



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**CULPA Y SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN
CORPORAL EN ADULTOS**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
HERNÁNDEZ VELA GLADYS**

JURADO

TUTORA: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

COMITÉ: LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA

MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA ÁLVAREZ

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

LIC. JAVIER RIVERA CONTRERAS

MÉXICO, D.F.

MAYO 2014

*Esta investigación forma parte del proyecto PAPIIT Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal en mujeres y hombres. IN 302112, financiado por DGAPA, UNAM.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Para mí hay dos cosas realmente importantes, mi familia, mi hijo y mis amigos, que sería de mí sin ustedes... “mi familia” a los cuales amo y comparto mis éxitos y derrotas, gracias por ser parte de esta gran etapa y por todo su apoyo en todos los sentidos.

Papá:

Por qué siempre has sido y serás mi ejemplo de vida, el pilar que sostiene mis sueños y por ser el gran héroe que me impulsa a seguir adelante, mostrándome el camino que debo seguir, jamás olvidare el gran esfuerzo y sacrificio que hiciste para que yo tuviera lo mejor.

Mamá:

Gracias por el apoyo incondicional que me brindaste, gracias por ser el modelo de mujer que quiero llegar a ser, por siempre recibirme con una gran sonrisa, por preocuparte por mí y desmadrugarte. Te amo con todo mi ser.

Mis hermanas:

Gracias por creer en mí y por el gran apoyo en todos estos meses que más las necesite las amo con todo mi corazón

A mi hijo:

Gracias por estar en estos momentos y se la dedico por qué muchas veces lo deje dormir solito por estar en la madrugada tecleando. Te amo mi pequeño gran tesoro.

“La experiencia es una maestra muy dura, pero efectiva: primero nos exige la prueba y luego nos da la lección”

INDICE

INTRODUCCION.....	1
 CAPITULO 1. MARCO TEORICO	
1. EMOCIONES.....	5
2. EMOCION DE CULPA.....	10
3. LA IMAGEN CORPORAL.....	12
4. SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.....	14
4.1 ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.....	17
5. ADULTEZ.....	20
5.1 DIFERENCIA DE GÉNERO EN EL DESARROLLO DE LA EMOCIÓN DE CULPA Y SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN EL ADULTO.....	24
6. CONDICIÓN DE PESO CORPORAL E IMC.....	30
 CAPITULO 2. MÉTODO	
1 Planteamiento del problema.....	33
2 Preguntas de investigación.....	33
3 Objetivo de Investigación.....	33
4 Variables.....	34
4.1 Variables socio-demográficas.....	34
4.2 Variables Independientes.....	34
4.3 Variables dependientes.....	36
5. Diseño Metodológico.....	36
6 Selección de la Muestra.....	37
7 Técnicas.....	37

8 Análisis Estadísticos.....	37
9. Instrumentos.....	37
10. Procedimiento.....	38
10 Análisis de Resultados	38
CAPITULO 3. RESULTADOS.....	39
CAPITULO 4. DISCUSIÓN.....	45
CAPITULO 5 CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	51

CULPA Y SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS *

Resumen

El propósito de la investigación fue la exploración de la emoción de culpa asociada con la imagen corporal y a la satisfacción asociada con la imagen corporal. El aspecto central fue evaluar las situaciones que provocan culpa mediante el cuestionario PACUL-G (Guillén Riebeling, 2012). Es de sumo interés y de relevancia en la investigación encontrar una relación entre emoción y corporalidad y así vincularlo con la posible satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal con el cuestionario SATISFA-GAD (Guillén Riebeling, 2012). Los participantes fueron 100 adultos mujeres y 100 hombres. La edad mínima de 18 años y la máxima de 55 años, el tipo de diseño fue exploratorio cuasi experimental y descriptivo. Los resultados indican que la culpa y el IMC no tienen relación sin embargo evaluación de la satisfacción con la imagen corporal se encontró una relación estadísticamente significativa. En cuanto al pictograma se encontró una respuesta favorable en ambos sexos y con respuesta significativa por parte de hombres y mujeres.

Palabras Clave: Imagen corporal, satisfacción, IMC, culpa, emociones, adultos

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que el ideal de belleza aceptado por la sociedad actual se ha ido concretizando en figuras cada vez más esbeltas o delgadas, lo cual se evidencia en el análisis de revistas femeninas populares realizado por Silverstein, Peterson & Perdue, quienes evidenciaron que existe tendencia hacia el aumento de la delgadez de las modelos, así como al incremento de artículos y anuncios concernientes a ediciones dietéticas, (Silverstein, B.; Peterson, B & Perdue, L. 1986).

Por lo tanto debemos enfocar atención no solo a sentirnos bien con nuestra imagen solo por estética sino también por salud ya que aunado a esto está la elevación de la tasa de obesidad mundial.

*Esta investigación forma parte del proyecto PAPIIT Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción de! índice de masa corporal en mujeres y hombres. IN 302112, financiado por DGAPA, UNAM.

La obesidad es un problema multifactorial y multifuncional, que la psicología aborda de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D. S. M. IV-TR (2003), como factores psicológicos que afectan al estado físico

En los últimos años se ha hecho más obvio que las presiones sociales ejercidas a través de un ideal estético corporal valorado por la cultura como la delgadez, las burlas que pueden acompañar al hecho de ser gordo o gorda, así como la consiguiente insatisfacción con la propia figura, podrían estar en riesgo para el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento psicológico.

Cafri, G, Yamamiya Y. Brannick, & Thompson K. (2005) establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo del descontento de la imagen del cuerpo son tres: conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado.

A pesar de que la presión social a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, este fenómeno es ya también evidente en los varones. Los hombres suelen y desean pesar mas no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular; en este sentido cumplir con los estándares de cuerpos musculosos, que a diario y de manera indirecta, los medios de comunicación buscan introyectarles, (Cruz S, & Maganto M. 2002); (Espina A, Asunción OM, Ochoa AI, Yanes A, Alemán A. 2001)

En cuanto a la satisfacción corporal que presentan los adultos se entiende que en este tiempo es muy difícil sentirse bien con el propio cuerpo ya que sólo muy pocas mujeres y hombres lo logran ya que ellos presentan los cuerpos que la sociedad considera actualmente ideales. Este "cuerpo ideal" ha favorecido el desarrollo de la insatisfacción de la imagen corporal. Se entra en un ciclo de: te disgusta tu cuerpo - pierdes peso - te sientes un poco mejor pero - si ganas peso te sientes inefectivo - te sientes mal - ingieres exceso de alimento - te disgusta tu cuerpo.

Este ciclo es reforzado por la fuerte presión social sobre las personas para ser perfectas, delgadas, por los prejuicios de la sociedad sobre la gordura y por el bombardeo de información sobre la felicidad y el éxito vinculados a estos ideales.

Por lo tanto las experiencias que un individuo tenga con su cuerpo incidirán en el establecimiento de su propia imagen corporal. Factores como la maduración rápida, las burlas, las críticas o la sobrevaloración del cuerpo entran a ejercer un papel clave en el desarrollo de los problemas o alteraciones relacionados con la imagen corporal.

La percepción de la imagen corporal es parte integral del funcionamiento de una persona, y una distorsión de la misma, puede llevar a contribuir a una condición más seria como lo son los trastornos de conducta alimentaria (TAC). Los más prevalentes son la anorexia nerviosa y la bulimia (American Psychiatric Association 2000).

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa, (Raich 2000); (Unikel et al. 2004). Además, si se permite que el problema avance, existe un riesgo elevado de desarrollar síntomas de trastornos en la alimentación como ya se mencionó anteriormente, (Cruz S, & Maganto M. 2002); (Goni A, Rodríguez A, & Ruiz de Azúa S. 2004).

Por otro lado el sentirse culpable o no con nuestra imagen es un aspecto importante aparte de la satisfacción, ya que la culpa puede ser una emoción castigante y destructiva asociada a la angustia personal y pobre salud mental y puede llevar a las personas a sufrir de trastornos alimentarios, (Williams C. & Bybee, J. 1994)

Dentro de los factores asociados directamente con la presencia de la distorsión o alteración con el propio cuerpo, se encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC). Las personas más

delgadas son las que indican la percepción física más positiva, mientras que los que cursan con sobrepeso manifiestan peor insatisfacción.

MARCO TEORICO

1. EMOCIONES

Reeve (1994) define a las emociones como fenómenos multidimensionales, son estados afectivos subjetivos, respuestas biológicas y reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa; además de fenómenos subjetivos, funcionales y sociales. Se dice que la emoción es un constructo que tiene como propósito unir al componente funcional-expresivo, fisiológico y cognoscitivo-subjetivo. El componente funcional tiene que ver con el bienestar de la persona que siente la emoción, la parte expresiva es la conducta y la comunicación de las emociones a los demás.

Este autor considera que los aspectos fisiológicos, conductuales y expresivos de las emociones presuponen que ya ha tenido lugar la cognición. Por lo tanto podemos decir que las emociones son reacciones con validez ante acontecimientos, agentes u objetos de naturaleza particular, de las cuales viene determinada la manera como es interpretada la situación desencadenante.

Las emociones involucran a una relación entre un sujeto y un objeto que posee un aspecto de intencionalidad. Existe un estado mental afectivo relacionado con el objeto, junto con un estado de preparación conductual relacionado con el objeto. El efecto, la emulación y la preparación para la acción están enfocados a un objeto. Son de corta duración y son también fuentes de información para el sujeto respecto a eventos importantes desde el punto de vista afectivo (Frijda, 1994).

La principal función de la emoción es la organización de una actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias.

Así las emociones alteran otros procesos psicológicos como la percepción, la atención, la memoria, movilizan los cambios fisiológicos, intervienen en la planificación de acciones,

ejecución de la comunicación verbal y no verbal, entre otros (Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. 1999).

En general lo más característico de la emoción es que afecta el estado general de la activación de un individuo o que lleva a la emergencia de tendencias de acción específicas, las cuales pueden aunque no deberían, producir una conducta concreta específica.

El desarrollo específico de un proceso emocional y la conducta específica que finalmente produce, depende de los procesos de regulación que podría repercutir en todos los componentes del proceso (Frijda, 1986).

En situaciones de urgencia, las emociones pueden auxiliarnos de tres maneras diferentes:

1. Nos ayudan a utilizar al máximo nuestras fuerzas durante periodos cortos.
2. Nos permiten sostener la actividad durante más tiempo del que ordinariamente es posible.
3. Disminuyen nuestra sensibilidad al dolor.

Sin las emociones, los seres humanos seríamos poco más que máquinas que trabajan de la misma manera día tras día. No conoceríamos los goces del amor ni la felicidad del éxito. No experimentaríamos simpatía por el desdichado ni dolor por la pérdida del ser amado. Desconoceríamos el orgullo, la envidia y los celos. La vida sin sentimientos ni emociones sería superficial e incolora, pues carecería de valor y significado.

El componente emocional es básico en el proceso del pensamiento racional. Pacientes con daño frontal se comportan irracionalmente y no miden las consecuencias de sus actos debido en parte, a su incapacidad para modular las emociones. Podemos afirmar que la emoción es un elemento clave para el aprendizaje y la toma de decisiones. Cuando realizamos un mal negocio, sentimos malestar, lo cual nos permite actuar con más precaución la próxima vez. No podemos decidir con quién nos casaremos o como

organizaremos nuestras finanzas solo con base en nuestro razonamiento. El elemento emocional es decisivo en la toma de decisiones racionales.

Campos J. J, Campos, R. G. & Barret, K. C. (1989) menciona que las emociones no son solo sentimientos, sino más bien procesos que establecen, mantienen o destruyen relaciones entre la persona y el ambiente interno o externo cuando tales relaciones son significativas para el individuo

Las emociones son centrales para la comprensión del comportamiento y la experiencia humana en cualquier nivel de análisis científico-sociológico, psicológico y fisiológico Lazarus & Lazarus (1994), ya que son muy pocos los encuentros, acciones y pensamientos significativos que ocurren carentes de emoción.

Las emociones son un puente importante entre el organismo y su ambiente, mediando entre condiciones y eventos constantemente cambiantes, y las respuestas de los individuos. Los aspectos importantes en este proceso de mediación son tres: a) la evaluación (cognoscitiva) de la relevancia de los estímulos o eventos ambientales con relación a las necesidades, planes o preferencias del organismo en situaciones específicas; b) la preparación para la acción apropiada ante estos estímulos, acción tanto fisiológica como psicológica; c) la comunicación (manifestación corporal) de las reacciones, estados e intenciones del organismo al ambiente social circundante (Rime B., Mesquita, B. P. Philippot, P. & Boca, S. 1991).

Lang (1968) menciona que las emociones son disposiciones para la acción, que se originan ante estímulos significativos para un organismo y que se producen en diferentes sistemas reactivos a partir de los cuales pueden ser estudiadas:

- Experiencia Subjetiva (sentimiento interno y privado de las emociones o inconsciente)
- Apreciación Cognitiva (sentimiento consciente de las emociones que son transmitidas por el sujeto a través de los informes verbales).

- Activación fisiológica (la cual involucra tres tipos de respuestas fisiológicas, autónomas, endócrinas, somáticas y centrales)
- Tendencia a la acción (la cual refleja la conducta externa que representa un conjunto de acciones que generalmente consideramos emocionales y que es modulada por un sistema motivacional de lucha o aproximación a los estímulos ambientales que permite preservar la existencia del individuo).

Como ya se mencionó hay una larga lista de autores y sus correspondientes definiciones de las emociones, cada uno de ellos empleando diferentes criterios a fin de definirla. Por lo consiguiente se mencionaran algunas de las clasificaciones de las emociones.

Los investigadores (Shwe (1994); Plutchik (1987); Ortony, A. Clore, G.L. & Collins, A. (1998); Ekman (199)) que se han dedicado a clasificar a las emociones, se han encontrado con los conceptos de básicas y compuestas y han utilizado por lo general tres tipos de criterios: a) biológico (información codificada en los genes) cumplen funciones vitales; b) social (reglas culturales); y c) psicológico (esquemas o estructuras de conocimiento).

Para Ekman (1994) los criterios que deben cumplir las emociones para ser básicas son: a) tiene un valor adaptativo en lo que se refiere a manejar las tareas fundamentales de la vida; b) incluyen un sistema de evaluación automático, rápido, que tiene una parte innata y otra adquirida; c) los eventos antecedentes o provocadores presentan elementos comunes a pesar de las diferencias individuales y culturales producidas por el aprendizaje social; d) se observan en otros primates, además del hombre; e) surgen muy rápido y también duran muy poco tiempo; f) con frecuencia se experimentan como sucediéndole al sujeto (de manera repentina); g) tienen fisiología propia y h) casi todas también tiene una señal física universal que informa a los demás lo que se está sintiendo.

Dentro de las emociones básicas se encuentran las emociones negativas, las emociones ambiguas.

Una clasificación de las emociones asigna el calificativo de negativas, positivas o ambiguas, basándose en el grado en que las emociones afectan al comportamiento del

sujeto. Este el caso de *Goleman* (1996) y *Bisquerra* (2000), (Tabla 1) estos autores identifican las emociones básicas como:

Tabla 1. Emociones Básicas. Goleman (1996) & Bisquerra (2000)

Emociones Negativas	Sensación	Emociones Positivas	Sensación
<i>Ira</i>	Rabia, cólera, rencor, odio	<i>Alegría</i>	Entusiasmo, euforia, excitación
<i>Miedo</i>	Temor, horror, pánico, terror.	<i>Humor</i>	Sonrisa, risa, carcajada
<i>Ansiedad</i>	Angustia, desesperación, inquietud.	<i>Amor</i>	Afecto, cariño, ternura, simpatía y empatía
<i>Tristeza</i>	Depresión, frustración, decepción, aflicción.	<i>Felicidad</i>	Gozo, tranquilidad, paz interior, dicha, placidez, satisfacción y bienestar.
<i>Vergüenza</i>	Culpabilidad, timidez, inseguridad.		
<i>Aversión</i>	Hostilidad, desprecio.		

En cuanto a las emociones ambiguas están la Sorpresa, Esperanza, Compasión.

Por último encontramos a las emociones estéticas que son las producidas por las manifestaciones artísticas (literatura, pintura, escultura, música...).

En cuanto a las emociones compuestas con su respectiva variedad de manifestaciones, son: Amor, Sorpresa, Aversión.

Partiendo de lo antes señalado, a continuación se presenta el capítulo en donde se abordara la emoción de culpa que como ya se explicó anteriormente viene de manera conjunta a la emoción de vergüenza.

2. EMOCION DE CULPA

Ya teniendo una definición de lo que son las emociones y su clasificación nos centraremos en hablar de la emoción de culpa.

Según Kaufman (1994), la culpa refleja un amplio espectro de estado afectivo. El rostro particular de la culpa puede ser la vergüenza y el yo cabizbajo. La culpa puede ser también aflicción moral, y el yo está atormentado de remordimiento; la culpa puede también adoptar la forma de auto-reprobación punitiva, reclutando el afecto de ira pero dirigiéndolo de modo auto-culpador o auto-censor.

La culpa se caracteriza por una referencia interna de lo que otros piensan que no es importante, lo que importa es si una persona juzga que su conducta ha violado o no estándares personales internalizados. Buss (1980), señala que la culpa se hace claramente más importante cuando uno ha violado algún estándar interno sin que nadie haya visto o haya detectado el mal paso.

De acuerdo con los autores, Fontaine J., Estas C., & Corveley J. (2001), la culpa se caracteriza por centrarse en la conducta que causa que se haga algo mal y las consecuencias negativas de esta conducta. El centrarse en la conducta llevaría a la tendencia de reparar en las consecuencias negativas de la propia conducta

La culpa también se relaciona con otras variables como lo son los problemas psicológicos o de salud mental, la identidad social, trastornos alimentarios.

Zabalegui (1997) define a la culpa como una valoración cognitiva y afectiva, de comportamientos, cuando estos no están de acuerdo con una determinada escala de valores morales. Al sentir culpa también se experimentan otras emociones como; la angustia, inseguridad, inestabilidad emocional, sentimientos de dependencia, y de vergüenza. Es una emoción saludable orientada hacia los demás, trata siempre de buscar soluciones, de reparar daños, de compensar los efectos negativos que han causado las malas acciones.

Los comportamientos relevantes de la culpa actúan para reparar el daño causado por la maldad hecha a otra persona. La culpa a menudo mueve al individuo a decirle a otros sobre la maldad y así mostrarle que él o ella entienden las normas y el comportamiento moral; la culpa ayuda a enseñar al individuo acerca de sí mismo como un agente más que como un objeto (Barrett, 1995).

Lewis (1971) define a la culpa como la emoción principalmente preocupada por un comportamiento particular, como algo separado de uno mismo; sin embargo la sensación puede ser muy dolorosa, involucra un sentido de tensión, remordimiento acerca de lo que se hizo mal.

Lewis (1971) menciona que la culpa generalmente es menos devastadora. El foco está sobre algún comportamiento que ha restringido una norma moral y esto genera sentimiento de pesar, remordimiento y/o preocupación (a veces externa) por la persona dañada. La persona normalmente se siente mal porque él o ella, internamente evalúan su comportamiento como malo. Esta emoción puede alcanzar el nivel de odio hacia sí mismo, de desesperación, especialmente cuando el sentido del daño hecho es irreparable.

Williams & Bybee (1994) mencionan que la culpa es una emoción displacentera con un fuerte componente de responsabilizarse a uno mismo, que surge de acciones morales o antisociales reales o imaginarias, comportamientos inferiores a los estándares, o actos que causan distress, a otra persona.

Reber (1995) menciona que la culpa es un estado emocional producido por el conocimiento en donde uno ha violado los estándares morales. Sólo se puede sentir cuando el sujeto ha internalizado los estándares morales de la sociedad, lo que la distingue de simple temor a ser castigado por fuentes externas; la culpa es en un sentido, castigo auto administrado.

Al sentir culpa también se experimentan otras emociones: angustia, inseguridad, inestabilidad emocional, sentimientos de dependencia y de vergüenza.

3. IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal representa la manera en que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. No es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia (Raich 2000). Esta última etapa es considerada de gran vulnerabilidad hacia la apariencia física debido a que se desarrolla el sentido de la identidad y del rol sexual, por consiguiente el periodo más sensible para el inicio de la insatisfacción corporal, (García L., & Garita S., 2007).

Cada cultura a lo largo del tiempo ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, se promueve la belleza del cuerpo como meta para conseguir el éxito social, con énfasis desmedido hacia la delgadez. Consecuencia de lo anterior, es la importancia que la población en general tiene, ya que se ha manifestado por el consumo excesivo de productos adelgazantes, dietas poco saludables y conductas que ponen en riesgo la salud. (Gómez M., & Veiga OL., 2007); (Vázquez Á., & Mancilla JM. 2000).

La profesora R.M. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que dedicó a este tema propone una definición integradora de 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.” (Raich, 2000 p.15)

Y más resumidamente, “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo”, (Raich R.M, Torras J. & Figueras M., 1996; p. 604)

Kirszman D. & Salgueiro M.C., (2002) define la imagen corporal como los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Las experiencias que van formando la imagen corporal son de carácter multifactorial (perceptuales, kinestésicos, cognitivos, sociales, evaluativos, táctiles y afectivos), lo que hace más complejo orientar las intervenciones específicas desde el tratamiento clínico y educativo.

La imagen corporal incluye lo que cada uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa, en relación con su propio cuerpo, Cash, (1994); Cash, T.F. & Pruzinsky, T.E., (1990). Schilder (1935), planteaba que una parte significativa de la imagen corporal permanece fuera de la conciencia aunque influyendo en la conducta de la persona y adelantándose a líneas actuales de investigación, defendía que la imagen corporal es un constructo que refleja deseos, actitudes, emociones, cogniciones e interacciones con otras personas.

De igual modo, Pruzinsky T. & Cash, T.F., (1990), defendían que la imagen corporal es una experiencia totalmente subjetiva y personalizada que puede no ser congruente con la realidad objetiva, cuyo componente emocional incluye experiencias de satisfacción/insatisfacción asociada con nuestra apariencia o experiencia corporal.

Por lo tanto, la imagen corporal se considera una parte del autoconcepto, (Mock, 1993), entendido como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, que incluye juicios acerca de comportamientos, de habilidades o de la apariencia externa, (Shavelson , R.J. & Bolus, R., 1992).

“La imagen lo es todo...”, esa frase de Aggasi, es reformulada por Thompson (1998; p.4) como “la imagen corporal lo es todo”, porque no es tanto nuestra apariencia actual o cómo le parecemos a los otros, sino la mirada interna respecto a la forma en la cual nos vemos a

nosotros mismos, la manera en la que creemos que los otros nos ven y cómo nos sentimos respecto a la forma en la cual nos vemos, lo que realmente es “todo”, (Thompson 1998).

La imagen corporal es la representación interna de la apariencia externa de nuestro cuerpo. Cash T. F. & Deagle E. A. (1997; p.33) se ha referido a ella como “la mirada desde adentro”, que él contrasta con la evaluación externa o “mirada desde afuera”. La mirada interna, asociada a sentimientos y pensamientos, puede modificar el comportamiento de una persona. La imagen corporal es como una huella digital, (Cash et al. 1997); (Santodomingo 1996).

El concepto de imagen corporal implica un continuo con grados de dificultad que van desde “ninguno” hasta “extremo”. La mayoría de las personas se encuentra en un punto medio, donde experimenta preocupación, insatisfacción o malestar moderados. Una insatisfacción moderada puede ser saludable, ya que lleva al desarrollo de hábitos de alimentación adecuados y a la práctica sana del ejercicio, (Thompson, 1998).

Las valoraciones, positivas o negativas, realizadas por la persona sobre ese conjunto de percepciones, y los sentimientos que le producen, determinan su autoestima. Por tanto, la imagen corporal está íntimamente relacionada con la autoestima, en el sentido considerado por Rosenberg (1965) de una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de las propias características, que incluye sentimientos de satisfacción/insatisfacción, hasta el punto de que según, Fox (2000) el grado de aceptación personal de la imagen corporal determina el desarrollo de la autoestima. Esto implica que una pobre imagen corporal se asocie con una baja autoestima (Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. 2004).

4. SATISFACCIÓN/ INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

En cuanto a la satisfacción se entiende como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a

las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable. La satisfacción se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma más o menos satisfactorio (Gómez, 1997).

Por otra parte, la satisfacción personal en la vida está constituida por valoraciones de distintos dominios de satisfacción a considerar, según el cuestionario “Inventario de Satisfacción Personal y Relaciones Sociales” (Clemente, 1997), en donde se encontraron conceptos como: la Satisfacción sobre las propias posibilidades personales, Satisfacción con la realidad personal actual, Influencia del trabajo en el desarrollo psicológico personal, Satisfacción sobre las posibilidades de mejora concreta y Satisfacción sobre el desarrollo afectivo y social, además de un concepto global que haría referencia a la Satisfacción general o total con la vida.

En el estudio llevado a término por Fernández (1997), Calidad de vida en la edad adulta: Condiciones diferenciales; se encuentra que las personas de más edad, con respecto de las más jóvenes presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida, así como consideran que, a medida que se van teniendo más años, se vive peor.

Acudiendo a la definición presentada con anterioridad sobre satisfacción, cabría mencionar que la satisfacción y los juicios sobre la misma elaborados por las personas pueden ser entendidos en base a tres aspectos, *la calidad de vida*, la cual se espera que sea más baja en las personas de mas edad, en la medida en que presentan una salud peor, *las expectativas y aspiraciones*, mayores entre los más jóvenes; y *los logros obtenidos*.

Con el paso de los años se manifiestan una serie de cambios aparejados al envejecimiento del organismo que hace que la persona manifieste un menor grado de salud, se produce un aumento de las afecciones de todo tipo, los problemas con la salud son cada vez mayores y más serios, siendo esto fruto del paso de los años y acelerando los síntomas y achaques por las conductas no saludables realizadas ya durante muchos años de la vida, como el beber, fumar, sobrepeso y carencia de actividad física, es por todo ello que son los sujetos de más edad los que presentan una peor salud, y por consiguiente la satisfacción con la misma también es más baja (Fernández, 1997).

En cuanto a la satisfacción corporal se entiende que en este tiempo es muy difícil sentirse bien con el propio cuerpo ya que sólo muy pocas mujeres y hombres lo logran ya que ellos presentan los cuerpos que la sociedad considera actualmente ideales. Este "cuerpo ideal" ha favorecido el desarrollo de la insatisfacción de la imagen corporal. Se entra en un ciclo de: te disgusta tu cuerpo - pierdes peso - te sientes un poco mejor pero - si ganas peso te sientes inefectivo - te sientes mal - ingieres exceso de alimento - te disgusta tu cuerpo.

Este ciclo es reforzado por la fuerte presión social sobre las personas para ser perfectas, delgadas, por los prejuicios de la sociedad sobre la gordura y por el bombardeo de información sobre la felicidad y el éxito vinculados a estos ideales.

La satisfacción frente a los actos culposos es considerada como una alteración mental o acto psicopatológico. Robar, acumular, actos de alteración de las normas sociales, la satisfacción experimentada corresponde a los trastornos afectivos, ideas irracionales, conducta antisocial.

Por lo mencionado anteriormente la satisfacción/insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Numerosos estudios han encontrado que las tendencias occidentales cada vez se difunden por un mayor número de países por lo

que la distorsión de la imagen corporal es un problema mundial que cada vez tiene una mayor influencia tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo.

4.1 ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La interiorización de los cánones culturales de belleza ocasionan conflictos de identidad de difícil resolución, en los que el sujeto se enfrenta con la devolución que hace el espejo de su imagen, que confirma o no la deseabilidad y el atractivo y cuya evaluación podría formar parte de un trastorno de la imagen corporal.

Cuando la imagen corporal esta distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos. Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en ese caso, de inexactitud, con que las personas estiman sus dimensiones corporales. La segunda, denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción – insatisfacción con el mismo, (Rosen, J. 1995); (Raich R. 2004); (American Pssychiatric Association DSM IV 1994).

Cafri, G., Yamamiya Y., Brannick, & Thompson K., (2005) establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo del descontento de la imagen del cuerpo son tres: conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado.

La distorsión de la imagen corporal es una expresión tipo sombrilla que abriga una gran cantidad de componentes, organizados en un continuo que va de la insatisfacción a la distorsión franca así:

Los cognoscitivos la relacionan con la expectativa irreal de poseer un rasgo corporal específico, por ejemplo, querer verse como una modelo. Los comportamentales implican la

evitación de situaciones en las cuales se pone en evidencia el cuerpo, por ejemplo, ir a nadar con unos amigos. Los perceptuales hablan de sobreestimación del tamaño corporal, (Thompson K., 1999)

La percepción de la imagen corporal es parte integral del funcionamiento de una persona, y una distorsión de la misma, puede llevar a contribuir a una condición más seria como lo son los trastornos de conducta alimentaria (TAC). Los más sobresalientes son la anorexia nerviosa y la bulimia (American Psychiatric Association 2000).

La evaluación de la imagen corporal se ha producido ligada al estudio de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), utilizándose múltiples términos para definirlo: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación corporal o insatisfacción corporal. A principios de los sesenta, ya Bruch (1962) enfatizaba el papel determinante de la imagen corporal en el inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Bruch (1962) describe el trastorno de la imagen corporal en pacientes principalmente con anorexia y bulimia nerviosa como la alteración del propio concepto corporal, distorsión en la percepción y sensación de descontrol respecto de las propias funciones corporales.

Por lo general las pacientes con anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN) tiene distorsiones relacionadas con la forma o tamaño del cuerpo como la insatisfacción con su apariencia física, (Rodriguez L. & Ulate, E. 1999).

Las mujeres con TCA (anorexia o bulimia) presentan una mayor insatisfacción con su cuerpo en relación con las mujeres que no padecen estas alteraciones Cash et al. (1997), y el fenómeno de la distorsión en la imagen corporal se constituye en un síntoma central para el diagnóstico de la AN y BN, Kaye W., Strober M. & Rhodes L. (2002). Sin embargo, ni insatisfacción ni distorsión son fenómenos exclusivos de los TCA, y tampoco puede afirmarse que todas las pacientes con TCA sobreestiman el tamaño de su cuerpo, (Horne R. L., Van Vactor J. C. & Emerson S., 1991): (Probst M., Vavdereycken W., Coppenholle H. V. & Pieters G.1998)

Otra importante alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba *Dismorfofobia*, y que actualmente es considerado como *Trastorno Dismórfico Corporal* y para el cual existen tres criterios diagnósticos (APA, 1994):

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

A parte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal. Sí que se incluye esta patología como criterio diagnóstico de trastornos ya clasificados.

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa, (Raich, 2000); (Unikel et al. 2004). Además, si se permite que el problema avance, existe un riesgo elevado de desarrollar síntomas de trastornos en la alimentación como ya se mencionó anteriormente, (Cruz et al. 2002); (Goni et al. 2004).

Por otro lado el sentirse culpable o no con nuestra imagen es un aspecto importante aparte de la satisfacción, ya que la culpa puede ser una emoción castigante y destructiva asociada a la angustia personal y pobre salud mental y puede llevar a las personas a sufrir de trastornos alimentarios, (Williams C. & Bybee, J. 1994)

Dentro de los factores asociados directamente con la presencia de la distorsión o alteración con el propio cuerpo, se encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC). Las personas más delgadas son las que indican la percepción física más positiva, mientras que los que cursan con sobrepeso manifiestan peor insatisfacción.

CAPITULO 5. ADULTEZ

Es sobre todo una fase de transición desde una etapa del desarrollo psicológico bastante conocida como es la adolescencia a otra, la edad adulta, cuyos perfiles están en continuo cambio. Un período caracterizado principalmente por la progresiva autonomía, la madurez psicológica, la productividad y la capacidad de ocuparse de personas dependientes. Una etapa de trayectorias personales diferentes, pues mientras unos prolongan el estado de dependencia familiar, continúan formándose y disfrutan de las relaciones y el ocio, otros en cambio asumen con normalidad las tareas del desarrollo para las cuales han estado formándose: independencia personal, de residencia, incorporación al trabajo, constitución de nueva familia, en definitiva tareas y retos sociales propios de los adultos.

Mientras que las tareas del desarrollo adulto siguen siendo fundamentalmente las mismas, la edad en las que las personas las afrontan son muy variadas, y el conjunto de comportamientos propios y ajenos que se consideran adecuados o no a la edad (el “reloj social”) están socialmente determinados "(Neugarten & Neugarten, 1986). En definitiva, la edad en la que las personas se incorporan a la edad adulta varía de unas sociedades a otras, de unas épocas a otras y está condicionada por la extensión temporal de la adolescencia (Schaie & Willis, 2003). La sociedad adulta difiere en el grado en que favorece y alienta el acceso al estatus de adulto o prolonga el estado de dependencia padres-hijos. (Cicchile, 2001; Dolto, 1990).

Queda claro que la transición a la edad adulta no incluye los mismos componentes para todos, no sigue la misma secuencia y no ocurre conforme al mismo calendario (Corijn, 1996)

Dada la complejidad de funciones, tareas y demandas sociales que se derivan en este estadio evolutivo, existen entre los teóricos la tenencia general a dividirlo en fases o etapas.

✓ *Aduldez Temprana*

Según Lahey (1999) la primera adultez se extiende aproximadamente a partir de los 17 años hasta inclusive los 45 años. Esto pudiese ser más tarde o temprano dependiendo de las circunstancias en las que la persona vive, su experiencia, cultura, sociedad y finalización o terminación de eventos tales como el colegio, la universidad o el trabajo.

Erikson (1968) hizo un análisis de las fases que el proponía para la vida adulta en base de sus exigencias o crisis a las cuales naturalmente debemos hacer frente durante toda etapa de la vida. El conflicto que el describió para esta fase se denomina ‘Intimidad Vs. Aislamiento. Según Lahey (1999), la exigencia de esta etapa consiste en “establecer relaciones comprometidas y amorosas con otros, que sustituyan parcialmente los vínculos con los padres”. Haciendo alusión a las palabras de Erikson, Lahey (1999) nos dice que, si esto se lleva a cabo con éxito, “se tendrá la intimidad necesarias para avanzar en la vida adulta; en caso contrario, se producirá aislamientos y la persona se verá menos capaz de desarrollarse plenamente desde el punto de visto emocional”.

El adulto joven según Diane E. Papalia (2005), se encuentra en buenas condiciones; las capacidades físicas y sensoriales por lo general son muy buenas. Como regla general, los accidentes son los responsables primarios de muerte. Los distintos factores de estilo de vida juegan un papel muy importante en la salud de esta etapa y por supuesto las futuras. Las relaciones sociales u amorosas son asociadas con buena salud por (Papalia 2005).

En temas de cognición, se menciona una etapa llamada pensamiento posformal. Esta es definida por Papalia (2005) como un tipo maduro de pensamiento que se basa en la experiencia subjetiva y la intuición, así como en la lógica, y es útil para manejar la ambigüedad, la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el

compromiso”.

Según Lahey (1999), y ya para finalizar, de manera general, la primera fase de la vida adulta es complicada y exigente. “el joven adulto asume normalmente las exigencias de desarrollar una carrera profesional, casarse y procrear durante el mismo periodo.

Nos menciona el mismo autor que a veces las personas se suman en grandes deudas por comprar casas o carros los cuales no pueden pagar. Hacen esto con la mentalidad de ingresos futuros que nunca llegan.

Finalmente Lahey (1999) agrega que “al mismo tiempo, se trata de un periodo de salud y vigorosa sexualidad, de muchas gratificaciones familiares y la posibilidad de ascenso profesional”. Para la mayoría de nosotros, nos dice Lahey (1999), es una época “en que las recompensas superan los costes”.

✓ *Adultez Media*

Debido al impacto de los cambios socioculturales, las personas que han llegado a la adultez media han sufrido grandes cambios en su vida en relación a las décadas pasadas; las dificultades para superar las distintas crisis de tipo normativo como idiosincráticas podrían llevar a desajustes en las áreas personal, laboral y social de considerable importancia. Es labor de la psicología estudiar estos cambios en la vida del individuo, para entregarles herramientas adecuadas para lograr la adaptación a todo nivel.

La adultez media se caracteriza por la liberación de las grandes presiones y la búsqueda de placeres más individuales, junto a una mayor experiencia, que será bien aprovechada si no se mantienen sueños imposibles ni se mantienen posiciones muy rígidas, (Sheehy, 1984).

El autoconcepto, la confianza en uno mismo y el control del yo suelen aumentar en esta época y la salud mental dependerá del buen ajuste entre las expectativas y la realidad, (Hofmann, L., Paris, S., & Hall, E., 1996)

En relación con los Aspectos de la personalidad: la crisis de la mitad de la vida; Levinson & Gould citados por Hofmann, et al. (1996), postulan que entre los 35 y los 45 años se sufriría una "crisis de la media edad"; en la cual se destaca la expresión de los aspectos masculinos en la mujer y femeninos en el hombre.

Entre las características que Sheehy (1984) postula dentro de la crisis de la edad media encontraríamos la necesidad de reelaborar la imagen del yo debido a los cambios corporales y a la muerte de los padres, el cuestionamiento de los logros y la percepción de los roles como estrechos y limitados.

Con respecto a los Aspectos cognitivos. En la adultez media disminuirían los puntajes de CI, en el "llamado patrón clásico de envejecimiento"; de todos modos, la inteligencia se mantendría estable, ya que disminuirían ciertas capacidades básicas que podrían compensarse conductualmente, habría un aumento en la motivación y la compensación de pérdidas por rapidez debido a la especialización selectiva. El estilo de vida determinaría el mayor o menor deterioro de la cognición (situaciones de estrés, enfermedades cardiovasculares y nivel de ejercicio).

✓ *Adultez Tardía o Vejez*

Una tercera etapa o fase, denominada *adultez tardía* o vejez que se extenderá desde los 40-60 años según Levinson (1978). Es la etapa descrita como la época de la decadencia biológica que implica por lo mismo, frecuentemente, graves conmociones y crisis psíquicas.

Alrededor de los 60-65 años inicia el deterioro cognitivo. Sin embargo no es hasta esta edad cuando empieza el deterioro, inicia a los 25 años de edad, aunque empieza a darse de manera más lenta, a esta edad se puede corregir. A los 65 años es muy imposible corregir, más no imposible.

El deterioro empieza a surgir en partes como: Memoria y aprendizaje, Atención y concentración, Lenguaje oral, escrito y dibujos (gráficos), Actividad intelectual, Solución de problemas, implicado la planeación, anticipación y control. Creatividad: sensopercepción, análisis y síntesis, construcción: praxias.

5.1 DIFERENCIA DE GÉNERO EN EL DESARROLLO DE LA EMOCIÓN DE CULPA Y SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN EL ADULTO

Es bien sabido que el ideal de belleza aceptado por la sociedad actual se ha ido concretizando en figuras cada vez más esbeltas o delgadas, lo cual se evidencia en el análisis de revistas femeninas populares realizado por Silverstein, Peterson & Perdue, quienes evidenciaron que existe tendencia hacia el aumento de la delgadez de las modelos, así como al incremento de artículos y anuncios concernientes a ediciones dietéticas, (Silverstein, B.; Peterson, B & Perdue, L. 1986).

Posteriormente, algunos autores tabularon el número de artículos sobre dietas y ejercicios para perder peso, desde 1959 hasta 1989, en las principales revistas de mujeres, demostrando un inmenso auge en el énfasis en la pérdida de peso, (Wiseman C.V., Gruminning, F. M. & Gray, J.J. (1993).

En la actualidad, las supermodelos de pasarela, las superestrellas de Hollywood y las figuras deportivas o atléticas, también han adoptado este ideal delgado, Thompson, J. K. Van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda., A. S. & Heinberg, L. J. (2004).

En consecuencia, el interés marcado por una cultura de la delgadez ha ocasionado en la población general una mayor preocupación por la pérdida de peso, (Padgett, J. & Biro, F. M. 2003; (Paquette, M. C. & Raine, K.. 2004). Ello ha hecho que las personas obesas muestren constante preocupación por su imagen personal, tanto así, que el deseo de mejorar este aspecto es la motivación más importante para bajar de peso, aunque lograrlo no sea garantía de una imagen corporal positiva o normal, (Facchini, 2002).

De esta manera, las alteraciones de la imagen corporal promovidas por el estándar ideal delgado Thompson J .K. & Stice, E. (2001) constituyen un aspecto relevante en el estudio de la obesidad. De hecho, hoy en día se reconoce la relación que existe entre las alteraciones de la imagen corporal y la obesidad. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que las personas obesas suelen reportar mayor insatisfacción con su imagen corporal, (Brownell, 1993); (Friedman, M. A. & Brownell, K. D. 1995); (Friedman, M.A., Schuwartz, M.B. & Brownell, K.D. 1998); (Ross, 1994); (Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. 1985).

Por lo tanto debemos enfocar atención no solo a sentirnos bien con nuestra imagen solo por estética sino también por salud ya que aunado a esto está la elevación de la tasa de obesidad mundial.

La obesidad es un problema multifactorial y multifuncional, que la psicología aborda de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D. S. M. IV-TR (2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS); refiere en el 2008 que 1500 millones de adultos presentan sobrepeso. Para marzo de 2011, puntualizan que la obesidad y el sobrepeso a nivel mundial se han incrementado desde 1980. En este grupo más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres son obesos. En el 2010 alrededor de 3 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (WHO, 2011). Las Naciones Unidas estiman que para el año 2025 la cifra de población mundial será de 8.500 millones. De aquí estimamos que la población con sobrepeso y obesidad será de 2,125 millones de adultos, y 1,190 millones de menores de edad. A ese ritmo de crecimiento, 7 de cada 10 niños mexicanos tendrá sobrepeso. Aun en estas circunstancias, la obesidad puede prevenirse WHO (2011), al establecer estrategias de cambio en los factores de riesgo asociados.

Las cifras de obesidad en México, indican como ya se mencionó que 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso, incluyendo un 30% que sufren de obesidad. En México el 64.2% de la

población de 20 a 64 años de edad es portadora de obesidad o sobrepeso (IMC > 25 kg./m²). (Encuesta Nacional de Salud (ENSA), 2000). En adultos más jóvenes, el porcentaje pasó de 48 a 53% en el periodo descrito del 2006. Las personas mayores de 20 años muestran sobrepeso: el 71% de mujeres y el 66% de hombres. En niños de 5 a 11 años la presencia de sobrepeso se elevó el 18.6 al 26% en el periodo comprendido entre 1999 y 2006.

En los últimos años la obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública en México, pues nuestro país es el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y segundo en adultos.

México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, solo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%. La mala alimentación, el sedentarismo, la falta de acceso a alimentos nutritivos, son factores determinantes del sobrepeso y la obesidad.

Tabla 2. Cifras de Obesidad en México INEGI, 2005.

Grupos	México		Distrito Federal	
	%	No. Personas	%	No. Personas
Mujeres mayores de 20 años	72	20.52 millones	75.4	2.3 millones
Hombres mayores de 20 años	66	16.96 millones	69.8	69.8 millones
Niños en edad escolar	26	5.54 millones	35	481,785

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006. *Según datos de INEGI, 2005

Por tal motivo no solo es importante la disminución del peso por la imagen que queremos alcanzar con un fin estético, sino también por la salud misma.

A pesar de que la obesidad representa un problema con importantes repercusiones psicológicas y sociales, el estudio de la relación de variables de naturaleza psicosocial con la satisfacción hasta este momento no ha alcanzado un interés global. En una sociedad en la cual la delgadez se ha convertido en casi en sinónimo de belleza (Rand, C. S. W. & Kuldau, J. M. 1992).

De hecho, Moreno y Andía (2009) señalan que la relación entre el exceso de peso corporal y el malestar psico-emocional condicionan el nivel de satisfacción con la vida, ya que la presión social para ser delgado afecta cada vez más y de manera significativa a las personas obesas, (Moreno E.B. & Andía Melero, V. M. 2009).

En los últimos años se ha hecho más obvio que las presiones sociales ejercidas a través de un ideal estético corporal valorado por la cultura como la delgadez, las burlas que pueden acompañar al hecho de ser gordo o gorda, así como la consiguiente insatisfacción con la propia figura, podrían estar en riesgo para el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento psicológico.

A pesar de que la presión social a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, este fenómeno es ya también evidente en los varones. Los hombres suelen y desean pesar más no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular; en este sentido cumplir con los estándares de cuerpos musculosos, que a diario y de manera indirecta, los medios de comunicación buscan introyectarles, (Cruz S, & Maganto M. 2005); (Espina A, Asunción OM, Ochoa AI, Yanes A, & Alemán A.2001)

Antes de finales de los años 80, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación e imagen corporal se refiere a las mujeres, (Facchini, 1999). Sin embargo estudios recientes muestran que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen, (Pope, H. G., Gruber A. J. Choi P. Olivardia R. & Phillips K. A. 1997); (Olivardia, R. Pope H. G. Jr, & Hudson J. I 2000).

Las expectativas culturales actuales estarían contribuyendo a los trastornos de la imagen corporal en ambos sexos, (Pope, H. G. Olivardia R. Gruber A .J, & Borowiecki J. 1999). Los hombres tienden a adquirir la forma muscular mesomórfica como su ideal y creen que las mujeres buscan como ideal a un hombre musculoso, (Cohn, L. D. & Adler N. E. 1992)

Según Pope et al (2000), los hombres estiman que el cuerpo masculino preferido por las mujeres es unos 10 kilos más musculoso que el promedio y, por otra parte, las mujeres tienden a considerar a los hombres con pectorales más desarrollados como más atractivos aunque en menor medida que los hombres, (Maisey, D. S., Vale E. L. E., Cornelissen P. L. & Tovee M.J. 1999)

Las adolescentes se ven fuertemente condicionadas por los medios de comunicación para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez (Gómez,. 1997). Además, la insatisfacción que sufren los hombres es diferente a la de las mujeres, pues la de los primeros se debe a que quieren estar más fuertes, mientras que las mujeres quieren estar más delgadas y toman medidas para cambiar su imagen corporal con el fin de sentirse bien, independientemente del peso real que tengan (Acosta M.V. 2003). También se ha encontrado que los adolescentes varones tienen mayor autoestima, un mayor atractivo físico y mejor forma física que las mujeres Fernández- Abascal, E. & Palmero, F. (1999); esto a pesar de que los índices de masa corporal medios de las mujeres son inferiores a los de los varones y de que ellas presentan un menor nivel de sobrepeso y obesidad (Ramos P. 2010)

En los jóvenes sigue existiendo una gran preocupación respecto al peso corporal y a la figura, aunque hay estudios contradictorios al comparar la insatisfacción de los adolescentes y los jóvenes y al fragmentarlos en función del género. Mientras que en varones se ha encontrado que los adolescentes están más obsesionados por la delgadez y sentimientos de ineficacia, aunque son los jóvenes lo que están más afectados por la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales; en mujeres los datos son contradictorios.

Por un lado, hay estudios que exponen que las jóvenes muestran mayor insatisfacción corporal que las adolescentes Rivarola MF, (2003), mientras que otros encuentran que las adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia (Esnaola, 2005).

Los jóvenes muestran un elevado deseo por estar delgados, especialmente las mujeres Taylor C.B., (1998). Son ellas las que tienen más insatisfacción con su peso e imagen corporal Arroyo M, (2005) lo que les lleva a tener altos niveles de ansiedad. Este hecho puede estar relacionado con la asociación actual entre la delgadez y la belleza, en el sexo femenino. No obstante, en numerosos estudios se ha encontrado que la mayoría de las mujeres tienen normo peso habiendo entre un 25 y un 43% de mujeres con problemas de bajo peso (Núñez C, 1994).

Por tanto, encontramos que las mujeres, incluso cuando se encuentran en valores de normopeso y bajopeso tienen una excesiva preocupación por estar delgadas Nishizawa, (2003); aunque se ha encontrado que son las personas con sobrepeso y obesidad las que mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal presentan, (Casillas- Estrella, 2006)

En relación a la edad adulta, se ha encontrado que las tendencias no cambian, siguiendo la misma línea de lo hallado en etapas anteriores. En muchos estudios se observa que una gran mayoría de mujeres quisiera pesar menos aunque presenten un peso absolutamente normal. De hecho, tienen una tendencia a seleccionar imágenes ideales y atractivas significativamente más delgadas de cómo se perciben (Shih M.Y. 2005).

En definitiva, la preocupación por la imagen corporal va desde la niñez hasta la vejez, mostrando una mayor incidencia en las mujeres adolescentes y jóvenes.

Por otro lado no solo podemos hablar sobre la satisfacción o insatisfacción que los adultos tiene sobre su Imagen Corporal, también la emoción de culpa es relevante aunado a nuestra condición corporal.

La culpa es un sentimiento importante en la vida de todos, ante las cosas que suceden, casi siempre buscamos un culpable: culpamos a los demás, nos culpamos a nosotros mismos, culpamos a la vida y hasta la suerte. Russek S. (2007).

Mientras más pensamos, más culpables nos sentimos, pero seguimos sin hacer nada al respecto. Russek S. (2007).

Desde pequeños aprendemos a culpar a los demás para no sentirnos mal o para culparnos a nosotros mismos, de casi todo lo que sucede. Esta actitud está relacionada con la educación que recibimos y a la influencia de la cultura en la que vivimos. (Russek S. 2007).

Denoius (2004) establece que los sentimientos de vergüenza son un predictor crucial de los trastornos alimentarios. Así mismo encontró que la culpa y la vergüenza relacionadas con el cuerpo se asocian con el deseo de lograr un cuerpo ideal y evitar un cuerpo no deseado.

En su peor aspecto, la culpa puede ser una emoción castigante y destructiva asociada a angustia personal y pobre salud mental y llevar a las personas a sufrir de trastornos alimentarios (Williams & Bybee, 1994). La culpa relacionada con el cuerpo predice de manera positiva conductas sanas y moderadas para regular el peso corporal (Denoius, 2004)

Por lo tanto las experiencias que un individuo tenga con su cuerpo incidirán en el establecimiento de su propia imagen corporal. Factores como la maduración rápida, las burlas, las críticas o la sobrevaloración del cuerpo entran a ejercer un papel clave en el desarrollo de los problemas o alteraciones relacionados con la imagen corporal.

6. CONDICIÓN DE PESO CORPORAL E IMC

El peso corporal es un tema de gran importancia en la actualidad ya que representa un problema de salud pública, “es una enfermedad crónica que se caracteriza por un exceso de grasa que se traduce en un aumento de peso” que puede estar acompañada por un desorden psicológico Mancha (2001). Es un trastorno multicausal en el que participan factores genéticos, biológicos (Cope, M., Fernández, J. & Alison, D. 2004), ambientales (Henderson 3004) y psicosociales Neumark- Sztainer, D &Haines, J. (2004). Existen

diferentes métodos para determinar el exceso de masa gras, como el IMC, medición de pliegues cutáneos, por densimetría y radioisótopos Mancha (2001).

La diferencia de genero se basa en que el contenido de grasa corporal es muy variable entre individuos del mismo sexo, peso y talla (o estatura), para un IMC de 30 Kg/m², los hombres disponen de un 30% de masa grasa a los 20 años y un 40% a los 60 años de edad, mientras que las mujeres contienen un 40% de masa grasa a los 20 años y un 50% a los 60 años, en promedio, por lo tanto se observa que el promedio de grasa es mayor en mujeres que en hombres OMS, 1995; Gonzales 1993; Castro G. & Godines S. A. 1997)

Tabla 3. Clasificación del sobrepeso y obesidad según la norma oficial Mexicana 043-SSA2-2005_ para el manejo integral de la Obesidad.

1	Bajo peso	<18.5
2	Normo peso	18.6-24.9
3	Sobre peso	25.0-26.9
4	Obesidad I	27-29
5	Obesidad II	30.-34.9
6	Obesidad III	35.0-39.9
7	Obesidad IV	>40

Para la medición de la composición corporal en los últimos años se ha incrementado el uso de las siluetas o figuras para la medición del tamaño corporal, forma, peso y satisfacción con la apariencia.

Cada escala tiene en común la presentación de un número discreto de siluetas normalmente entre 5 y 12. Con frecuencia los sujetos son indicados a seleccionar la figura que representa su actual talla y luego la talla que consideran ideal. La diferencia entre los datos es llamado el índice de discrepancia y es considerado para representar la insatisfacción corporal (Gardner D.M. 1998; Rowe D., McDonald, S., Mahar, M., & Raedeke, T. 2005).

Stunkard, A.J., Sorenson, T., & Schlusinger, F. (1983), desarrollaron una serie ampliamente usada de nueve figuras esquemáticas tanto masculinas como femeninas, ubicadas desde muy delgado hasta muy obeso (ver figura 1). Así mismo, otros investigadores han desarrollado figuras similares para una variedad de poblaciones incluyendo desde bebés hasta adultos mayores, Rand S. & Wright, B. (2000).

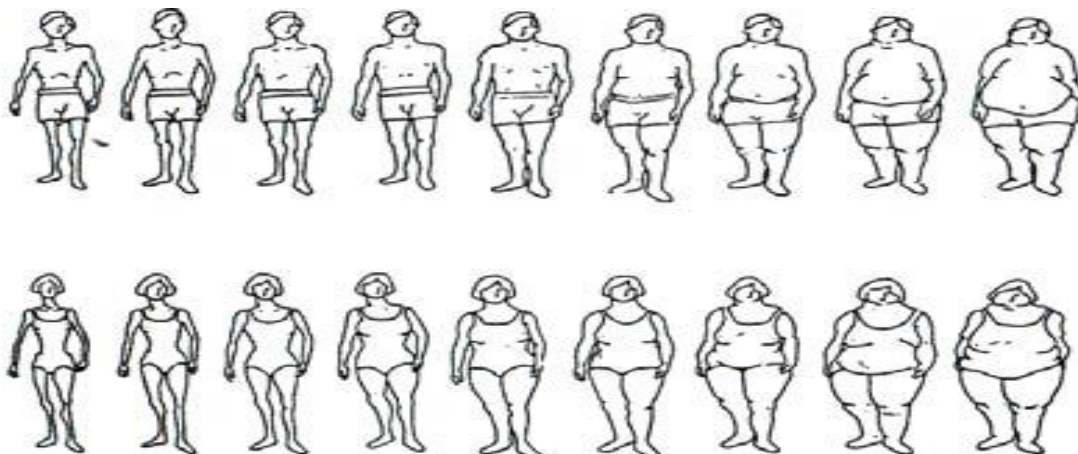


Figura 1. Escala de Imagen corporal de Stunkard et al (1983).

Para la medición de la composición corporal además de la utilización de escalas con siluetas también se emplea la antropometría, que se refiere al estudio del tamaño, la forma, la proporción, la maduración y el funcionamiento general del cuerpo Rodríguez et al (1999), la cual tiene una importancia especial durante todas las etapas de desarrollo.

Sin embargo en el presente estudio para medir la imagen corporal nos basamos en la escala propuesta por Stunkard et al., (1983).

Índice de masa corporal, es el resultado de la medida de peso corporal entre la talla o estatura elevada al cuadrado ($\text{peso}/\text{talla}^2$). A partir de la altura al cuadrado, expresada en metros, y del peso expresado en kilogramos calculamos el Índice de Masa Corporal para cada individuo: $\text{IMC de Quetelet} = \text{kg}/\text{metros}^2$, Beumont, P., AL-Alami, M. & Touyz, S. (1988).

CAPITULO 2. METODO

1. Planteamiento del problema:

- ✓ Conocer la relación de la culpa y satisfacción con la imagen corporal en el adulto.

El propósito de la investigación fue la exploración de factores emocionales en adultos jóvenes mexicanos, y de manera conjunta saber la relación de la emoción de culpa y la satisfacción con la imagen corporal. Se estudió la emoción de culpa a través del cuestionario PACUL-G (Guillén Riebeling, 2012); la satisfacción con la imagen corporal con el SATISFA-GAD, (Guillén Riebeling, 2012). También se analizaron las diferencias entre hombres y mujeres, adultos, voluntarios a la investigación. Para tener un punto de comparación, el estudio evaluó la emoción de culpa con la percepción de la imagen corporal a través de su clasificación de índice de masa corporal: bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad.

2. Preguntas de investigación

- ✓ ¿Cuál es la condición corporal en el adulto?
- ✓ ¿Cuál es la relación que hay entre la emoción de culpa y la satisfacción de la imagen corporal en el adulto?
- ✓ ¿Cuál es la relación ente la condición corporal/IMC y la imagen corporal en el adulto?

3. Objetivos de investigación:

- ✓ Determinar si la emoción de culpa y satisfacción está relacionada con la imagen corporal en el adulto.
- ✓ Analizar si hay o no diferencias entre hombres y mujeres respecto a la emoción de culpa y satisfacción.
- ✓ Analizar si hay o no diferencias entre hombres y mujeres respecto a la imagen corporal.

4. Variables

4.1 Variables socio-demográficas. (Controladas)

✓ Edad

Definición conceptual: Tiempo de vida que reporta el sujeto al momento del cuestionario.

Definición operacional: Años reportados por el sujeto

✓ Sexo

Definición conceptual: Características fenotípicas del individuo

Definición operacional: 1 Mujer, 2 Hombre

✓ Grado de estudio

Definición conceptual: Grado de instrucción educativa obtenido por el participante en el momento en que se realiza la elaboración del cuestionario.

Definición operacional: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

4.2 Variables Independientes

✓ Condición corporal

Definición conceptual: es el resultado de la medida de peso corporal entre la talla o estatura elevada al cuadrado ($\text{peso}/\text{talla}^2$). A partir de la altura al cuadrado, expresada en metros, y del peso expresado en kilogramos calculamos el Índice de Masa Corporal para cada individuo: $\text{IMC de Quetelet} = \text{kg}/\text{metros}^2$, Beumont et al. (1988).

Definición operacional: es la reportada por los sujetos en el instrumento

✓ Emoción culpa

Definición conceptual: Zabalegui (1997) define a la culpa como una valoración cognitiva y afectiva, de comportamientos, cuando estos no están de acuerdo con una determinada

escala de valores morales. Al sentir culpa también se experimentan otras emociones como; la angustia, inseguridad, inestabilidad emocional, sentimientos de dependencia, y de vergüenza. Es una emoción saludable orientada hacia los demás, trata siempre de buscar soluciones, de reparar daños, de compensar los efectos negativos que han causado las malas acciones.

Definición operacional: cuestionario **PACUL-G** 2012 (Cuestionario que explora las SITUACIONES que provocan la emoción de culpa).

✓ **Satisfacción**

Definición conceptual: En cuanto a la satisfacción se entiende como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable. La satisfacción se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma más o menos satisfactorio Gómez de 1997.

Definición operacional: cuestionario **SATISFA-GAD** 2012 (Cuestionario que explora las SITUACIONES que provoca la satisfacción)

4.3 Variables dependientes

✓ Imagen corporal en adultos

Definición conceptual: La imagen corporal representa la manera en que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. No es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia Raich (2000).

Definición operacional: las respuestas a las figuras que componen el pictograma. Con 7 opciones de respuesta que corresponden 1, 2 y 3 al bajo peso; normopeso 4; sobrepeso 5, obesidad tipo I 6 y por ultimo obesidad tipo II 7.

5. Diseño Metodológico

- ✓ Diseño: Exploratorio cuasi experimental y descriptivo
- ✓ Dos muestras independientes (hombres y mujeres)

Descriptivo. El diseño descriptivo se utiliza porque consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables (Castellano et al, 2005).

Cuasi- experimental: se aplica a situaciones sociales, en las cuales el investigador no puede implementar un diseño experimental, aplica este que es lo más cercano a uno experimental. Es imprescindible que el investigador tenga un conocimiento a fondo de cuáles son las variables específicas que su diseño no controla y de esta manera pueda determinar los puntos pertinentes de las distintas interpretaciones de sus datos (Castellano et al, 2005).

6. Selección de la Muestra:

Fueron 200 sujetos, 100 hombres y 100 mujeres, habitantes de la ciudad de México, seleccionados de manera aleatoria y que cumplieron con la edad de 18 a 55 años, y que se consideren adultas en cuanto a su etapa biológica.

7. Técnicas.

- ✓ Aplicar los instrumentos de situaciones que provocan culpa y satisfacción a la imagen corporal.

8. Análisis Estadístico

- ✓ Determinar las correlaciones de manera general.
- ✓ Determinar las correlaciones por sexo (mujeres y hombres) en cada uno.
- ✓ Determinar las correlaciones por IMC, emoción de culpa y satisfacción de la imagen corporal.

9. Instrumentos

CUESTIONARIO PACUL-G: (Guillen-Riebeling, 2012), es un instrumento que explora la emoción de culpa. Tiene un alfa de Crombach de .918, integrado por 32 reactivos que identifican las situaciones provocadoras de la emoción de culpa. El cuestionario consta de cinco factores: F1 Irresponsabilidad, F2 Mentira o deslealtad, F3 Desatender/ abandonar, F4 Emociones negativas, F5 Adicciones o toxicomanías.

CUESTIONARIO SATISFA-GAD 2012: (Guillen-Riebeling, 2012), es un instrumento integrado por dos partes: La primera parte consta de 26 reactivos derivados de 3 factores: F1 Estilo de vida saludable de 15 reactivos con un alfa de Crombach .941, el F2 Actividad física de 7 reactivos con un alfa de .866 y por último el F3 Condición corporal por el peso de 4 reactivos con un alfa de .764. La segunda parte está compuesta por un pictograma, integrado por Arellano A., (2012).de selección de imágenes de acuerdo a su

apariencia, está compuesto por 7 imágenes con un puntaje de 1-7 que va de bajo peso a obesidad II.

10. Procedimiento

El procedimiento de trabajo fue el siguiente. Se salió a las calles o lugares concurridos, donde se les pidió amablemente a las personas adultas si desean colaborar en una investigación diciéndoles lo siguiente: “buen día, somos estudiantes de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza de la UNAM y queremos saber si nos puedes ayudar con un estudio”, cuando su respuesta era afirmativa les entregaba el cuestionario; **CUESTIONARIO PACUL-G 2012, SATISFA-GAD 2012** y un lápiz, posteriormente se les daban las instrucciones y al final se preguntaba si había alguna duda.

La duración de la prueba por sujeto fue de 20 minutos aproximadamente. Al terminar se les daban las gracias al sujeto por su valiosa colaboración.

10 Análisis de Resultados

Para llevar a cabo el análisis de datos se procedió a la utilización de la estadística descriptiva e inferencial, Correlación de datos, Regresión lineal, ANOVA, prueba t de student para muestras independientes.

Se procedió al análisis de los datos con SPSS 21.0 para Windows. Para dar varias o una posible respuesta a las preguntas de investigación planteadas con anterioridad, ya que debido a la gran variedad de datos obtenidos se pueden realizar una diversidad de análisis estadísticos.

CAPITULO 3. RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos, se procedió a la realización de los estadísticos, correlación de datos, regresión lineal, ANOVA. Utilizamos la correlación lineal porque se quiere saber qué relación existe entre dos variables. En cuanto a la ANOVA se utiliza para la comparación simultánea de varias medias poblacionales, también nos permite comprobar si existen diferencias entre promedios de tres o más tratamientos. Por último la regresión lineal consiste en emplear métodos que permitan determinar la mejor relación funcional entre dos o más variables concomitantes (o relacionadas). También los datos se analizaron con estadística descriptiva por medio de promedios, desviaciones estándar y frecuencias. Con respecto al análisis inferencial se aplicó la prueba *t-Student de grupos independientes* que se utilizó para comparar entre mujeres y hombres, además de la prueba *Pearson* para determinar correlaciones entre las variables de estudio.

FACTORES DE CULPA SITUACIONES ADULTOS

Los factores obtenidos en cuanto a qué situaciones desencadenaban culpa en los adultos mediante el PACUL-G (2012)* (cuestionario realizado por la Dra. Raquel del Socorro Riebeling con la colaboración de Gladys Hernández Vela) fueron 5 factores. (Tabla 4). Los factores obtenidos en Satisfacción con la imagen corporal** fueron 3. (Tabla 5)

Tabla 4. Factores de situaciones de la emoción de culpa

Factor 1	Irresponsabilidad
Factor 2	Mentira o deslealtad
Factor 3	Desatender/ abandonar
Factor 4	Emociones negativas
Factor 5	Adicciones o toxicomanías

Tabla 5. Factores de Satisfacción

Factor 1	Estilo de vida saludable
Factor 2	Actividad física
Factor 3	Condición corporal por el peso

De la muestra total $n= 200$ (100 Hombres y 100 Mujeres) se encontró que el mayor porcentaje de personas que reportaba un IMC era de Bajo Peso (Figura 2). Y en cuanto a los rangos de edad que iban de 18 a 55 años la mayor frecuencia se encontró entre 18 y 28 años (Tabla 6). La ocupación predominante entre los encuestados fue estudiante y posteriormente empleado (Figura 3).

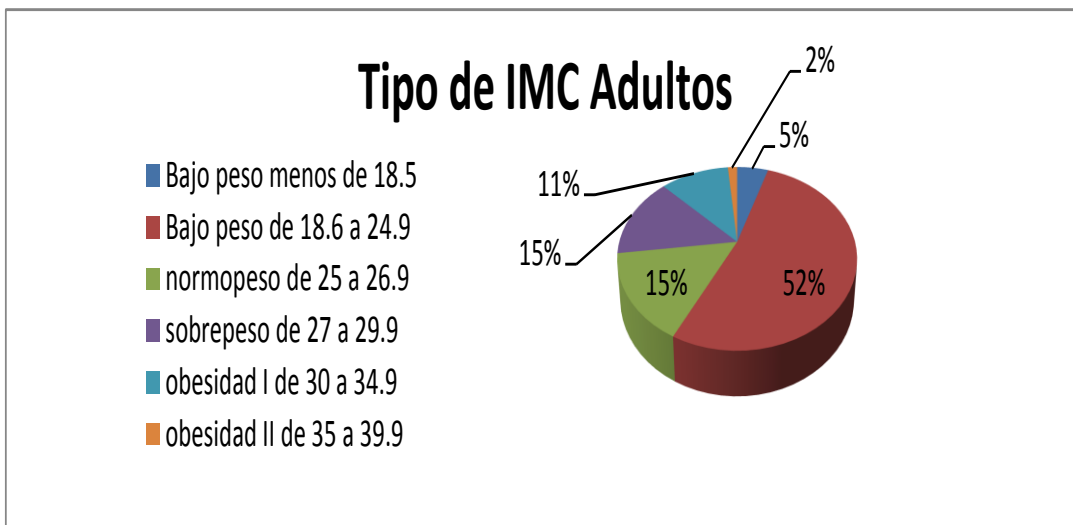


Figura 2. Porcentajes arrojados del tipo de IMC en adultos.

Tabla 6. Frecuencias de edades de las personas encuestadas.

L_i	L_s	x	f
17.75	25.25	21.5	130
25.25	32.75	29.0	20
32.75	40.25	36.5	15
40.25	47.25	43.75	15
47.25	54.75	51.0	16

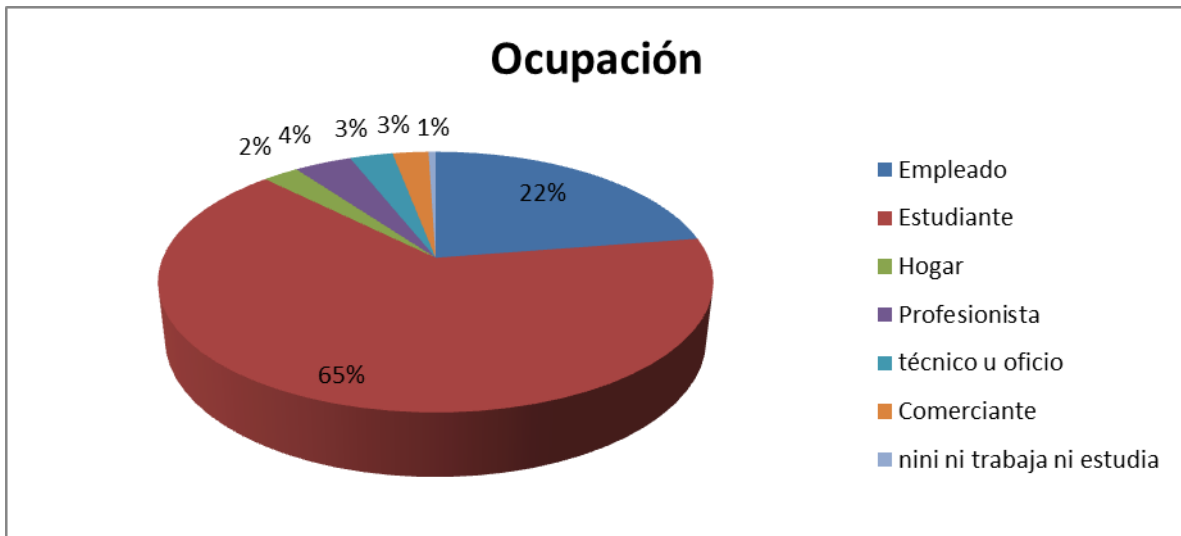


Figura 3. Ocupación de los encuestados.

Tipo de IMC/ Ocupación

La *correlación de Pearson*, se empleó para determinar si existe relación significativa entre el tipo de IMC y la ocupación lo cual arrojó que representaban una relación estadísticamente significativa de ($X^2=77.7$; $gl=30$; $p<.001$). Así pues también se puede observar que los adultos estudiantes, que representan la mayoría, tenían bajo peso (Figura 4).

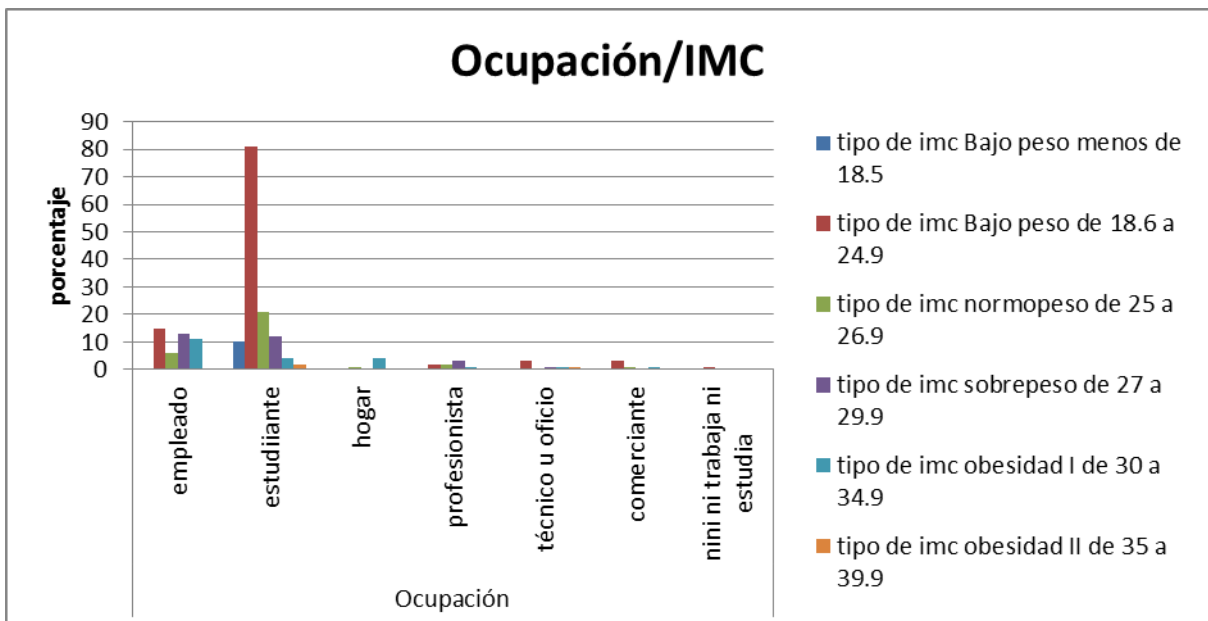


Figura4. Tipo de IMC en relación con la ocupación.

Sexo/ ocupación

En la (Tabla 7) observamos el total de hombres y mujeres con respecto a la ocupación, y como ya se había mostrado antes la mayoría son estudiantes, tienen una mayor participación los hombres con respecto a las mujeres.

Tabla 7. Ocupación con respecto a hombres y mujeres

Ocupación	Mujeres	Hombres
Empleado	29	16
Estudiante	53	77
Hogar	5	0
Profesionista	5	3
Técnico u Oficio	4	2

Medias de Culpa y Satisfacción con relación al sexo

Para los análisis descriptivos se obtuvieron las medias y la desviación estándar para saber qué tipo de relación tienen los factores de culpa y satisfacción de acuerdo al sexo (hombres y mujeres) lo cual queda en claro que el sexo mantiene una relación mínima con los factores, se tendrá culpa y satisfacción independientemente del sexo (Tabla 8).

Tabla 8. Media y desviación estándar de culpa y satisfacción en hombres y mujeres

	N	media	Desviación estándar	
Satisfacción	Mujer	100	2.3419	.68086
	Hombre	100	2.3700	.79886
Culpa	Mujer	100	60.54	16.807
	hombre	100	59.19	14.726

La correlación de Pearson entre la satisfacción y el tipo de IMC encontró que existe correlación estadísticamente significativa de ($r=-.172$; $N= 200$; $p<.05$). A diferencia de la culpa relacionada con el IMC la cual muestra que no existe diferencia significativa entre ellos. Al analizarse los datos entre hombres y mujeres en respuesta a la satisfacción y la emoción de culpa se encontró que; los hombres mostraron una respuesta ante la satisfacción de 2.36, y las que las mujeres de 2.34 con una mínima diferencia de .02 mostrando que los hombres tienen una mayor respuesta ante la satisfacción, en cuanto a la emoción de culpa los hombres mostraron una respuesta de 62.0 y las mujeres de 64.0

mostrando que las mujeres tienen mayor respuesta ante la culpa que los hombres.

Se analizó con correlaciones la emoción de culpa y la satisfacción de las mujeres y los hombres en relación con el tipo de IMC en la cual las mujeres mostraron tener una mínima o casi nula relación estadísticamente significativa entre estas variables, en comparación con los hombres los cuales no mostraron relación (Tabla 9).

Tabla 9. IMC en mujeres

Modelo	Sig.
(Constante)	.000
1 Satisfacción	.043
Culpa	.068

Los encuestados en el presente estudio generaron una respuesta favorable al responder en el pictograma (Sig=.000, probabilidad $p < .05$). Los adultos se representaron mayormente en normo peso y sobrepeso según el pictograma, y los que se representaban en menor medida fueron bajo peso y obesidad (Figura 5). Así, en cuanto a hombres y mujeres se puede observar que los hombres se representan con obesidad más que las mujeres, en cuanto a normo peso se representan más mujeres que hombres y en el sobrepeso casi de igual manera. (Figura 6).

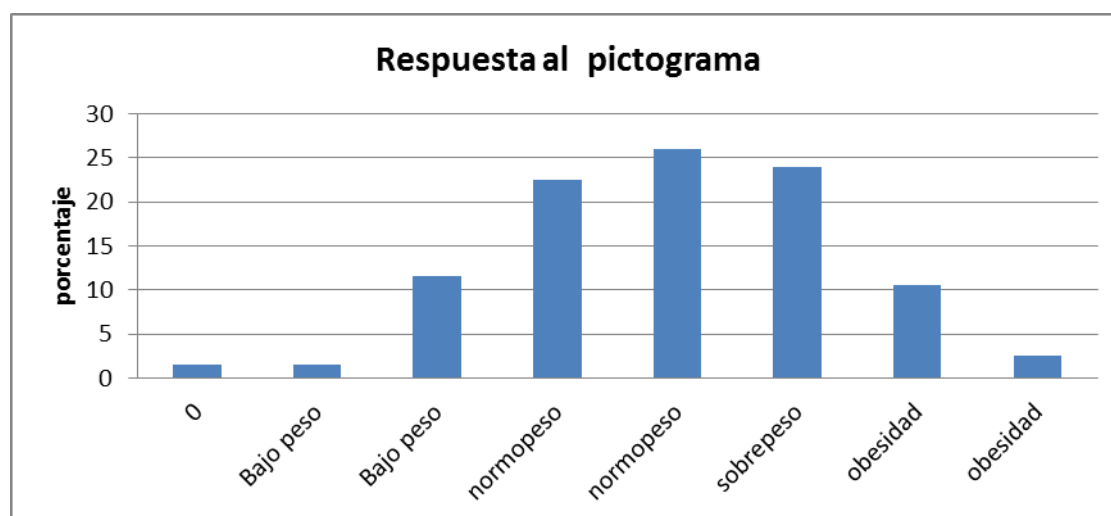


Figura 5. Representación de los sujetos en el Pictograma.

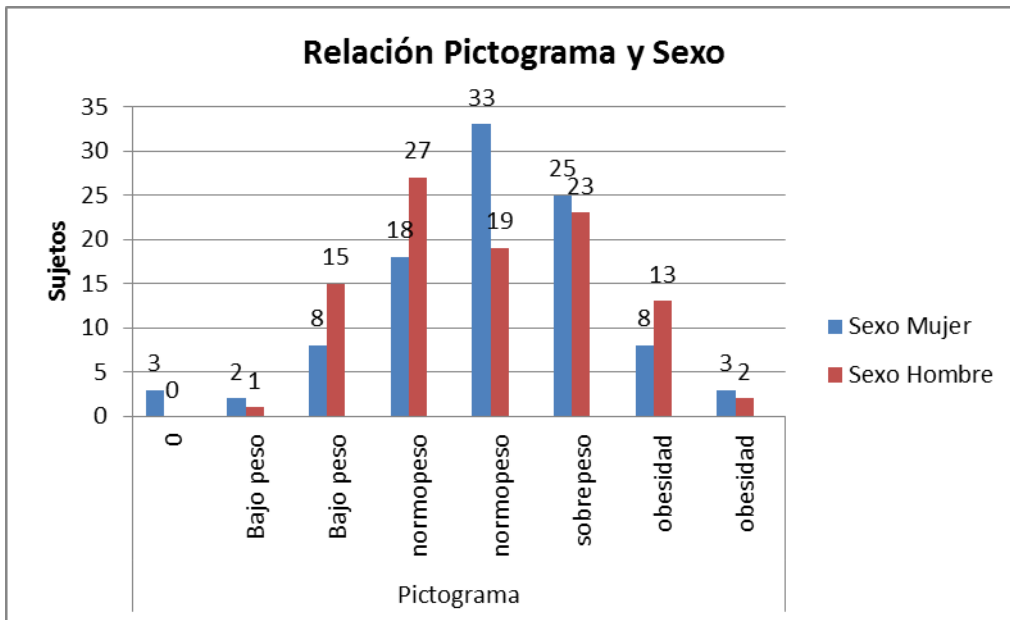


Figura 6. Pictograma Hombres y Mujeres.

Con respecto a la relación del pictograma con el tipo de IMC, se obtuvieron datos muy significativos y alentadores, ya que las personas que se manifestaron en tener un normo peso al representarse en el pictograma se colocaron en un bajo peso, sin embargo de manera frecuente se colocaron bajo el mismo criterio en la figura que en su peso presentado (Figura 7).

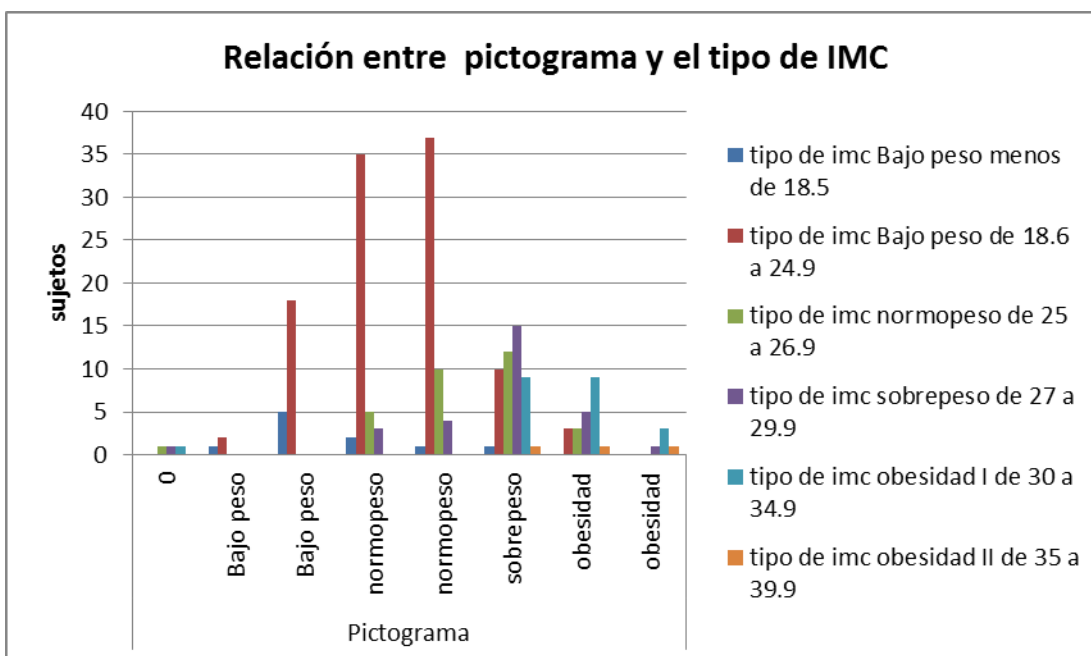


Figura 7. El tipo de IMC en contraste con el pictograma

CAPITULO 4. DISCUSIÓN

En los últimos años la salud ha tomado un papel muy importante, debido a las cifras alarmantes de obesidad, aunque a pesar de los enormes avances que en general ha experimentado México en los últimos años, la desnutrición -por un lado- y la obesidad infantil -por otro-, siguen siendo un problema a solucionar en el país.

La desnutrición, que afecta de un modo significativo a la región más sur, y la obesidad, que lo hace en el norte, se extienden a lo largo de todo el territorio mexicano, poniendo de manifiesto la necesidad de aumentar los esfuerzos en promover una dieta saludable y equilibrada en todos los grupos de edad, con especial hincapié en niños, niñas y adolescentes, sin dejar a un lado a la población adulta, ya que de esta última depende que la nueva generación se enfrente a los problemas de esta índole.

Actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos. Problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar. UNICEF Mexico (2014)

Debido a los factores mencionados anteriormente podemos decir que la imagen corporal hoy constituye la base de muchos estudios desde el punto de vista sociológico en virtud de que la percepción de la misma es uno de los factores de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos trastornos ya no constituyen solamente un problema de salud pública en los países desarrollados, sino también en aquéllos donde su perfil de salud está caracterizado por altos niveles de pobreza.

Por lo anterior mencionado no se puede dejar de lado a las emociones y la implicación que tienen estas en nuestra vida. Reeve (1994) define a las emociones como fenómenos multidimensionales, son estados afectivos subjetivos, respuestas biológicas y reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa; además de fenómenos subjetivos, funcionales y sociales. Se dice que la emoción es un constructo que tiene como

propósito unir al componente funcional- expresivo, fisiológico y cognoscitivo-subjetivo. El componente funcional tiene que ver con el bienestar de la persona que siente la emoción, la parte expresiva es la conducta y la comunicación de las emociones a los demás.

Dada la importancia que las emociones tienen a lo largo de nuestras vidas se creyó importante saber si la imagen corporal de las personas adultas se relacionaba con la satisfacción o con la emoción de culpa. Dando como resultados una relación significativa respecto la satisfacción con el IMC, sin embargo con respecto a la emoción de culpa no mostro relación significativa con el IMC.

De igual manera se encontró que las mujeres mostraron más respuesta a la satisfacción asociado con el tipo de IMC, en comparación con otros estudios realizados como Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud, muestra que las mujeres están más insatisfechas

Aunque en nuestro marco teórico no mencionamos la importancia de la ocupación y la función que esta cumple en nuestra salud, en los resultados obtenidos de nuestra población si es predominante, y esto se debe a que la población que más apporto en nuestro estudio es la de estudiantes con un 56%, reportando una relación estadísticamente significativa entre el Tipo de IMC/ Ocupación, dada la importancia que representa esta cifra y tienen una mayor participación en los hombres que fueron 77 con respecto a las mujeres que fueron 53, podemos mencionar que siendo una época en la que la transición epidemiológica, la muerte y las conductas de riesgo que se viven en los países desarrollados y en vías de desarrollo han cobrado mayor relevancia, incrementando la demanda no sólo del número de personas que requieren acceso a una buena atención en hospitales y consultorios, sino de la participación de diversas instancias o sectores donde los individuos sean provistos de herramientas que les permitan hacer frente a las situaciones que les enferman; enfocando diversas estrategias en la prevención y promoción del autocuidado de la salud, generando escenarios que permitan el desarrollo de estilos de vida saludable, sobre todo en aquellas

poblaciones más vulnerables como son los adolescentes y adultos jóvenes (OPS 2005), (Lange I., & Vio F. 2006)

Se reconoce al sexo femenino, los adolescentes y adultos jóvenes (entre 12 y 25 años) como los grupos más vulnerables a desarrollarlos DSM-IV-TR (2002); Díaz B. et al. (2003), además han dejado de ser exclusivos de países desarrollados, occidentales y de clases económicas altas, pues en la actualidad afecta de igual manera a países en vías de desarrollo y clases sociales bajas, en donde también existe una sobrevaloración de la apariencia física y la delgadez (Klein D., & Walsh B. 2003)

Con respecto a los resultados de los instrumentos: las medias de Culpa y Satisfacción con relación al sexo (hombres y mujeres) no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres y los hombres, responden de manera similar. Al relacionar a la emoción de culpa y a la satisfacción de manera general con el IMC, mostraron diferencias significativas para satisfacción con un $p < .015$. Tomando en cuenta la revisión de la teoría está menciona que la culpa según Denoius (2004) relacionadas con el cuerpo se asocian con el deseo de lograr un cuerpo ideal y evitar un cuerpo no deseado. En este estudio la emoción de culpa relacionada con la variable imagen corporal y su satisfacción se aprecia que los adultos tienden a mantener un cuerpo “ideal” y evitar un cuerpo no deseado socialmente.

La culpa relacionada con el cuerpo predice de manera positiva conductas sanas y moderadas para regular el peso corporal (Denoius, 2004).

Por otra parte la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal que si se encontró una diferencia significativa de $p < .015$ podemos mencionar que en la revisión literaria se encontró la relación entre el exceso de peso corporal y el malestar psico-emocional condicionan el nivel de satisfacción con la vida, ya que la presión social para ser delgado afecta cada vez más y de manera significativa a las personas (Moreno et al., 2009).

A pesar de que la presión social a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, este fenómeno es ya también evidente en los varones. Los hombres suelen y desean pesar mas

no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular; en este sentido cumplir con los estándares de cuerpos musculosos, que a diario y de manera indirecta, los medios de comunicación buscan introyectarles, (Cruz et al. 2005); (Espina et al. 2001)

Pictograma e índice de masa corporal: arrojó datos favorables en la Sig .000, probabilidad $p < .05$ por parte de los sujetos, los adultos se representaron mayormente en normo peso y sobrepeso según el pictograma, y los que se representaban en menor medida fueron bajo peso y obesidad. Así, en cuanto a hombres y mujeres se puede observar que los hombres se representan con obesidad más que las mujeres, en cuanto a normo peso se representan más mujeres que hombres y en el sobrepeso casi de igual manera.

Con respecto a la relación del pictograma con el tipo de IMC, se obtuvieron datos muy significativos y alentadores, ya que las personas que se manifestaron en tener un normo peso al representarse en el pictograma se colocaron en un bajo peso, sin embargo de manera frecuente se colocaron bajo el mismo criterio en la figura que en su peso presentado, con esto no podemos asegurar que presentan una satisfacción con su imagen corporal pero si se puede decir que la población encuestada no presenta alteraciones en su Imagen Corporal, lo cual de acuerdo con la teoría, cuando la imagen corporal está distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos. Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en ese caso, de inexactitud, con que las personas estiman sus dimensiones corporales. La segunda, denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción – insatisfacción con el mismo, (Rosen, J. 1995); (Raich R. 2004); (American Psychiatric Association DSM- IV 1994).

CAPITULO 5. CONCLUSION

Se puede concluir que la realización de los cuestionarios, **CUESTIONARIO PACUL-G**, de culpa y el **SATISFA-GAD 2012** de satisfacción con fin de piloteo ambos instrumentos pueden ser replicados ya que son válidos y confiables para obtener los factores provocadores de la emoción de culpa y de satisfacción con la imagen corporal en la población adulta de hombres y mujeres.

En los últimos años se ha hecho más obvio que las presiones sociales ejercidas a través de un ideal estético corporal valorado por la cultura como la delgadez, las burlas que pueden acompañar al hecho de ser gordo o gorda, así como la consiguiente insatisfacción con la propia figura, podrían estar en riesgo para el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento psicológico.

La emoción de culpa y la satisfacción relacionadas con el IMC están vinculadas a los comportamientos en la sociedad en general, puesto que se demuestra que la aceptación de uno mismo. La comparación del sexo se suma de manera importante debido a que la respuesta a los pictogramas de los cuestionarios se obtuvo una mayor respuesta por parte de las mujeres que de los hombres esto demuestra que efectivamente la mujer presta más atención a la imagen corporal para sentirse mejor consigo mismas.

Las limitaciones que se observaron al momento de analizar los resultados, fue la edad contemplada para el estudio y la cantidad de encuestados, ya que debido a la falta de control respecto a la cantidad por edades de encuestados, se presentó una mayor participación en estudiantes y empleados y poca participación en las demás ocupaciones, debido a esto el estudio se limitó a una población en específico en lugar de ser una investigación más general en la población adulta como se pretendía.

A manera de sugerencia pediría que se coloque un límite de cuestionarios por edades para abarcar cada población y tener factores más diversos, tanto para la emoción de culpa como

para satisfacción así en futuras investigaciones o estudios se responderían a todas sus preguntas. O en contraste colocar una rango de edad menor para obtener datos satisfactorios.

CAPITULO 10. REFERENCIAS

- American Pssychiatric Association (1994). DSM IV .*Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edicion. Washington.
- American Psychiatric Association; (2000). Diagnostic and Statical Manual of Mental disorders. Th. Ed. Text review. Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Arellano A., (2012). *Satisfacción con la imagen corporal en adolescentes de una escuela secundaria al sur del Distrito Federal*". (Tesis de especialidad en endocrinología). UNAM, Facultad de Medicina, IMSS, México
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Estadístico y diagnóstico de enfermedades mentales. (1994) DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos, Barcelona Editorial MASSON.
- Asociacion Psiquiatrica Americana (2003). Manual diagnostic y estadistico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). España, Masson.
- Beumont, P., AL-Alami, M. & Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: Use of the Quetelet's body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405
- Buss, A. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Brownell, k. D. (1993). Whether obesity should be treated. *Health Psychology*, 12(5), 339-341
- Bruch H. (1962). Perceptual disturbance in anorexia nerviosa. *Psychomatic Medicine* 24:187-194.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Cafri G, Yamamiya Y. Brannick, & Thompson K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: a meta- analysis. *Clinical Psychology: science Practice* 12, 443-446
- Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.

- Campos J. J, Campos, R. G. & Barret, K. C. (1989). Emergent themes in study of emotion regulation. *Development Psychology*, 25,394-402.
- Cash TF, Deagle EA. (1997). The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta analysis. Chichester: Wiley and Sons;.
- Cash, T., Winstead, B. & Janda, L. (1986). Body image survey report: the great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-44.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T.E. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F. (1994). Body-image attitudes: Evaluation, investment and affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(2), 1-1170.
- Castellanos J., Garcia J., Sanchez J., Santiago H., (2005). *Fundamentos de metodología experimental en psicología*. Mexico: UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Cattarin, J. A. & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2(2), 114- 125.
- Castro G. & Godines S. A. (1997). *Obesidad: Medicina Interna de Mexico*. Actualidades 1. 2-18.
- Clemente, A. (1997). *Inventario de Satisfacción Personal y Relaciones Sociales*.
- Cichelli, V. (2001). *La construcción de l'autonomie. Parents et jeunes adultes face aux études*. París: PUF.
- Cohn L. D. & Adler N. E. (1992). Female and male perceptions of ideal body shapes: Distorted views among Caucasian college students. *Psychol Women Quart* 16, 69-79-
- Corijn, Martine (1996), "Transition into Adulthood in Flanders. Results from the Fertility and Family Survey 1991-92", *nidi cbgs Publications*, núm. 32.
- Cope, M., Fernández, J. & Alison, D. (2004). Genetic and biological risk factors. En J. Thompson (Ed.). *handbook of eating disorders and obesity*. New Jersey: John Wiley & Sons.

- Cruz S, & Maganto M. (2002) Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Rev de Psicol Gral y Aplic.*; 55(3): 455-473.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1998). Recent studies on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41
- Díaz BM, Rodríguez MF, Martín LC, Hiruela RM. Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención primaria a la salud*. 2003, 32 (7): 403-409.
- Dolto, F. (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.
- Eckman, P. (1994). Moods, emotions and traits. En: P Eckman & Holmgren, R. (1996). The relations of regulations and emotionality to problem behavior in elementary school. *Development and Psychopathology*. 8, 141-162.
- Erikson, Erik (1968, 1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Espina A, Asunción OM, Ochoa AI, Yanes A, Alemán A. (2001) La imagen corporal en los trastornos Alimentarios. *Psicothema.*; 13(04): 532-538.
- Fabian, L. J. & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-74.
- Facchini M. (1999). Imagen corporal. En: Labanca R, Ortensi G & Facchini M. (Eds). *Trastornos alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA, 156-164.
- Fernández-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández -Ballesteros, R. (1997) calidad de vida en la vejes. Condiciones diferenciales. *Intervencion psicosocial*, ó (1), 21-35.
- Ficchini, M. (2002). Visicitudes de la imagen corporal en la obesidad . *Actualidad Psicológica*.

- Fontaine J. Estas C. & Corveley J. (2001) Análisis componencial de experiencias de culpa y vergüenza en Lima: reporte preliminar. Universidad Católica de Lovaina Lovaina, Bélgica Persona 4, 2001, 201-224
- Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S.J.H. Biddle, K.R. Fox y S.H. Boutcher (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-Being* (pp.88-118). Londres: Routhledge.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20.
- Friedman, M. A. , Schuwartz, M. B. & Brownell, K. D. (1998). Differential relation of psychological functioning with the history and experience of weight cycling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 646-650.
- Frijda, (1994) Varieties of affect: emotion and episodes, moods and sentimente. En: Ekman y R.J. Davidson(Eds.), *The nature of emotion: fundamental questions*, (pp. 59-67). Nueva York: Oxford University Press.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge university press.
- García L, Garita S. (2007) Relación de la entre la insatisfacción de la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Ciencias del Ejercicio y la Salud.*; 5(1):9-18.
- Gardner, DM (1998): *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. 2ª Edición. Tea ediciones.
- Gilligan, C. (1981). Moral development in the collage years. En A. Chikering (Ed.), *the modern America college: Responding to the new realities of diverse students and a changing society* (pp. 139-156). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldberg, C. (1988). Replacing moral masochism with a shame paradigm psychoanalysis. *Dynamic Psychotherapy*, 6 (2), 114-123.
- Gómez M, Veiga OL. (2007) Insatisfacción corporal en adolescentes: insatisfacción con la actividad física e índice de masa corporal. *BMCAFD.*; 7(27): 253-265.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, (1997). *Programas de desarrollo psicológico adulto: creación y validación*.

- Goni A, Rodríguez A, & Ruiz de Azúa S. (2004) Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*; 25(4): 141-151.
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F. & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, Characteristics, and Correlates of Teasing Experiences among Overweight Children vs. Non-overweight Peers. *Obesity*, 13(8), 1392.
- Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw-Hill.
- Horne R. L. Van Vactor J. C. Emerson S. (1991) Disturbed body image in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. Nov; 148 82): 211-5.
- Jackson, T. D., Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2000). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obesity Research*, 8(6), 451-458.
- Kaufman, G. (1994). *Psicología de la vergüenza*. Barcelona:Herder.
- Kaye W. Strober M. Rhodes L. (2002). Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa. In: Castle D. Phillips K. editors. Disorders of body image. Petersfield, Hampshire: *Wrighton Biomedical Publishing*.
- Kirszman D, Salgueiro MC (2002) *El enemigo en el espejo :de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Ed. TEA. Madrid
- Kohlberg, L. (1963). The development of children` orientations toward a moral order: I. sequence in the development of moral thought. *Vita humana*, 6 (1-2), 11-33.
- Klein DA, y Walsh B T. Eating disorders. *International Review of Psychiatry*. 2003, 15:205-216.
- Lahey, B. (1999). *Introducción a la psicología*. Editorial McGraw Hill. España.
- Lang, R J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: *American Psychological Association*
- Lange I, y Vio F. *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior*, Ed. Productos Gráficos Andros Limitados, Santiago de Chile. 2006 p 51

- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passions and reason: Making sense of our emotion*. Nueva York: Oxford University Press.
- Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American psychologist*.
- Levinson, D. (1978). *The seasons of a men's life*. New York: Knopf.
- Maisey D. S. Vale E. L. E. Cornelissen P. L. & Tovee M.J. (1999). Characteristics of male attractiveness for women. *Lancet* ;353:1500-
- Matz, P. E., Foster, G. D., Faith, M. S. & Wadden, T. A. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1044.
- Moreno E.B. & Andía Melero, V. M. (2009). Tratamiento de la obesidad. *Revista siete días médicos* 778, 34-38.
- Muth, J.L., y Cash, T.F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 1438-1452
- Mock, V. (1993). Body image in women treated with breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157.
- Neugarten, B. & Neugarten, D. (1986). Age in the Aging Society. *Daedalus*, 115,1, 31-49.
- Neumark- Sztainer, D. & Haines, J. (2004). Psychosocial and behavioral consequences of obesity. En J. Thompson (Ed.). *Handbook of eating Disorders and Obesity*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Oliviarda R. Pope H. G. Jr, Hudson J. I. (2000) muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psych* 157, 1291-6.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. *ENSANUT* 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006. *Según datos de INEGI, 2005
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001) *Enfoque de habilidades para la vida y un desarrollo social en niños y adolescentes*. Washington DC. p 65.
- Ortony, A. Clore, G.L. & Collins, A. (1988) *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: The Cambridge University Press: Traducción (1996) *Lateoria Cognitiva de las emociones*. Mexico siglo XXI Editores.

- Pablo C. (2005) Fundamentos de Estadística. Encontrado en: <http://www.listinet.com/bibliografia-comuna/Cdu311-6247.pdf>
El día 6/11/2013
- Padgett, J. & Biro, F. M. (2003). Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight, and obesity in African American and Caucasian females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16 (6), 349-354.
- Paquette, M. C. & Raine, K. (2004). Sociocultural context of women's body image. *Social Science and Medicine*, 59 (5), 1047-1058.
- Papalia, E. (2005). Desarrollo Humano. Novena edición. Editorial McGraw Hill. Mexico.
- Probst M. Vandereycken W. Coppenholle H. V. Pieters G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *J Psychosom Res*. Mar-Apr; 44(3-4): 457-64.
- Polivy, J., y Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pope H. G., Gruber A. J. Choi P. Olivardia R. & Phillips K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38 548-57
- Pope H. G. Gruber A.J Mangweth B. Bureau B. de Col C, Jouvent R. Hudson J. I. Body image perception among men in three countries. *Am J Psych* ; 157: 1297-301-
- Pope H. G. Olivardia R. Gruber A .J, & Borowiecki J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord*; 25
- Pruzinsky, T. & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 337-349). N.Y.: Guilford Press.
- Raich R.M. (2000) *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo.* (Ed. Anaya). Pirámide: España.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R.M, Torras, J. & Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, nº 85, Págs. 604-624.

- Raich R.(2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Rev Avances Psicología Latinoamericana* 22, 15-27.
- Rand, C. S. W. & Kuldau, J. M. (1992). Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race, and socioeconomic status. *International journal of eating disorders*, 11 (1), 37-44.
- Rand, S. & Wright, B. (2000). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders*. 28, 90-100.: 65-72.
- Revista Cubana de Enfermería .2010; 26(3)144-154 Recuperado de <http://scielo.sld.cu153>
- Rever, A. S. (1995). *The Pinguin Dictionary of Psychology*. London, England: Penguin Books.
- Rime, B., Mesquita, B. P. Philippot, P. & Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5(5/6), 435-465.
- Rodríguez, L. & Ulate, E. (2000). *Manual de laboratorio en nutrición humana*. San José, Costa Rica: Oficina de Publicaciones, Universidad de Costa Rica
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive Behavioral Practice* 2, 143-166.
- Ross, C. E. (1994). Overweighth and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1), 63-79.
- Rowe, D., McDonald, S., Mahar, M., & Raedeke, T. (2005). Multitrait - multimethod investigation of a novel body image measurement technique. *American Aliance for Health Physical Education, Recreation and Dance*, 76(4), 407-415
- Russek S. (2007). La culpa en el divorcio: Cómo manejar la culpa, para evitar el sufrimiento y el desgaste físico y emocional. Copyright: Recuperado de: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/culpa.html>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Santodomingo J. (1996). Psicopatología de la corporalidad. *Informaciones Psiquiátricas*;146(4):327-40.

- Sinnott, J. (1998). The development of logic in adulthood: Postformal thought and its applications. New York: Plenum Press.
- Sternberg, R. (1988). The triarchic mind. A new theory of human intelligence. New York: Viking.
- Schaie, K (1996). Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal Study. New York. Cambridge University Press.
- Shavelson, R.J. & Bolus, R. (1992). Self-Concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Sheehy, G.(1984) *Las Crisis de la edad adulta*. Barcelona: Grijalbo.
- Silverstein, B.; Peterson, B & Perdue, L. (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of eating disorders*, 5 (5), 895-905.
- Schaie, K.W. y Willis, S.L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid. Pearson Educación.
- Stunkard, A.J., Sorenson, T., & Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. Kety, L.P. Rowland, R.L. Sidman, & S.W. Matthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven Press.
- Thompson K. (1998). *Exacting beauty*. Washington: American Psychological Association;. p. 3-15
- Thompson K. (1999). *Exacting beauty*. Washington: *American Psychological Association*; p. 3-15.
- Thompson, J .K. & Stice, E. (2001). Thin- Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body – Image Disturbance and Eating Pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (5), 181-183.

- Thompson, J. K. Van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S. & Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (3), 293-304.
- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona. Ariel, S.A.
- UNICEF Mexico (2014). Salud y Nutrición- Infancia y salud. Tomado en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Unikel C, Gómez-Peresmitré G. (2004) Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud mental*.; 27 (1): 38-39.
- Vázquez Á., Mancilla JM. (2000) Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC) en población mexicana..
- Wiseman, C. V., Gruminning, F. M. & Gray, J.J. (1993). Increasing pressure to be thin: 19 years of diet products in television commercials. *Eating disorders*, 1(1), 52-61.
- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of international Medicine*, 103(6), 1062-1067.
- Williams, C. & Bybee, J. (1994). What do children feel guilty about? Development and gender differences. *Developmental Psychology*, 30(5), 617-623.
- WHO (OMS) (2011) Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Zabalegui, L. (1997). ¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa. Bilbao: Descleé de Brouwer, S. A.