30.
—	28.	29.	30.	31.
—	29.	30.	31.	32.
—	30.	31.	32.	33.
—	31.	32.	33.	34.
—	32.	33.	34.	35.
—	33.	34.	35.	36.
—	34.	35.	36.	37.
—	35.	36.	37.	38.
—	36.	37.	38.	39.
—	37.	38.	39.	40.
—	38.	39.	40.	41.
—	39.	40.	41.	42.
—	40.	41.	42.	43.
—	41.	42.	43.	44.
—	42.	43.	44.	45.
—	43.	44.	45.	46.
—	44.	45.	46.	47.
—	45.	46.	47.	48.
—	46.	47.	48.	49.
—	47.	48.	49.	50.
—	48.	49.	50.	51.
—	49.	50.	51.	52.
—	50.	51.	52.	53.
—	51.	52.	53.	54.
—	52.	53.	54.	55.
—	53.	54.	55.	56.
—	54.	55.	56.	57.
—	55.	56.	57.	58.
—	56.	57.	58.	59.
—	57.	58.	59.	60.
—	58.	59.	60.	61.
—	59.	60.	61.	62.
—	60.	61.	62.	63.
—	61.	62.	63.	64.
—	62.	63.	64.	65.
—	63.	64.	65.	66.
—	64.	65.	66.	67.
—	65.	66.	67.	68.
—	66.	67.	68.	69.
—	67.	68.	69.	70.
—	68.	69.	70.	71.
—	69.	70.	71.	72.
—	70.	71.	72.	73.
—	71.	72.	73.	74.
—	72.	73.	74.	75.
—	73.	74.	75.	76.
—	74.	75.	76.	77.
—	75.	76.	77.	78.
—	76.	77.	78.	79.
—	77.	78.	79.	80.
—	78.	79.	80.	81.
—	79.	80.	81.	82.
—	80.	81.	82.	83.
—	81.	82.	83.	84.
—	82.	83.	84.	85.
—	83.	84.	85.	86.
—	84.	85.	86.	87.
—	85.	86.	87.	88.
—	86.	87.	88.	89.
—	87.	88.	89.	90.
—	88.	89.	90.	91.
—	89.	90.	91.	92.
—	90.	91.	92.	93.
—	91.	92.	93.	94.
—	92.	93.	94.	95.
—	93.	94.	95.	96.
—	94.	95.	96.	97.
—	95.	96.	97.	98.
—	96.	97.	98.	99.
—	97.	98.	99.	100.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
— 15. Participar en deportes no es importante para mí				
— 16. No hago cosas que me mantengan en forma				
— 17. Tengo altibajos inesperados de salud				
— 18. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí				
— 19. No hago nada que pueda ser dañino para mi salud				
— 20. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños				
— 21. Casi todo el mundo me considera linda				
— 22. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno				
— 23. Uso pocos productos de belleza				
— 24. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas				
— 25. Estar en forma no es una prioridad en mi vida				
— 26. Hago cosas que aumenten mi fuerza física				
— 27. Raramente estoy enfermo				
— 28. Doy por supuesto que estoy sano (no me preocupo innecesariamente)				
— 29. A menudo leo libros y revistas de salud				
— 30. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa				
— 31. Soy muy consciente de si no voy bien arreglado/a				
— 32. Me pongo lo que tengo a mano sin fijarme en como me queda				
— 33. No soy buena en deportes o juegos				
— 34. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas				
— 35. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física				
— 36. De un día a otro no sé como se sentirá mi cuerpo				
— 37. Si me encuentro mal, no presto mucha atención a los síntomas				
— 38. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada				
— 39. Me gusta como me queda la ropa				
— 40. No me importa lo que piense la gente de mi apariencia				
— 41. Presto especial atención al cuidado de mi pelo				
— 42. No me gusta mi físico				
— 43. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas				
— 44. Trato de estar físicamente activo				
— 45. A menudo me siento vulnerable a la enfermedad				
— 46. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo				
— 47. Si me encuentro mal por un resfriado o gripe, lo ignoro y trato de seguir igual				
— 48. No soy físicamente atractivo/a				
— 49. Nunca pienso en mi aspecto				
— 50. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico				
— 51. Me muevo de forma armónica y coordinada				
— 52. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente				
— 53. Hago deporte regularmente a lo largo del año				
— 54. Soy una persona físicamente sana				
— 55. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud				
— 56. Al primer signo de enfermedad voy al médico				
— 57. Estoy a dieta para perder peso				

A continuación marque el número con el que esté más de acuerdo

58. He tratado de perder peso con ayuno o con "dietas milagro" (son aquellas que prometen una pérdida de peso rápida y con poco esfuerzo)

1. Nunca
2. Raramente
3. A veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

59. Pienso que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

60. Al mirarme, la mayor parte de la gente piensa que estoy

1. Muy por debajo del peso normal
2. Algo por debajo del peso normal
3. Normal
4. Con sobrepeso
5. Obeso/a

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

1. Muy insatisfecho/a
2. Bastante insatisfecho/a
3. Punto medio
4. Bastante satisfecho/a
5. Muy satisfecho/a

—— 61. Cara

—— 62. Pelo

—— 63. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)

—— 64. Parte media del cuerpo (abdomen y panza)

—— 65. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)

—— 66. Tono muscular

—— 67. Peso

—— 68. Altura

—— 69. Aspecto general

B.S.Q. (Cuestionario de la Forma Corporal)

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

Nunca 1 Raramente 2 Algunas veces 3 A menudo 4 Muy a menudo 5 Siempre 6

	Nunca	Rara- mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a o más gordo/a?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado que tu cuerpo no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no rebotara, saltara?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus piernas se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marquen tu figura?	1	2	3	4	5	6

Nunca 1	Raramente 2	Algunas veces 3	A menudo 4	Muy a menudo 5	Siempre 6	
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer caramelos, tortas u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente te vea <i>flotadores</i> alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgados/as que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en el colectivo, en el cine...)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de <i>piel de naranja o celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piiletas, duchas, vestidores...)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

BIBLIOGRAFÍA

- Aafjes, M. (2008). *Belleza producida y Cuerpos maleables: Un estudio sobre la belleza y la práctica de cirugía en Buenos Aires*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Bosson, J. K., Pinel, E. C. & Thompson, J. K. (2008). The Affective Consequences of Minimizing Women's Body Image Concerns. *Psychology of Women Quarterly*, 32(3), 257-266.
- Brown, T. A., Cash, T. F. & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Cabello Garza, M. L. (2011). Imagen corporal, percepciones y discursos de aquellos que presentan obesidad media y extrema. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 12(2).
- Cash, T. F. (2000) *MBSRQ user's manual* (3.^a ed.). Norfolk, VA: Old Dominion University Press.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford.
- Castrillón Moreno, D., Montaña I. L., Avendaño Prieto, G. & Pérez-Acosta A. M., (2007). Validación del *Body Shape Questionnaire* (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 15-23.
- Cooper, P. J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cormillot, A. (2012). *Adiós a los kilos de más. La dieta ideal para las mujeres de hoy*. Argentina: Paidós.

- D'Agostino, H., Etcoff, N., Orbach, S. & Scott, J. (2006). Más allá de los estereotipos: En reconstrucción de los cimientos sobre las creencias acerca de la belleza. Conclusiones Estudio Global Dove 2005. Dove. Extraído el 6 de diciembre de 2012 de <http://www.dove.com.mx/es/Assets/Others/PDF/estudiosmexico2.pdf>
- Esnaola, I., Rodríguez, A. & Goñi, A. (2010). Insatisfacción corporal y presión sociocultural percibida: diferencias asociadas al sexo y a la edad. *Salud Mental*, 33(4), 21-29.
- Guzmán, R. & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.
- Harring, H., Montgomery, K. & Hardin, J. (2010). Perceptions of Body Weight, Weight Management Strategies, and Depressive Symptoms Among US College Students. *Journal of American College Health*, 59(1), 43-50.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- López Atencio, P., Prado P., J. R., Montilla, M., Molina Viana, Z., Da Silva, G. & Arteaga, F. (2008). Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes del Estado Merida Venezuela. *MH Salud*, 5(1), 1-14.
- López Pérez, A. M., Solé Burgos, À. & Cortés Moskowich, I. (2008). Percepción de satisfacción - insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Zainak*, 30, 125-146.
- Obst Camerini, J. (2008). *La terapia cognitiva integrada y actualizada*. Buenos Aires: CATREC.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.

- Organización Mundial de la Salud (2012). Obesidad y sobrepeso (Nota descriptiva N.º 311). Extraído el 8 de enero de 2013 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Pérez-Gil Romo, S. E. & Romero Juárez, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52(2), 111-118.
- Phillips, N. & de Man, A. F. (2010). Weight Status and Body Image Satisfaction in Adult Men and Women. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 171-183.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 149-161
- Rodríguez Aguilar, B., van Barneveld, H., González-Arratia, N. I. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33(4), 325-332.
- Salazar Mora, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales*, 116(2), 71-85.
- Santellán, M. L. (2010, noviembre). *El Cuerpo Imposible: Insatisfacción Corporal Femenina, Patrones Estéticos Socioculturales y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Conferencia presentada en VI Jornadas Internacionales sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Actualización de tratamientos en TCA, Valencia, España.
- Tiggemann, M. & Rothblum, E. D. (1997). Gender differences in internal beliefs about weight and negative attitudes towards self and others. *Psychology of Women Quarterly*, 21(4), 581-593.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.

Yaryura Tobías, J. A., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R. & Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Polemos.

Zaragoza Cortes, J., Saucedo-Molina, T. de J. & Fernández Cortés, T. L. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(1), 20-27.

Zavala, V. A. y cols. (2003). *Guía de Nutrición y Diabetes*. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina.