



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS
DEPARTAMENTO DE BIOQUIMICA-ALIMENTOS**

**TESIS PROFESIONAL:
“MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN Y DE
DISTORSIÓN DE IMAGEN CORPORAL EN UNA
POBLACIÓN DE ESTUDIANTES DE CIUDAD
UNIVERSITARIA”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
QUÍMICO FARMACOBIOLOGO**

**PRESENTAN:
YOLANDA MENA ZEPEDA
MARLEN REYES TEPOX**

**DIRECTORA:
D.C. ADDI RHODE NAVARRO CRUZ**

**ASESORA:
M.E.C. OBDULIA VERA LOPEZ**

SEPTIEMBRE 2016

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, Y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Gracias también a mis queridos maestros que siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado y compañeros que me ayudaron y permitieron entrar en sus vidas en estos casi 5 años de convivir con ellos.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

ÍNDICE

	Páginas
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- JUSTIFICACIÓN	3
3.- OBJETIVOS	4
3.1 Objetivo General	4
3.2 Objetivos Particulares	4
4.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
4.1 Cuerpo y Género	5
4.2 Conceptos de Imagen Corporal	6
4.3 Componentes de la Imagen Corporal	8
4.4 Alteraciones de la Imagen Corporal	10
4.5 Insatisfacción de la Imagen Corporal	11
4.6 Imagen Corporal Positiva y Negativa	13
4.7 Percepción y Distorsión de la Imagen Corporal	14
4.8 Factores predisponentes de la Insatisfacción y Distorsión Corporal	16
4.9 Evaluación de la Imagen Corporal	18
4.10 Métodos Utilizados en la Evaluación de la Imagen Corporal	19
4.11 Procedimiento de la Evaluación de la Imagen Corporal	20
4.12 Trastornos de la Conducta Alimentaria	22
5.- DIAGRAMA DE TRABAJO	26
6.- MATERIALES Y MÉTODOS	27
6.1 Materiales	27
6.2 Participantes en el estudio	27
6.3 Criterios de inclusión	27
6.4 Criterios de exclusión	27

7.- METODOLOGÍA	28
8.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
8.1 Características de la población	32
8.2 Circunferencia de Cintura	33
8.3 IMC (Índice de Masa Corporal)	35
9.- CONCLUSIONES	47
10.- RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	48
11.- BIBLIOGRAFÍA	49
12.-ANEXO	57

ÍNDICE DE FIGURAS	Páginas
Figura 1. Componentes de la Imagen Corporal	9
Figura 2. Estructura de la figura hipotética del concepto de la Imagen Corporal.	12
Figura 3. Alteraciones por una Imagen Corporal Negativa	14
Figura 4. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner	30
Figura 5. Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)	31
Figura 6. Edad de la Población Estudiada	33
Figura 7. Índice de Masa Corporal de la Población en función del sexo.	37
Figura 8. Índice de Insatisfacción e Índice de Distorsión de la Población en estudio en función al sexo.	38
Figura 9. Análisis de los datos obtenidos de la encuesta BSQ	39
Figura 10. IMC Bajo con Subestimación e Insatisfacción	40
Figura 11. IMC Normal con Sobrestimación e Insatisfacción	41
Figura 12. IMC Normal sin Distorsión e Insatisfacción	42
Figura 13. IMC Normal con Subestimación e Insatisfacción	42
Figura 14. IMC Normal sin Insatisfacción y con Subestimación	43
Figura 15. Sobrepeso con Insatisfacción y Sobrestimación	43
Figura 16. Sobrepeso con Subestimación e Insatisfacción	44
Figura 17. Obesidad con Subestimación e Insatisfacción	45
Figura 18. Obesidad con Sobrestimación e Insatisfacción	45

ÍNDICE DE TABLAS	Páginas
Tabla 1. Cuadro descriptivo de los métodos utilizados para realizar las medidas antropométricas	28
Tabla 2. Características generales de la muestra objeto de estudio en función del sexo ($X \pm DS$)	32
Tabla 3.- Clasificación de Riesgo Cardiometabólico de acuerdo a perímetro de cintura (cm)	34
Tabla 4.- Resultados de Riesgo Cardiometabólico de la Población en estudio	34
Tabla 5.- Clasificación del índice de Masa Corporal Según la OMS	36
Tabla 6.- Índice de distorsión en relación al Riesgo de Conducta Alimentaria	46
Tabla 7.- Índice de insatisfacción en relación al Riesgo de Conducta Alimentaria	46

RESUMEN

El concepto de imagen corporal ha ido cambiando y enriqueciéndose gracias a sucesivas investigaciones. La imagen corporal es un constructo dinámico que se puede describir como un intercambio de sentimientos, percepciones, actitudes, creencias hacia el cuerpo, entre la persona y su contexto social. El presente trabajo intenta explicar cuál es la percepción que tienen los jóvenes universitarios de su propio cuerpo, en estos tiempos de globalización, consumismo e ideales erróneos de perfección.

Se solicitó para esta investigación la participación de 500 personas de entre 18 y 25 años que estudian las diversas licenciaturas en Ciudad Universitaria de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el periodo de Agosto- Diciembre 2015. En la población antes mencionada la mayoría presentó normopeso: 219 mujeres (43.8%) y 149 hombres (29.8%), la media de edad fue de 21 años. Con respecto a la medida de circunferencia, de acuerdo con este parámetro los hombres presentaron 36.8% de bajo riesgo cardiometabólico y las mujeres presentan 32%, indicativo de que la mayoría tiene la medida adecuada de grasa abdominal. De acuerdo al Índice de Distorsión (diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada, referida a la percepción alterada de las dimensiones del cuerpo) un 83% lo presenta, en cuanto al Índice de Insatisfacción (diferencia entre la imagen percibida y la real alude a sentimientos y emociones negativas hacia el cuerpo) la refiere el 91.6%. Es importante mencionar que a pesar de los datos obtenidos el nivel de preocupación que presentan los jóvenes universitarios es mínimo en un 80% de ellos ya que no tienen un interés importante en modificar su imagen corporal, teniendo otras prioridades en su vida universitaria.

1.- INTRODUCCIÓN

Las primeras referencias de imagen corporal y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX. Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En sucesivas investigaciones su definición de imagen corporal conjuga aportaciones de Fisiología, Psicoanálisis y Sociología, definiéndola como: “*La imagen corporal es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*” (Schilder, 1950).

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental, social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. En 1992 se agregó a la definición de la OMS: “y en armonía con el medio ambiente” ampliando así el concepto. Además, la OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Al realizar una relación entre la imagen corporal, los conceptos de salud y calidad de vida definidos por la OMS, el peso corporal no sólo tiene influencia en el aspecto físico, sino en el subjetivo, asociándose con las áreas psicológicas y sociales de la persona.

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2001) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999). En este sentido la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995). La Insatisfacción Corporal la definen diferentes autores como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo (Garner, 1998), para este autor la insatisfacción corporal se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo.

La imagen que uno tiene de sí mismo es una visión que la mente forma y lo proyecta en la apariencia física. Esta visión o percepción de la imagen corporal le puede ser satisfactoria o producir algún malestar, es lo que se llama insatisfacción corporal. Este malestar por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar y que puede degenerar en el inicio de la mayor parte de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y cuerpo ideal” (Toro, 2004).

Se destacan que las personas con Autopercepción de sobrepeso presentaron mayor riesgo de baja autoestima y depresión que los individuos con percepción de imagen corporal normal o de bajo peso. Otros estudios realizados, evidencian que los individuos con autopercepción de sobrepeso son socialmente marginados, además la insatisfacción corporal y la discriminación pueden complicar el comportamiento social y emocional (Maganto y Cruz, 2000).

Actualmente muchos jóvenes manifiestan afinidad hacia una determinada estética impuesta por la sociedad contemporánea, sobre este particular, Fernández y Rodríguez (2004), han manifestado que la población joven presenta una preocupación excesiva por su cuerpo y llevan a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de TCA (Arteaga, 2008).

La distorsión de la imagen corporal consiste en la percepción alterada de las dimensiones y otras características físicas del propio cuerpo. La apreciación de la imagen corporal propia tiene carácter subjetivo y con mucha frecuencia no corresponde con la realidad. Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, son la base de trastornos alimentarios (Toro, 1995).

De este modo, al reducir o eliminar la distorsión y la insatisfacción corporal no sólo permitirá influir sobre la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario, sino también sobre otros problemas frecuentes en los jóvenes: baja autoestima, fracaso académico y social, entre otros (Sánchez y Bernal, 2012).

2.- JUSTIFICACIÓN

Al concepto de cuerpo se le han dado diferentes significados y usos a través del tiempo, en distintas culturas y contextos sociales. En la actualidad se piensa que un cuerpo delgado conlleva a conseguir el éxito, la felicidad, el amor, etc., y esto ha provocado que las personas hagan lo imposible por conseguir un cuerpo delgado, siguiendo desde dietas restrictivas y rutinas excesivas de ejercicios hasta llegar a la cirugía plástica. Todas estas formas de perseguir un cuerpo ideal pueden llevar a caer en la depresión, en trastornos de la conducta alimentaria, como son la anorexia y bulimia, y éstas en casos extremos pueden llegar a conducir a la muerte.

Algunos estudios sugieren que las conductas de riesgos de trastornos de alimentación, como la anorexia y la bulimia en la juventud, se relacionan positivamente con la distorsión de la imagen corporal, por lo que se entiende que a menor distorsión, menos conductas de riesgos, además se asocian negativamente con la autoestima física, por lo que a menor conductas alimentarias de riesgo, mayor va a ser la autoestima y viceversa, es por esta razón que se hace necesario evaluar la relación existente entre la distorsión e insatisfacción por la imagen corporal en jóvenes con las conductas de riesgo de trastornos de alimentación.

3.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Realizar la medición del índice de insatisfacción y de distorsión de imagen corporal en una población de jóvenes universitarios.

3.2 Objetivos Particulares

- 1) Aplicar el test de Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner y el Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ).
- 2) Aplicar las encuestas de medidas antropométricas.
- 3) Realizar el análisis de los datos obtenidos.
- 4) Analizar la relación de insatisfacción corporal y la imagen corporal.
- 5) Verificar la prevalencia de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por la distorsión de la imagen corporal.

4.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.1 Cuerpo y Género

El cuerpo humano es una estructura simbólica que tiene una construcción cultural e histórica por lo cual para su estudio hay que basarse tanto en el cambio, como en la referencia cultural “los estilos de crianza, el tipo de familia, las formas de autoridad, el significado social de los nuevos sujetos, el mantener nuevas relaciones a la cosmovisión (tecnología, nueva ideologías, etc.) determinan el tipo de cuerpo que se le asigna a un sujeto” (Aguado, 2004).

En la ausencia de aclaraciones en las explicaciones biológicas para diferenciar el sexo en incidencia, muchos estudios tienen explicaciones psicológicas y culturales, para decir que el género es un factor que incrementa el riesgo para el desarrollo de problemas con la imagen corporal y los trastornos alimenticios (Jacobi y col., 2004).

Las normas de género no siempre están explícitas, a menudo se transmiten de manera implícita a través del lenguaje, costumbres, hábitos y otros símbolos. Uno de los más importantes transmisores de estas normas es la familia, en donde los roles de hombres y mujeres son claramente marcados. “Hoy en día podemos ver que los límites sociales establecidos por modelos basados en género varían tanto histórica, como culturalmente y que también funcionan como componentes fundamentales de todo sistema social” (Lamas, 1996).

Conforme se acerca la adolescencia la insatisfacción con el cuerpo se vuelve más intensa en las mujeres. Berger (1998) refiere que ellas son más autocríticas sobre su peso y tipo de cuerpo que los hombres. Paxton y col., (1991) encontraron que, con frecuencia, las adolescentes mujeres pensaban que ser más delgada las haría más felices, más saludables, más atractivas y que las volvería más exitosas e incrementaría sus posibilidades de tener citas.

Los constantes mensajes que muestran a la delgadez como ideal, incrementan las probabilidades de que las mujeres se preocupen por el peso y, por ende, elevan las posibilidades de que se sientan insatisfechas con su imagen corporal (Wertheim y col., 2009). Asimismo, de esta población, quienes han dado gran importancia a la

aparición y poseen altas tendencias de comparación corporal, han demostrado ser las más vulnerables a las imágenes y mensajes sociales (Durkin y col., 2007).

En el caso de los hombres están menos influenciados por presiones culturales para estar delgados (King, 1998). Los hombres homosexuales tienen alto grado de trastornos de conducta alimentaria y comportamientos alimentarios anormales así como una elevada satisfacción con su físico frente a hombres heterosexuales. En cuanto a mujeres homosexuales y los trastornos alimentarios a pesar de que son pocos los estudios realizados hasta la fecha, se sabe que reaccionan al estereotipo de feminidad heterosexual de atraer a los hombres (Yager y col., 1988).

En la actualidad debido a la globalización y a la industria del consumismo, se puede observar que ambos géneros ya son afectados pero hay mayor influencia sobre el género femenino en el que ya no es valorado solamente por los fines reproductivos, sino que también es valorado por su belleza y estética por lo que hay una creciente insatisfacción corporal, pues se construye la representación social y prototipo que señalan a la mujer delgada como sinónimo de éxito de aprobación social, en donde se interpreta que “lo que es bello es bueno” y lo bueno es ser delgada. La imagen corporal se configura a partir de un proceso en el que se van construyendo significados, que son aquellas evidencias sobre el cuerpo de la persona que contiene un sentido cultural y que surge en el cuerpo a partir de la experiencia, por esto involucra la sensación, percepción, su afectividad y procesos cognitivos. (Quiñónez y Méndez, 2006).

4.2 Conceptos de Imagen Corporal

- Se maneja en el ámbito educativo la propuesta por Schilder en 1935 “como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente”.
- Para Raich, Torras y Figuera (1996): “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”
- Una concepción más dinámica la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Fisher, 1986).

- Bemis y Hollon (1990) advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo, sentimientos y actitudes hacia él.
- Slade (1994): “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”
- De acuerdo con Rosen (1995), la imagen corporal es un concepto que se refiere: “a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Contemplando aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales”
- Para Baile (2000), es un “constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción de cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal, perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”
- Raich (2000) propone: “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el 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 experimentemos”
- Baile (2003) define la imagen corporal como un “constructo psicológico complejo que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia, que genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.

La imagen corporal se va formando desde la infancia, en donde poco a poco se va percibiendo e integrando nuestro cuerpo. Esta adquisición progresiva se apoya sobre múltiples imágenes visuales, cognoscitivas, afectivas y sociales en la etapa infantil (Brown y col., 1990). Hay que tener presente que todos los cambios se asocian con adquisiciones sucesivas de una imagen corporal la cual va depender según el género, clase social, la etapa de la vida, padres, amistades y maestros

fortalecen la conciencia del cuerpo y la preocupación por el mismo, con esto llega al desarrollo de la imagen corporal, que consiste en percibir al propio cuerpo como único o distintos de los otros (Bruchon, 1992).

El concepto de imagen corporal definida en este trabajo es un conjunto de ideas basadas en anteriores enunciaciones por lo que hace referencia a una actitud hacia el propio cuerpo, y debe entenderse como una categoría psicosocial estructurada cognoscitivamente, perceptualmente y afectivamente a una experiencia de registro visual, algo que es muy importante entender, es que es un proceso que está en constante movimiento y que presenta con gran constancia en la experiencia vivida del sujeto (Rodríguez, 2013).

La imagen corporal de cada individuo, es una experiencia fundamentalmente subjetiva, ya que tiene varias características: es determinada por influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo, además no es estática, es un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida que puede llegar a influir en el comportamiento de las personas (Pruzinsky y Cash, 1990).

Según Aguado (2004) la mayoría de las definiciones asignadas tienen que ver con tres consideraciones importantes.

1. La imagen corporal está integrada por una red de sentimientos, actitudes, sensaciones, percepciones, emociones, interpretaciones y pautas de movimiento a través de la experiencia.
2. La imagen corporal, siempre debe verse como un proceso, es decir, conjunto de acciones y movimientos de intercambio entre una persona y su contexto social que va a designar la estructura simbólica de sí mismo.
3. La imagen corporal tiene memoria o más bien dicho historia y es de suma importancia para la construcción y reconstrucción de la misma.

4.3 Componentes de la Imagen Corporal

En consecuencia, se afirma que la imagen corporal es un constructo formado por tres componentes (Thompson, 1990).

- El perceptivo. Incluye información sobre cómo se percibe el tamaño y la forma de nuestro cuerpo y de sus partes, tanto de las partes como de la globalidad. La alteración de este componente puede dar lugar a sobreestimaciones (percepción mayor que la realidad) o subestimaciones (percepción menor que la realidad).
- El cognitivo-afectivo. Está referido a los pensamientos, sentimientos, actitudes, creencias y valoraciones sobre nuestro cuerpo (satisfacción, insatisfacción, ansiedad, etc.).
- El conductual. Lo constituyen las conductas derivadas de la percepción positiva o negativa del cuerpo y de los sentimientos de satisfacción o insatisfacción asociados a esa percepción, ya sean conductas de exhibición, de evitación, etc.

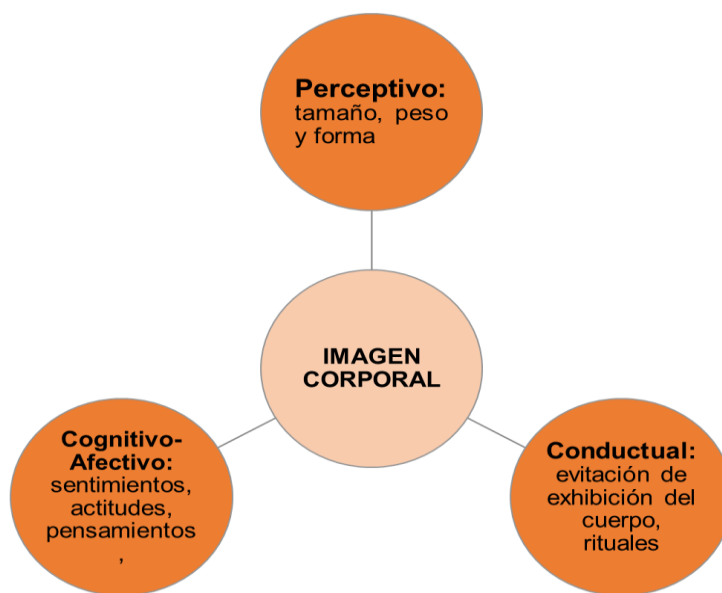


Figura 1. Componentes de la Imagen Corporal según Cash, Pruzinsky (1990) y Thompson (1990).

La imagen corporal implica: perceptivamente, imágenes, valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Argüello y Romero, 2012).

Este concepto amplio de imagen corporal, tiene según Cash (1990) las siguientes características:

- Es un concepto multifacético.
- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”.
- La imagen corporal esta socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente y la inconsciente.

4.4 Alteraciones de la Imagen Corporal

Las primeras referencias en este campo a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término dismorfia (miedo a la propia forma).

Garner y Garfinkel (1981) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

- a) Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal.
- b) Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física.

A partir de este planteamiento, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, que el término distorsión sirve como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño e insatisfacción corporal como expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones pensamientos y actitudes negativas hacia e tamaño y forma del cuerpo. También referida como la discrepancia entre la figura considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Garner, 1998).

Hay alteraciones que se pueden observar al estudiar la imagen corporal, como son: la insatisfacción y satisfacción, la distorsión relacionada con una mala percepción (Thompson y col., 1990)

4.5 Insatisfacción de la Imagen Corporal

Significa la evaluación que realiza un individuo de su propio cuerpo, también puede ser los sentimientos satisfactorios o insatisfactorios que la persona experimenta con su propio cuerpo o parte de el con base en esta se va a dar la aceptación o el rechazo hacia la figura corporal propia (Quiñónez y Méndez, 2006).

Se puede utilizar la expresión “insatisfacción corporal” para denominar el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia la apariencia física. La insatisfacción se puede originar por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente por el descontento con el propio cuerpo (Order, 2003).

Además la Insatisfacción aparece en función del gusto o disgusto que se sienta sobre el cuerpo o parte de él (Flores, 2009). Esta puede ir desde una leve preferencia por cambiar ciertas características corporales hasta graves dificultades asociadas con conductas extremas para transformar el cuerpo o evitar juicios negativos sobre el (Smolak y Thompson, 2009).

A pesar de ello, es difícil saber si se distorsiona el cuerpo porque existe insatisfacción corporal o si, por el contrario, la insatisfacción provoca la distorsión. En cualquier caso, ambos aspectos aparecen como ingredientes ciertos, relevantes

y patógenos de los trastornos alimentarios. Además, es importante recordar que la insatisfacción suele asociarse a síntomas y trastornos depresivos y a una baja autoestima, así como a déficits en habilidades sociales y a una escasa conciencia interoceptiva (Rodríguez, 1997).

La insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas diferentes: como imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal o bien como respuestas negativas al cuerpo. En 1946 la OMS conceptualizó la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. Si se establece una relación entre la imagen corporal con los conceptos de salud y calidad de vida definidos por la OMS, el peso corporal no sólo tiene influencia en el aspecto físico, sino también en el subjetivo, asociándose con las áreas psicológica y social de la persona (Penabad y col., 2013).

Se ha establecido que la insatisfacción da como resultado una imagen corporal negativa, ambos relacionados con trastornos de la alimentación y con otros factores como la autoestima, el autoconcepto e identidad (Sánchez y Bernal, 2012).

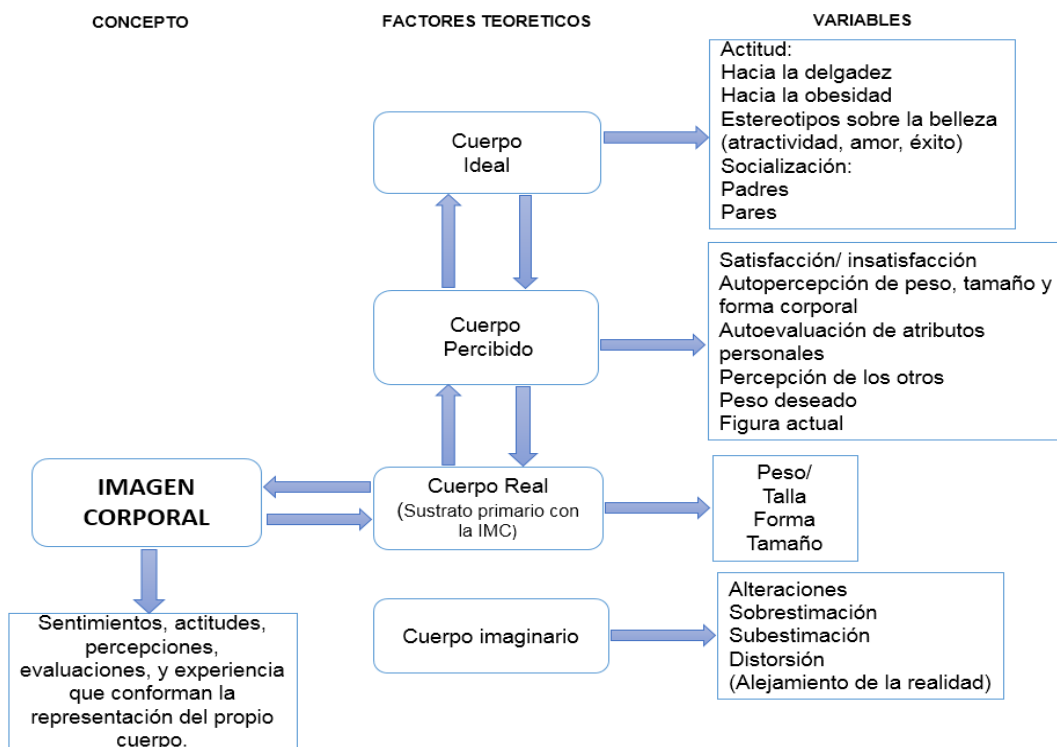


Figura 2. Estructura de la figura hipotética del concepto de la imagen corporal por Gómez Peresmitré (1997).

4.6 Imagen Corporal Positiva y Negativa

Imagen corporal positiva.- Se dice que se tiene una imagen positiva de uno mismo cuando la persona tiene su esquema corporal bien integrado, lo percibe de forma adecuada, se siente bien y cómoda con su apariencia. No es necesaria ninguna condición específica en cuanto al físico para tener una imagen positiva de uno mismo sino que lo importante es, sobre todo, sentirse bien con el propio cuerpo independientemente de si coincide con el ideal establecido por la sociedad o no. Imagen corporal negativa. En este caso pasa lo contrario está relacionada con una insatisfacción de uno mismo, quiere decir que la persona no se siente a gusto consigo misma y su aspecto (Cetraro, 2011).

No es necesaria ninguna condición específica para estar insatisfecho con uno mismo sino que todo depende cómo se percibe y se siente uno respecto a su apariencia. Algunos autores afirman que la evaluación negativa de la apariencia puede extenderse a toda la experiencia de la persona (Kirszman y Salgueiro, 2002).

En la formación de una imagen corporal negativa influyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento. Dentro de los factores predisponentes se encuentran los sociales y culturales, los modelos familiares y amistades, las características personales, el desarrollo físico y el feedback social. Con respecto a los factores de mantenimiento se puede mencionar el suceso activante que hace referencia a que la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social o que alguien cercano solicite un cambio, puede activar el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y producir así un malestar (Salaberria y col., 2007)

Son varios los autores que explican las consecuencias de una percepción de la imagen corporal inadecuada. Así es el caso de Le Boulch, Garner y Garfinkel. Le Boulch defendía que cuando se tiene el cuerpo mal definido se produce un déficit en la relación que existe entre el sujeto y el mundo exterior influyendo sobre tres aspectos esencialmente:

- Percepción del cuerpo: Percibirlo de forma incorrecta ya sea por sobreestimación o por subestimación.

- Motricidad: No sentirse a gusto con los propios movimientos.
- Relación con el otro: Sensación de incomodidad o vergüenza delante de la mirada de los demás.

Garner y Garfinkel, por su parte, situaban los problemas que puede generar una imagen corporal negativa en tres niveles:

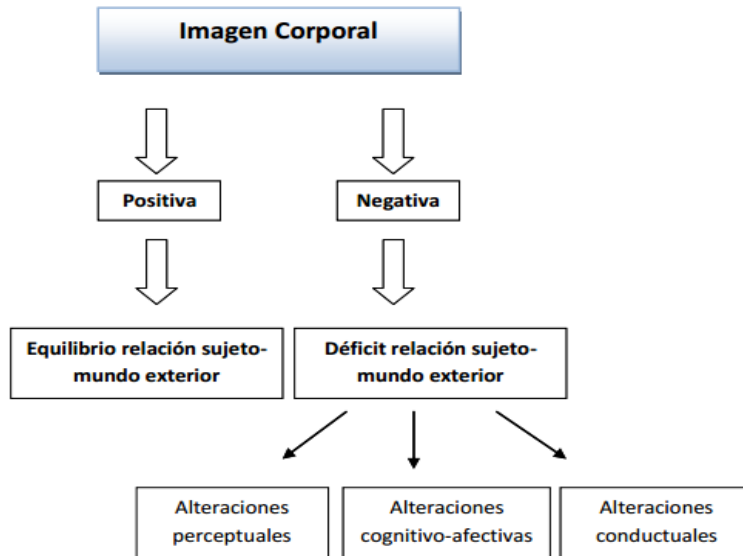


Figura. 3. Alteraciones por una Imagen Corporal Negativa según Garner y Garfinkel.

4.7 Percepción y Distorsión de la Imagen Corporal

Bruch (1962) fue la primera autora en proponer que la distorsión de la imagen corporal, evidenciada por sobre-estimación de su tamaño era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Desde entonces muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno. Garner y Garfinkel (1981) han constatado la sobre-estimación en mujeres con anorexia nerviosa así como también el estudio de la sub-estimación del tamaño corporal de estas pacientes. Además esto también se ha presentado en población normal que suele servir de control en estos mismos estudios tal ha sido la representatividad de este fenómeno entre la población normal que se ha señalado la existencia de una relación entre edad y sobre-estimación (a menor edad mayor sobre-estimación).

La imagen formada en la mente no necesariamente representa al cuerpo fidedignamente. Cuando una imagen corporal no coincide con el cuerpo del sujeto es que se habla de una distorsión de la imagen corporal. La percepción es una función psicológica muy subjetiva en la intervienen gran cantidad de variables relacionadas con la experiencia, la forma de pensar, la motivación, la educación, y la cultura de quien percibe; pero también la actitud que tenga el otro puede modificar esa percepción (Raich, 2001).

Estudios realizados por López y col., (2006) mostraron resultados en los que, teniendo en cuenta la variable sexo, los hombres obtuvieron una mejor autopercepción de sí mismos que las mujeres, con la gran influencia del entorno para la fijación del autoconcepto.

La influencia sobre las autopercepciones de esta presión social a la que se está haciendo referencia confirma que las mujeres jóvenes se preocupan más por perder peso en cambio los hombres jóvenes por perder peso y ganar masa muscular (McCabe y Ricciardelli, 2005).

Dentro de este grupo de población joven motivado por perder peso, cabe destacar que está formado por hombres con sobrepeso y por mujeres que o bien tienen sobrepeso o bien se perciben con sobrepeso, hecho que vuelve a poner de manifiesto las diferencias en el ámbito de la autopercepción de apariencia entre hombres y mujeres (Ingledew y Sullivan, 2002).

Si se analiza esta temática buscando establecer una tendencia de evolución de las autopercepciones en función de la edad, estudios realizados por Ingledew y Sullivan (2002) en adolescentes concluyeron que las diferencias que encontramos a favor de los hombres en los niveles de autopercepción de apariencia aparecen al comienzo de la adolescencia y van disminuyendo conforme avanza la edad, es decir, con el incremento de la edad se constataron reducciones en la intensidad del ejercicio que se producían paralelamente al desarrollo de una percepción negativa de su imagen corporal, afirmación apoyada por el estudio de López y col., (2006). Los profesionales que trabajan en este campo utilizan a menudo la percepción de

la imagen corporal como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen.

La distorsión es la alteración de la percepción que se manifiesta en una incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal. La distorsión de la imagen corporal es el modo en el cual el peso y la forma corporal de uno mismo son experimentadas mediante la influencia indebida del peso corporal en la autoevaluación o la negación de la gravedad del bajo peso corporal. Hay muchos estudios que han demostrado que los sujetos con TCA sobrevaloran significativamente su tamaño corporal (Fichter y col., 1986; Gila y col., 1998; Sunday y col., 1992). Del mismo modo, otros estudios ponen de manifiesto el incremento de la distorsión perceptiva en la población no clínica debido a la preocupación por la imagen corporal (Cruz y col., 2002; Montero, 2004; Olesti-Baiges y col., 2007) y el riesgo que implica padecer un TCA.

4.8 Factores predisponentes de Insatisfacción y Distorsión Corporal

La cultura puede determinar drásticamente los criterios de valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores. Aunque en todas las culturas las características físicas y el atractivo de la mujer reciben mucha más atención que el de los hombres, ésta ha sido la causa de porqué se ha estudiado muy poco ya que se diagnostican con menor frecuencia en donde los criterios estéticos de valoración de estas características han ido cambiando con el tiempo con las distintas sociedades y subculturas. Sin embargo, en nuestro momento actual sucede lo contrario: los medios de comunicación de masas y el acceso al internet tienden a homogenizar globalmente los criterios estéticos, gustos, modas y actitudes (Garner y col., 1998).

A partir de los años 60 el impacto del fenómeno “Twiggy” se impone un ideal estético absoluto de delgadez al menos en las sociedades occidentales y va aumentando socialmente la preferencia por una silueta muy delgada y joven, algo que ha llegado a calificarse de insano y de imposible de conseguir por la mayoría de las mujeres. Paralelamente disminuye la satisfacción de más mujeres con sus cuerpos, aumentan las preocupaciones por perder peso y se produce un incremento

espectacular de los trastornos de la conducta alimentaria. Este ideal es tan penetrante que las mismas valoraciones aparecen ya entre niños de 7 años. Las mujeres en particular están preocupadas e insatisfechas con la zona media de su cuerpo (cintura, caderas, abdomen muslos y nalgas) y en los hombres se preocupan más por la zona del tórax (Tiggerman y col., 1998).

Los factores que intervienen y permiten el desarrollo de insatisfacción y distorsión corporal son familiares, biológicos, psicológicos y socioculturales. Aunque son escasos los datos procedentes del factor familiar se sugiere que la herencia juega un papel en la susceptibilidad para desarrollar algún problema. Biológicamente se han detectado anomalías en la neurotransmisión cerebral, la serotonina es probablemente la más estudiada de todas las sustancias implicadas en el control del comportamiento alimentario y emocional, ya que ejerce una acción inhibitoria de la ingesta, al reducir el tamaño y la duración de la comida sin intervenir en el número de tomas (Kaplan, 1990).

También cabe señalar la presencia habitual de ideas desencadenantes de orden psicológico ya sea predisponentes o como respuesta durante el curso de los problemas, pueden ser de rasgos de personalidad, principalmente obsesivos y que predisponen a la aparición de trastornos de conducta alimentaria (Halmi, 1996).

Sin embargo, aunque todas ellas son importantes, es innegable que existe un ámbito externo que ejerce gran influencia: el social y cultural. La interacción con el entorno y con quienes viven en él, influye en la idea de lo que se considera aceptable, inaceptable, deseable o indeseable para la apariencia (O'Mahony y Halla, 2007; Salazar, 2008; Suzman, 2000). Se ha documentado un cambio más pronunciado a lo largo de las últimas dos décadas en los ideales de belleza femenina hacia un cuerpo más delgado y más irreal. (Grarner y col.,1980; Yates, 1990; Wiseman y col., 1992). Para alcanzar esta idea se adoptan multitud de comportamientos, incluyendo ayuno, se someten a cirugías plásticas o realizar dolorosas e intensas rutinas de ejercicios (Davison y McCabe, 2006; Halliwell y Harvey, 2006; Spettigue y Henderson, 2004).

El comportamiento de la dieta precipita el comienzo de los trastornos de ingesta. La dieta es a menudo la respuesta a la presión social por un cuerpo delgado como concepto ideal de belleza. En los últimos tiempos, se ha creado un descontento normativo con el cuerpo debido a que los estándares sociales de belleza son tan altos que se ha vuelto imposible alcanzarlos por medios saludables (Webster y Tiggeman, 2003).

Estos factores que producen un resultado negativo logrado por fuerzas organizadas de niveles biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Desde esta perspectiva, el grado de influencia de los factores varía en el individuo según la genética e historia personal, la etapa de desarrollo por la que transita, el momento evolutivo en que se encuentra el trastorno y la situación del microsistema (familiar y social) que envuelve a ambos (Halmi, 1996; Walsh y Devlin, 1998).

Grupos de riesgo son aquellos que por distintas circunstancias han experimentado cambios corporales (embarazadas, obesos, adolescentes) o dónde por motivos profesionales se imponen unos estándares de peso bajo (modelos, bailarinas, determinados deportistas). Estos grupos muestran mayores alteraciones de la imagen corporal (Donaire, 2011).

Esto quiere decir que habrían diversas realidades implicadas: las características personales contrastadas con las impresiones e ideas que el círculo social más cercano tenga sobre lo apropiado en cuanto a la imagen. Y a su vez, un contexto más amplio, el cual marca las tendencias y pautas generales sobre la estética proporcionados por medios de comunicación generalmente. A nivel personal; intervienen las sensaciones físicas, percepciones, emociones, valores, rasgos de personalidad, etc. (O' Mahony y Hall, 2007; Suzman, 2000).

4.9 Evaluación de la Imagen Corporal

Las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han centralizado en la evolución de dos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo. La mayoría de las investigaciones se han centrado en la sobreestimación del tamaño corporal en individuos con trastorno alimentario. Sin embargo se ha verificado que

en individuos sin trastorno alimentario, también se dan alteraciones de la imagen corporal, tanto de insatisfacción (con el cuerpo en general o con aspectos de este) o en forma de imprecisión perceptiva (Sánchez y Bernal, 2012).

Puesto que el constructo de imagen corporal es multidimensional (Sands, 2000) se debe evaluar estas dimensiones:

- Dimensión perceptiva: que hace referencia al grado de precisión con que la persona percibe la forma y tamaño de su cuerpo considerando globalmente y de partes de él.
- Dimensión cognitivo- actitudinal: que incluye creencias que el individuo tiene acerca de su cuerpo y partes de este.

A partir de las Dimensión cognitivo- actitudinal: se obtienen respuestas actitudinales que despiertan hacia el propio cuerpo, teniendo un componente conductual.

En general, los métodos de evaluación perceptiva van dirigidos a analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de éste. Es importante tener en cuenta que no es lo mismo preguntar ¿qué tamaño cree que tiene?, a preguntar ¿Qué tamaño siente que tienen, las preguntas en términos afectivos producen mayor sobreestimación que las preguntas en términos racionales (Thompson, 1996).

4.10 Métodos utilizados en la evaluación de la Imagen Corporal

Los procedimientos de estimación global presentan a la persona evaluada su propia imagen, de forma que a través de un simple dispositivo, la persona puede modificar a voluntad sus dimensiones corporales. Las diferentes modalidades en que se presentan los cuerpos del individuo dan lugar a los diferentes procedimientos de estimación ya sean para detectar trastornos de alimentación o para conocer el avance en el tratamiento de este problema. (Madrigal y col., 1999).

- Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger (1983).
- Test de las siluetas de Bell, Kirpatrick y Rinn (1986)

- Test de las siluetas de Colling (1991)
- Test de siluetas de Gardner, Stark, Jackson y Friedman (1999).
- Test de Montero, Morales y Carbajal. (2004).

Los cuestionarios han sido desarrollados para ayudar a captar los matices, las facetas de insatisfacción y distorsión corporal. Estas medidas globales de la satisfacción subjetiva lo que refleja son áreas principales: medidas que evalúan la satisfacción- insatisfacción de lugares específicos del cuerpo y de la apariencia global. (Thompson y col., 1999).

- Body Image Assessment Scale- Body Dimensions.
- Body Satisfaction Scale
- Body Shape Questionnaire
- Multidimensional Body- Self Relations Questionnaire Appearance Evaluation subscale

4.11 Procedimiento de la Evaluación de la Imagen Corporal

Actualmente se han desarrollado básicamente dos tipos de instrumentos para la verificación de las alteraciones de la Imagen Corporal: Evaluación gráfica (evaluación de siluetas) y Evaluación a través de cuestionarios. Diversos han sido los instrumentos que se han utilizado para la evaluación de la imagen corporal (Thompson, 1992; Gardner, 1996; Tiggemann y Lynch, 2001), pero el empleo de siluetas ha demostrado ser de interés, de fácil utilización, ya que permite obtener de forma rápida y sencilla los valores e índices de los dos factores implicados en la imagen corporal negativa: la distorsión y la insatisfacción. La aplicación de instrumentos ha demostrado correlación en las mediciones, por lo que son útiles para realizar tamizajes en población abierta. (Ortega, 2010).

Escala de evaluación de la Imagen Corporal – Gardner (13CS).

Está formada por 13 figuras, de 8 cm de altitud, que representan contornos esquemáticos de las figuras humanas, desprovistas de cualquier atributo, como cabello, rostro, color, ropa o definición muscular.

Las siluetas fueron elaboradas a partir de fotografías frontales calcadas de adultos de ambos sexos, con la altura promedio y la mediana del peso de acuerdo con los datos aportados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para la población americana. A los participantes se les pregunta sobre su imagen corporal percibida y la imagen corporal ideal. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6). La Distorsión de Imagen Corporal (DIC) resulta de la discrepancia de la figura percibida y el peso real. (Rodríguez y col., 2003).

Cuestionario de Figura Corporal

Otro cuestionario como herramienta principal para la elaboración de este trabajo es el Cuestionario de Figura Corporal: BSQ, Body Shape Questionnaire (Cooper y col., 1987). Este cuestionario estaba diseñado para valorar la insatisfacción corporal y preocupación por la figura en personas que sufrían trastornos alimentarios de tipo anorexia y bulimia nerviosa, actualmente se ha modificado para aplicarlo en otras situaciones de esta manera ha demostrado su capacidad para evaluar el malestar por la figura en personas que no sufren de estos trastornos y sirve para discriminar entre personas sin problemas, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios. Consta de 34 ítems que se puntúan en una escala tipo lickert 1-6. (Raich y col., 1996).

Al menos en teoría, cuanto mayor exceda su puntuación ésta cifra, mayor es la distorsión que sufre sobre su figura corporal (López, 2006). 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 inexactitud, con que la persona estima 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 (Thompson, 1990).

4.12 Trastorno de la Conducta Alimentaria

Durante las últimas décadas, se está constatando un incremento de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), los cuales se han convertido en un problema tanto de la salud física como de la mental. Ligadas estrechamente a los TCA se encuentran las alteraciones de la imagen corporal. El DSM-IV incluye la alteración de la imagen corporal como uno de los criterios que hay que tener en cuenta en los TCA. La imagen corporal es un constructo psicológico complejo y se refiere a la imagen mental que una persona tiene de la apariencia física de su cuerpo. Esta alteración tiene connotaciones de distorsión perceptiva y de insatisfacción corporal (Pichot, 1995).

Fue identificada por primera vez como una característica de los trastornos alimentarios por Bruch quien describió a los pacientes con anorexia nerviosa como aquellos que tienen una sobrestimación constante de su tamaño corporal. Tener una distorsión de la imagen corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. La insatisfacción con la imagen corporal es ahora uno de los criterios diagnósticos esenciales tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa. Se han hecho intentos para evaluar objetivamente la imagen corporal en personas con trastornos alimentarios, pero la mayoría de los estudios se han concentrado en las tesis de las relaciones de la imagen corporal a la estimación del tamaño corporal y se han descuidado el componente afectivo y cognitivo de la imagen corporal del individuo (Martínez, 1998).

Los trastornos o desórdenes alimentarios pueden afectar a personas de cualquier edad, pero son mucho más frecuentes en los adolescentes y jóvenes adultos. Esto se explica porque en la adolescencia es un momento de gran vulnerabilidad, donde empiezan a sufrir cambios en cuerpo y en su vida social (Indaragt, 2008).

Algunos trastornos de cambios alimenticios son síndromes de anorexia y bulimia nerviosa (Saldaña, 1999).

La anorexia nerviosa es un trastorno que consiste en pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición, donde hay una disminución

del apetito lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos (Brumberg, 1997).

El término anorexia significa literalmente “pérdida del apetito” sin embargo, esta definición es engañosa ya que las personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre pero rechazan la comida. Estas personas tienen intensos temores a engordar y se ven a sí mismos gordos incluso cuando están muy delgados(a). Estos individuos pueden tratar de corregir esta imperfección limitando la ingestión de comida de manera estricta y haciendo excesivo ejercicio para perder peso (Becker y col., 1999).

La anorexia nerviosa se puede clasificar en dos tipos (Fairbum y Gardner, 1986).

- Anorexia restrictiva: la persona solamente disminuye su ingesta de alimentos sin tener comportamientos de purgarse, inducir el vómito, hacer ejercicio en forma excesiva.
- Anorexia purgativa y/o ingesta compulsiva: se tienen comportamientos como comer compulsivamente, purgarse, inducir el vómito, hacer ejercicio de manera excesiva.

Los atracones han sido practicados desde hace miles de años en donde un atracón consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían. Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad y conductas purgativas (provocación del vómito, y/o utilización de laxantes y/o diuréticos) con la finalidad de ejercer un control sobre el peso y silueta corporal, y una preocupación excesiva como en el caso de la anorexia nerviosa, por su imagen corporal (Fernández y Turón, 1998).

El enfermo de bulimia siempre se ve gordo(a) aun cuando su peso puede ser normal, pero no puede reprimir sus ansias de comer. La limitación de los alimentos impuesta por el propio enfermo le lleva a un fuerte estado de ansiedad y a la necesidad patológica de ingerir grandes cantidades de alimentos (Durand y Barlow, 2006).

En función del tipo de purga que utilizan para compensar el atracón tenemos:

- Tipo purgativo: conducta compensatoria el vómito, los laxantes, los diuréticos, enemas para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.
- Tipo no purgativo: conductas compensatorias como ejercicio físico intenso o hacer mucho ayuno (Durand y Barlow, 2006)

Es importante destacar que existen otras alteraciones asociadas a una distorsión de la imagen corporal con respecto a la salud, como es el trastorno dismórfico. De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (APA) (DSM-IV-TR), el trastorno dismórfico se define como una preocupación excesiva por un “defecto corporal” inexistente o de escasa entidad. Esta preocupación es exagerada, produce malestar e interfiere gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas (Slade, 1986).

Otro tipo de alteración es la vigorexia o dismorfia muscular ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues los sujetos tienden a una restricción alimentaria, donde la preocupación se centra en obtener un cuerpo hiper-musculado, lo que conduce a estas personas (principalmente hombres), a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas, anabolizantes y esteroides para aumentar su masa muscular, con el riesgo que conlleva para su salud (Sandoval, 2001.) Se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo muy musculoso, presentan pensamientos reiterados de preocupación y rituales (dedicar horas a ejercicios de musculación, pesarse continuamente, llevar una dieta específica) que evitan situaciones donde puede ser observado su cuerpo (Pope y col., 2000).

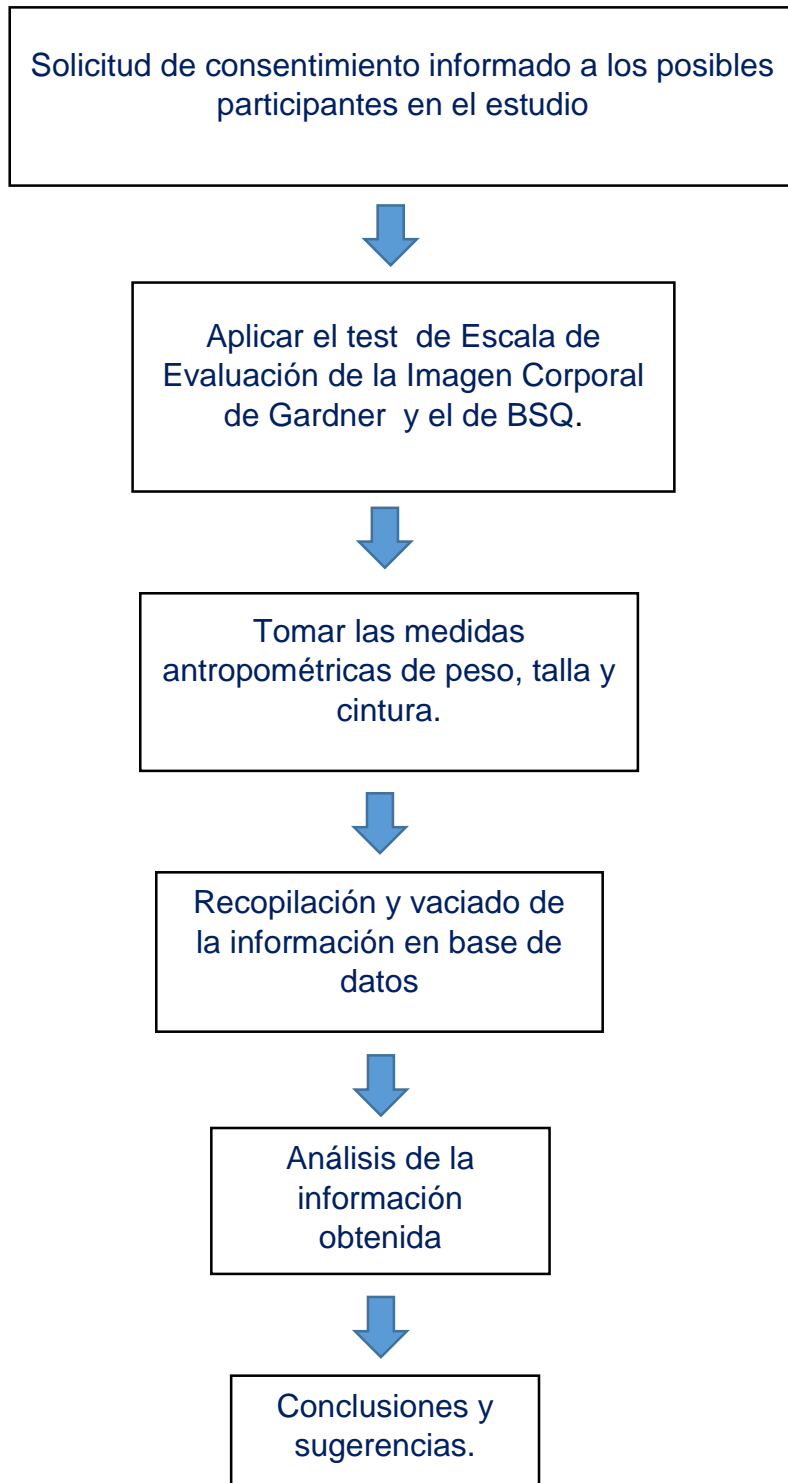
A lo largo de las últimas décadas, se han realizado numerosos trabajos sobre el tratamiento de los trastornos alimentarios (Garner y Garfinkel, 1997); sin embargo, los estudios sobre la imagen corporal han sido básicamente descriptivos y experimentales y se han mostrado más preocupados por el grado de distorsión de

la imagen corporal de estos pacientes en comparación con controles que por el tratamiento específico de este problema (Mora y Raich, 1993).

En torno a la cuestión de cómo instrumentar estos tratamientos, Vandereycken (1990) comparó las distintas orientaciones terapéuticas y distinguió entre procedimientos directos e indirectos. Los procedimientos indirectos están referidos a la reestructuración cognitiva centrada en las terapias reforzadoras del yo, tanto verbales como no verbales, en las terapias ocupacionales y en las terapias basadas en el arte y la creatividad.

Por su parte, en los procedimientos directos se encuentran las técnicas de relajación, el video feedback, la técnica del espejo, el procedimiento del marcado de silueta y la terapia del movimiento o psicomotora (Vandereycken, 1990; Rosen, 1997).

5.- DIAGRAMA DE TRABAJO



6.-MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Materiales

- ❖ Bascula Tanita
- ❖ Cintra métrica seca
- ❖ Papel
- ❖ Computadora
- ❖ Cuestionario de la Escala de evaluación de la Imagen Corporal - Gardner
- ❖ Cuestionario de la Forma Corporal Body Shape Questionnaire (BSQ)
- ❖ Encuestas de medidas antropométricas
- ❖ Impresora

6.2 Participantes en el estudio:

La muestra estuvo constituida por 500 estudiantes, durante el periodo de Agosto – Diciembre 2015. La selección de los participantes fue aleatoria.

6.3 Criterios de inclusión:

- Personas de ambos sexos
- Personas que tengan la edad de 18 a 25 años de edad
- Que estén matriculados en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

6.4 Criterios de exclusión:

- Personas que estén fuera del rango de edad establecido (18 a 25 años).
- Que no pertenezcan a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Personas que se nieguen contestar los cuestionarios.
- Personas que no contesten adecuadamente los cuestionarios.
- Personas que tengan algún Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Por ejemplo: Anorexia, Bulimia, etc).

7.-METODOLOGÍA

Se muestra a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Cuadro descriptivo de los métodos utilizados para realizar las medidas antropométricas
Peso. Fue obtenido con la persona descalza y con la ropa más ligera posible utilizando una báscula digital electrónica.
Talla. Esta medida se realizó con el estudiante en posición erecta o lo más derecho posible, con los talones, los glúteos y la parte media superior de la espalda en contacto con el eje vertical del estadiómetro, brazos extendidos paralelos al cuerpo, pies unidos por los talones formando un ángulo de 45° y la cabeza colocada siguiendo el plano horizontal de Frankfort (línea imaginaria que une el borde inferior de la órbita con el conducto auditivo externo)
IMC o índice de Quetelet. Se calculó a partir de las medidas de peso y talla según la fórmula del índice de masa corporal. $IMC (kg/m^2) = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 (m)$ (Durnin y Fidanza, 1985).
Circunferencia de cintura. La cinta métrica se pasó alrededor del tronco del sujeto en el nivel onfálico manteniendo la horizontalidad de la cinta, la presión ejercida fue leve para evitar la compresión de los tejidos (Morales, 2010).

En este estudio participaron voluntariamente y de forma anónima una muestra no clínica de 500 personas de entre 18 y 25 años que estudian las diversas licenciaturas en Ciudad Universitaria de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el periodo de Agosto- Diciembre 2015.

Se aplicaron personalmente los cuestionarios durante dos meses según la disponibilidad por parte de las investigadoras, en total se aplicaron 500 cuestionarios. A todos los participantes se les explicaron los objetivos del estudio, después se les solicitó su consentimiento informado por escrito, asegurando la confidencialidad de sus datos y el mínimo riesgo de la participación.

Se entregaron dos cuestionarios que facilitaron la evaluación de la imagen corporal, utilizando dos áreas a evaluar divididas en dos hojas respectivamente.

En la primera hoja el Cuestionario de Imagen Corporal (Escala evaluación de la imagen corporal – Gardner) y en la segunda hoja el Body Shape Questionnaire (BSQ).

Escala de evaluación de la Imagen Corporal - Gardner (ver figura 4)

Los estudiantes autorreportaron su imagen corporal seleccionando la silueta que mejor los representó, entre un juego de siluetas numeradas del 1 al 13.

Primero el estudiante señaló con una “P” la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal.

Después con una “D” la silueta que desearían tener.

A continuación, se marcó con una “R” su estimación de la imagen corporal real del estudiante.

Posteriormente se realizaron los cálculos: La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal.

La diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el Índice de Distorsión de la imagen corporal.

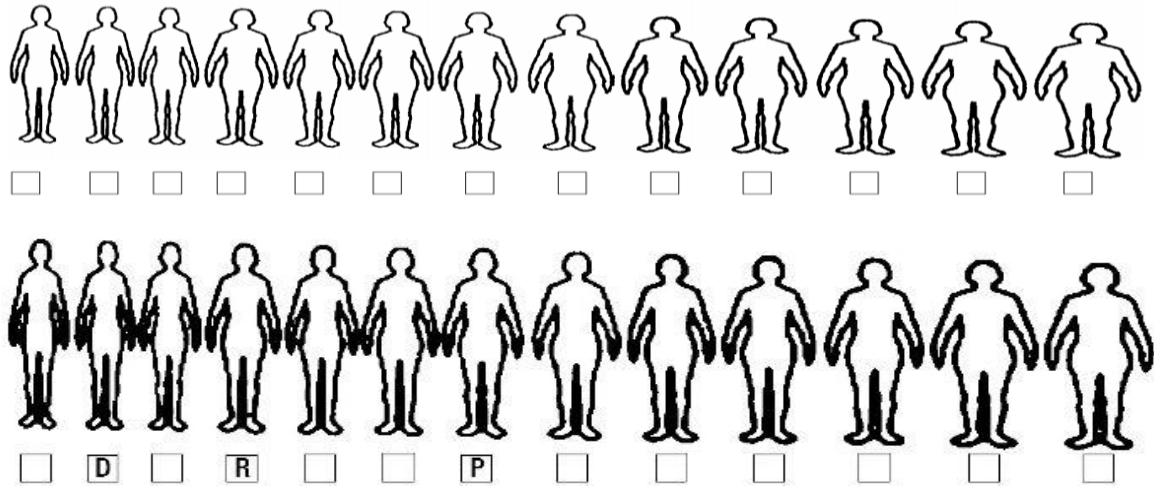


Figura 4. Escala de evaluación de la Imagen Corporal - Gardner. Escala de los trece dibujos del contorno de la figura (13-CS)

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ) (ver figura 5)

Los participantes leyeron cada pregunta y señalaron con alguna marca que identificó su respuesta el número que consideraron que corresponde a su respuesta (“nunca” / “es raro” / “a veces” / “a menudo” / “muy a menudo” / “siempre”)

Después se sumaron las puntuaciones directas de los ítems.

Una vez sumado el total de puntos que obtuvieron en el test, se obtuvo una puntuación numérica para evaluar el grado de preocupación de insatisfacción que presentan los estudiantes.

El punto de corte para la puntuación total se establecido en 105 considerándose una patología al final del test de acuerdo a la literatura consultada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre	
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?							
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?							
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?							
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?							
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?							
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?							
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?							
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?							
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?							
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?							
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?							
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?							
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)							
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
IC15	Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?							
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?							
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?							
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?							
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?							
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?							
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?							
IC22	Te has sentido mas a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?							
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)							
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?							
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean mas delgadas/os que tu?							
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?							
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?							
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?							
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?							
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?							
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?							
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?							
IC33	Te has fijado mas en tu figura cuando estas en compañía de otra gente							
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?							

Figura 5 Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

8.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1 Características de la población

La muestra consultada fue de tipo intencional. Participaron en el estudio 500 jóvenes con porcentajes muy equitativos en género, acordes con la población educativa de esa edad, es decir, una edad comprendida entre 18-25 años. Los sujetos pertenecían a diferentes escuelas o facultades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

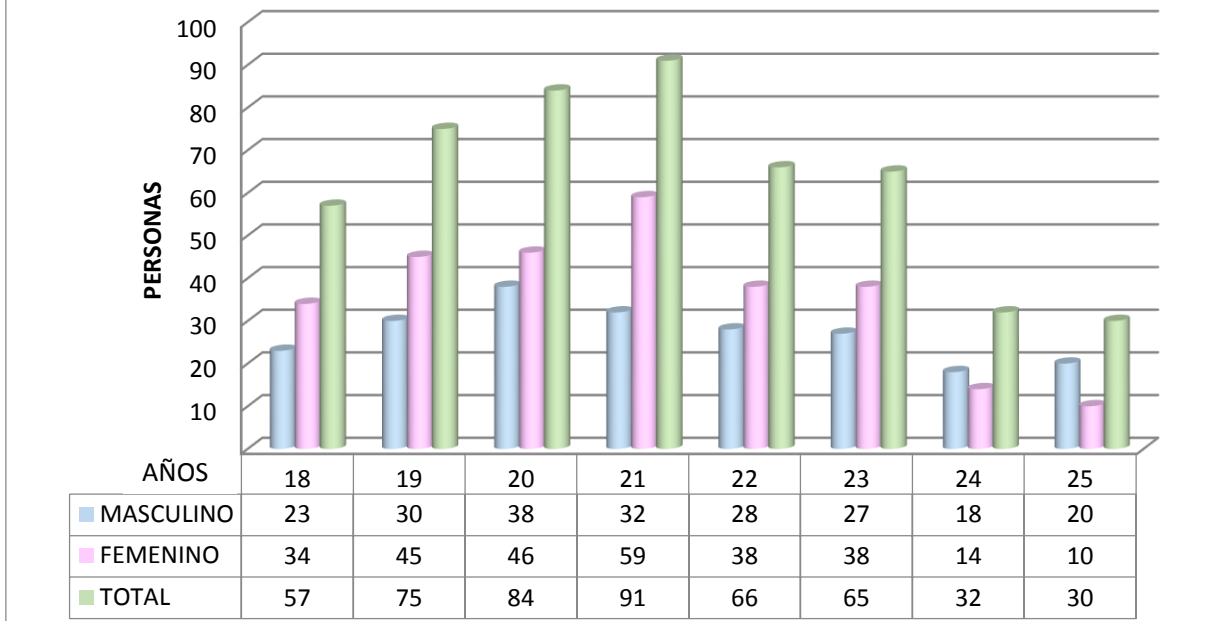
A continuación, en la Tabla 2 se muestran las características generales de la población estudiada, así como sus características antropométricas.

Tabla 2.- Características generales de la muestra objeto de estudio en función del sexo ($X \pm DS$).

EDAD DE 18-25 AÑOS	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
SEXO	216 (43.2%)	284 (56.8%)	500
PESO (kg)	69.96 \pm 10.97	57.08 \pm 8.12	62.65 \pm 11.40
TALLA (m)	1.70 \pm 0.063	1.58 \pm 0.060	1.63 \pm 0.0879
IMC (kg/m²)	23.94 \pm 3.14	22.79 \pm 2.74	23.28 \pm 2.97
CINTURA (cm)	83.35 \pm 10.90	77.84 \pm 10.43	80.22 \pm 10.97

Como se desprende de la Figura 6, el grupo más representativo tanto en hombres como en mujeres fue el de 21 años de edad, edad en la que la mayoría de los autores coinciden en que inicia la juventud y termina la adolescencia tardía.

Figura 6. Edad de la Población estudiada



8.2 Circunferencia de Cintura

Este parámetro ha sido propuesto como el mejor indicador antropométrico de la relación de riesgo a padecer enfermedad cardiovascular en México.

En forma generalizada se considera riesgo a un valor superior a 100 cm, pero si se relaciona la circunferencia de la cintura con el sexo, la OMS en 1998 establece el grado de riesgo metabólico o de aparición de complicaciones. Los puntos de corte propuestos por la OMS para identificar obesidad abdominal se pueden percibir en la Tabla 3 a continuación.

Tabla 3.- Clasificación De Riesgo Cardiometabólico de acuerdo a Perímetro de Cintura (Cm)		
RIESGO CARDIOMETABOLICO	MUJERES	HOMBRES
BAJO	<80cm	<94 cm
AUMENTADO	80-88 cm	94-102 cm
MUY AUMENTADO	>88 cm	>102 cm

Clinical Guidelines 1998

Con respecto a la medida de circunferencia de la muestra de estudio se realizó un análisis por sexo con respecto a los datos aportados por la OMS, se puede notar en la Tabla 4 que los hombres con un 36.8% tienen un porcentaje mayor de bajo riesgo, en el caso de las mujeres tienen un 32% lo cual indica que la mayoría de la población tiene la medida adecuada de grasa abdominal.

Tabla 4.- Resultados de Riesgo Cardiometabólico de la Población en estudio		
RIESGO CARDIMETABÓLICO	MUJERES	HOMBRES
BAJO	160 (32%)	184 (36.8%)
AUMENTADO	76 (15.2%)	24 (4.8%)
MUY AUMENTADO	48 (9.6%)	8 (1.6%)

En el caso de riesgo aumentado las mujeres presentan un porcentaje de 15.2% el cual es mayor en comparación a la de los hombres que es de 4.8%, es importante trabajar con este grupo ya que representan el 20% de la población estudiada que se encuentra predispuesta a tener mayores problemas de salud al aumentar las medidas de cintura por lo que es mejor prevenir para disminuir las alteraciones metabólicas que pueden llegar a presentar ya que las personas en un futuro pueden padecer síndrome metabólico que conlleva a dos veces más riesgo de morir por un infarto agudo al miocardio, tres veces más probabilidades de sufrir un derrame cerebral, además de un riesgo de cinco veces mayor de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y un riesgo dos veces mayor de morir a causa de un evento de este tipo, en comparación con las personas sin el síndrome (Ferraz y col., 2013)

Se encuentran con riesgo muy aumentado 11.2% de la población entrevistada siendo un 9.6% las mujeres y 1.6% de hombres por lo que se aconsejaría tener un tratamiento para mejorar el estado de salud en el que se encuentran basándose en tres aspectos importantes: nutricional, psicológico y físico.

En el aspecto nutricional se debe informar a las personas del estado de salud en el que se encuentran para concientizarlas del riesgo que presentan y con ello seguir un plan de alimentación adecuado que ayude a mejorar el estado de salud, además es importante recibir ayuda psicológica para tener apoyo durante el proceso que permitirá el reconocimiento y aceptación de este problema, de manera complementaria se debe contar con actividad física para tener mejores resultados y con ello disminuir la predisposición de alteraciones metabólicas que incluyen la resistencia a la insulina y dislipidemias o ambas las cuales conllevan al riesgo cardiovascular.

8.3 IMC (Índice de Masa Corporal)

El concepto de IMC se aplica tanto a hombres como a mujeres. Es un valor o parámetro que establece la condición física saludable de una persona en relación a su peso y estatura, ya que permite saber si ésta se encuentra con bajo peso, en normopeso o si presenta sobrepeso u obesidad. Es considerado como uno de los mejores métodos para saber si se encuentra en riesgo de desnutrición o de obesidad; problemas que generan consecuencias a la salud que incluso pueden llevar a la muerte. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (García y col., 2007).

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Ambos generalmente utilizados como

sinónimos, sabiendo que el primero hace referencia a un exceso de peso (incluye todos los tejidos, grasa, músculo y huesos además del agua corporal). La segunda hace referencia específicamente a un exceso de grasa (Casanueva y col. 2008).

El promedio del índice de masa corporal real fue de 24.0 kg/m² para hombres y de 23.0 Kg/m² para mujeres; como se puede notar en la Tabla 5 se encuentran dentro de los valores promedio de un IMC normal.

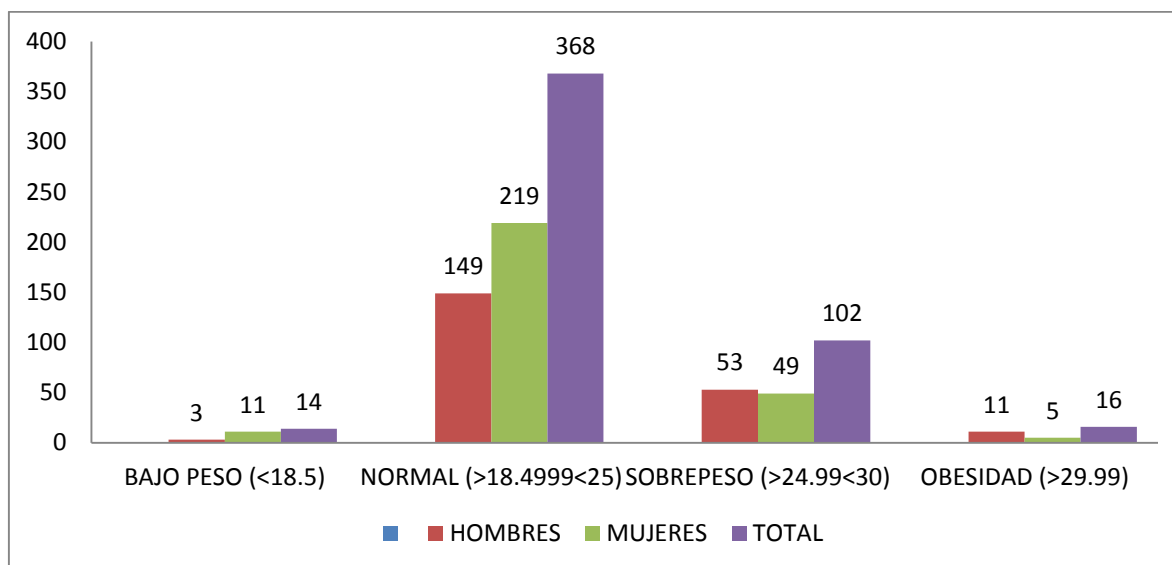
Tabla 5. Clasificación del Índice de Masa Corporal Según la OMS	
CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m²)
BAJO PESO	Menor a 18.5
RANGO NORMAL	18.5 – 24.9
SOBREPESO	25 - 29.9
OBESIDAD	Mayor a 30

Clasificación del IMC según la OMS, 2007

Existe un importante número de jóvenes tanto hombres como mujeres que presentan sobrepeso y se convierte en un dato importante de alerta debido a que si no llevan medidas adecuadas podrían aumentar su IMC y presentar obesidad teniendo en cuenta que estas dos causas son el principal problema de salud pública en México y que puede llevar al desarrollo de otras enfermedades.

A continuación se muestra en la Figura 7 el Índice de Masa Corporal de hombres y de mujeres.

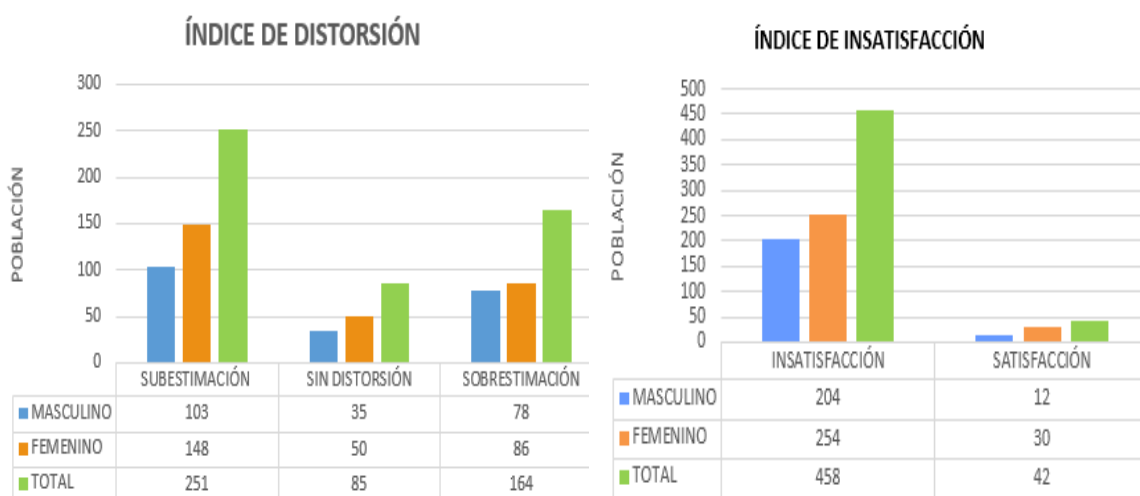
Figura 7. Índice de Masa Corporal de la Población en función del sexo.



Como puede notarse en la población de 500 jóvenes universitarios (Figura 7), la gran mayoría cuenta con un normopeso, habiendo 219 mujeres (43.8%) y 149 hombres (29.8%) que están con un peso adecuado en relación a su estatura. Seguidamente la población con mayor número de personas es aquella que presenta sobrepeso con un número de 102 estudiantes (20.4%), siendo 4 personas más en hombres que en mujeres, y finalmente puede apreciarse en menor cantidad a las personas que indicaron un bajo peso representado por 14 personas (2.8%) y obesidad con 16 personas (3.2%). Con estos resultados se procedió al análisis de los datos recabados de los participantes a partir de los dos cuestionarios: el de Escala de Evaluación de la Imagen Corporal - Gardner y como el Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ).

Comparando su cuerpo real (IMC), con su distorsión e insatisfacción, se encuentra el efecto de alteración corporal. De acuerdo con las investigaciones revisadas se encontró que el efecto de alteración de la imagen corporal, señala que las personas delgadas sobreestimaban y las obesas subestimaban (Nelson y Gilyez, 1993 citado en Gómez- Peresmitré 1997).

Figura 8. Índice de Insatisfacción e Índice de Distorsión de la Población en estudio en función del sexo



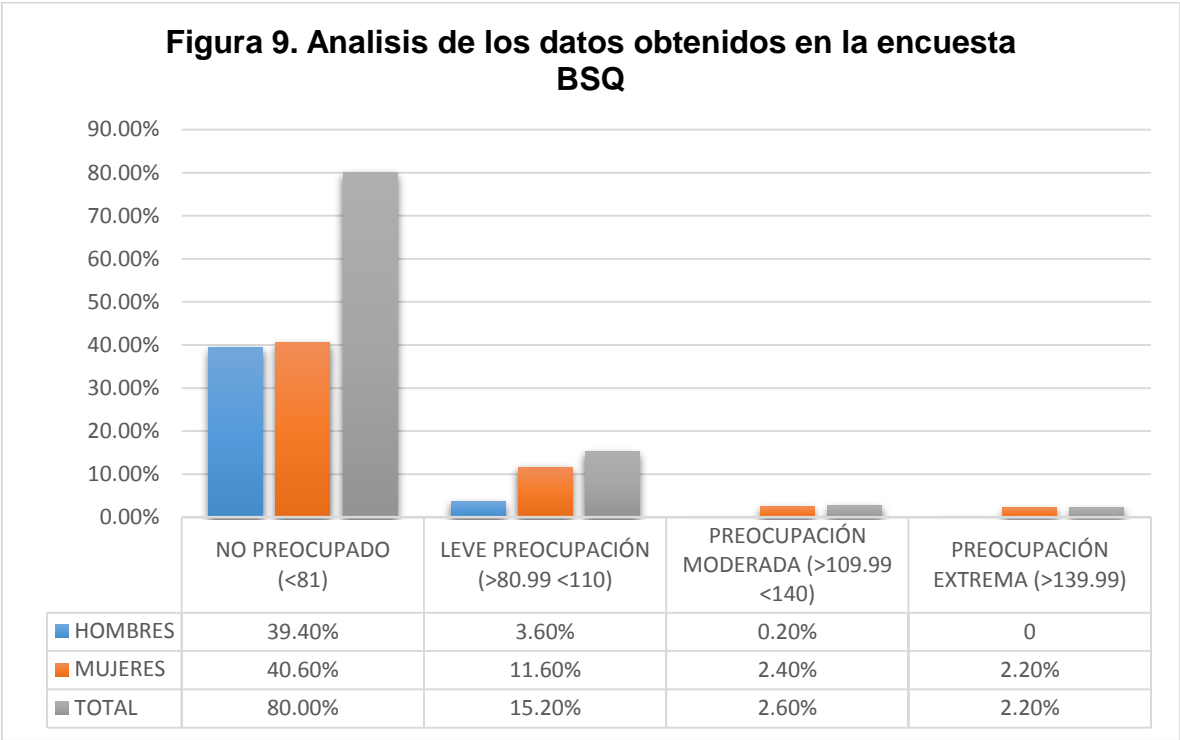
En la Figura 8 se puede distinguir ambas alteraciones de la imagen corporal estudiadas en el presente trabajo con un total de 251 personas (50.2%) exhiben una subestimación que se refiere a una distorsión menor a la real, es decir, se perciben con menor peso de lo que verdaderamente presentan, siendo 45 mujeres (9%) mayor comparado con el de los hombres y 164 personas correspondiendo a un 32.8% estiman que su peso es mayor al que poseen, es decir, una sobreestimación y sólo 85 personas (17%) del total de la población no presenta esta alteración ya que se aprecian como corporalmente son en realidad, en su mayoría mujeres representando un (10%) comparado con un (7%) de los hombres.

Un gran porcentaje de estudiantes se sienten insatisfechos con el aspecto físico que poseen, afectando a 458 de las 500 personas encuestadas, es decir, un 91.6% y sólo 42 participantes (8.4%) se sienten bien consigo mismos aceptándose con su figura corporal.

Complementándose con los resultados que se obtuvieron donde los participantes manifestaron que existe una insatisfacción corporal que no es exclusiva de las mujeres, sino que además en los hombres cada día se presenta con mayor frecuencia, lo que pone en evidencia la interiorización del modelo cultural vigente

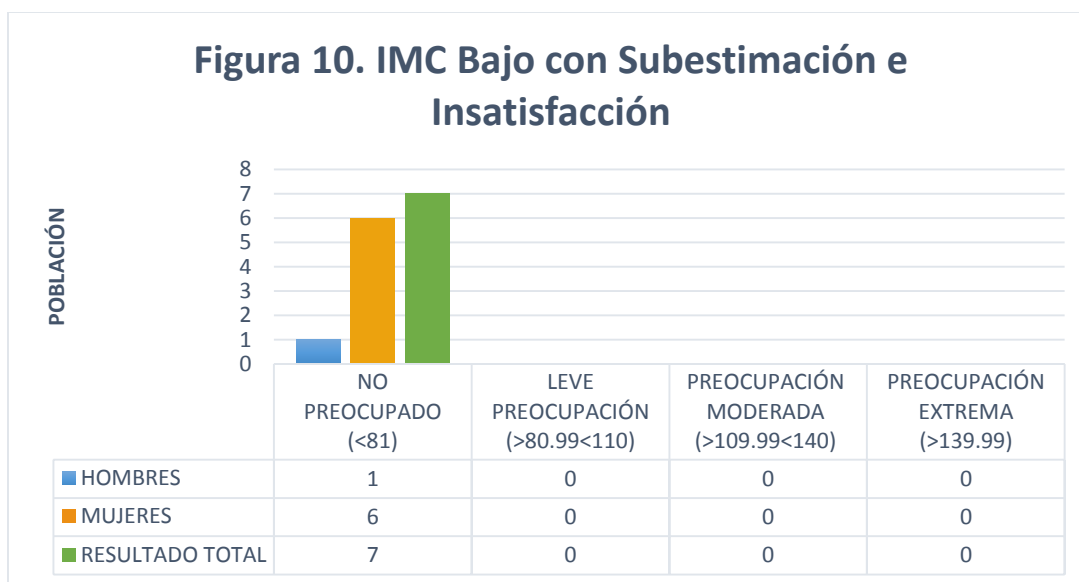
para ambos sexos. Se pone de manifiesto que ambos sexos se preocupan por su imagen corporal.

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron por el Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ).



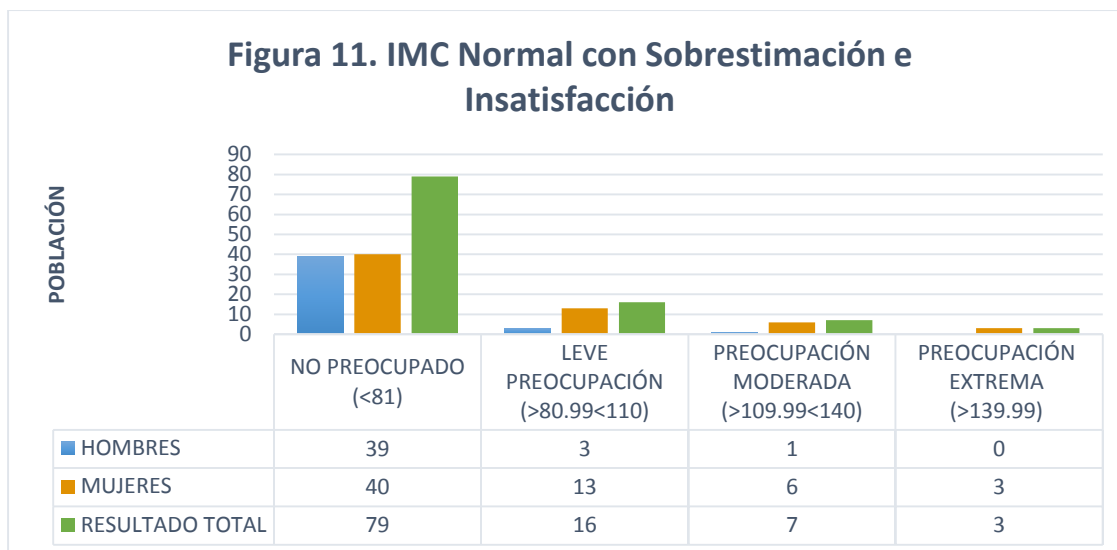
De acuerdo a la Figura 9 se observa que a la gran mayoría de la población (80%) no le preocupa su imagen corporal a pesar de presentar alteraciones de esta misma (Insatisfacción y Distorsión) en la mayoría de los casos, este resultado fue similar tanto en hombres como en mujeres por lo que se hace notar un cambio en la forma de pensar actual de las mujeres pues se tiene el estereotipo que las mujeres tienden a darle más importancia a su apariencia ya que proyectan pensamientos centrados en la delgadez, conductas motoras como la realización de dietas, uso de laxantes o purgantes y el ejercicio físico excesivo.

Se realizó un análisis y comparación con el cuestionario anterior de Gardner para agrupar cada uno de los datos obtenidos.

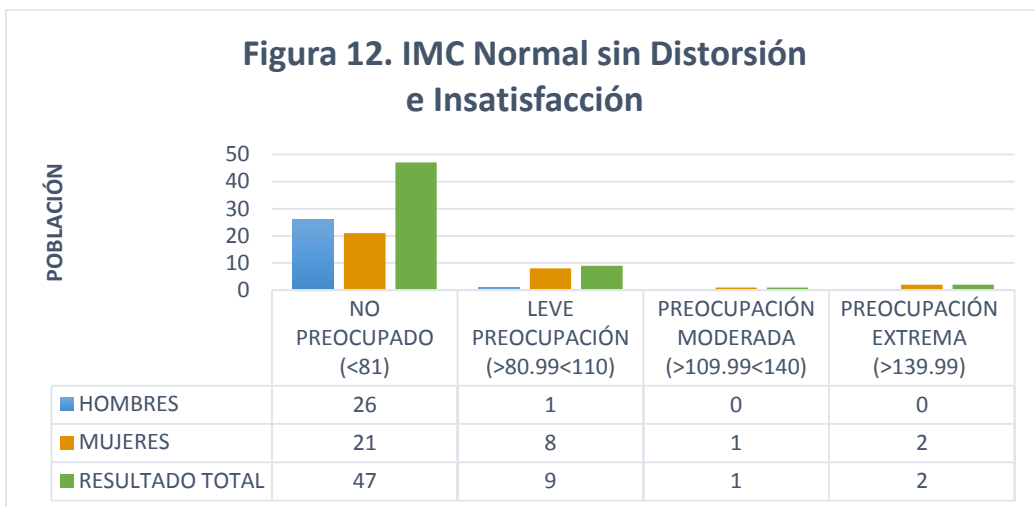


Como se puede observar en la Figura 10, las personas que presentaron un IMC bajo (< 18.5) las cuales en su mayoría son mujeres (6), junto con una subestimación e insatisfacción en su imagen corporal, no están preocupadas por cambiar su apariencia, lo cual es indicativo de que, aun cuando saben que su peso es bajo y están insatisfechos (o de acuerdo con lo aceptado socialmente deberían preocuparse), se valora la imagen de la delgadez al punto de no tener que preocuparse por realizar cambios en su apariencia. También existen otros jóvenes que tuvieron bajo peso, cabe señalar a 2 mujeres que presentaron una subestimación (se ven con menor peso de lo que realmente tienen) pero se encuentran satisfechas, es decir, que por la misma distorsión presentada se sienten contentas consigo mismas, reafirmando lo comentado anteriormente de que se valora grandemente una imagen de delgadez. Por otra parte, hay una sola mujer dentro de este rango que no indica una distorsión pero si se siente insatisfecha, es decir que a pesar de que se reconoce a sí misma no le agrada su figura corporal. Sólo dos mujeres que al igual que las demás no les afecta ni les preocupan cambiar su apariencia, estas no presentan ninguna de las alteraciones estudiadas y dos

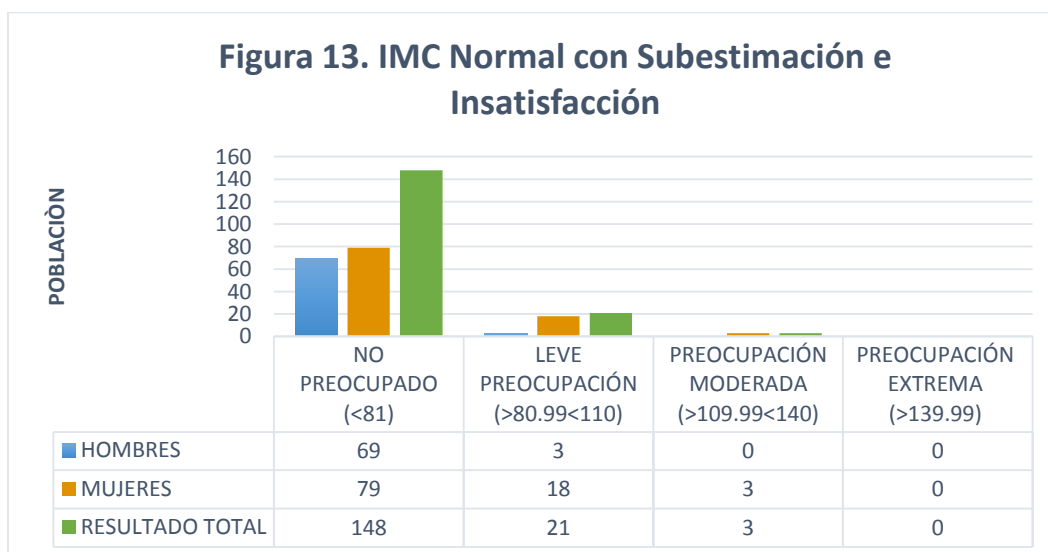
hombres demuestran una sobrestimación (se ven con mayor peso) y se siente insatisfechos por lo que les afecta la percepción de su imagen corporal.



En la Figura 11 se puede analizar la población que tuvo un IMC Normal (>18.49<25) y que presentaron una valoración percibida mayor a su imagen corporal real, además de encontrarse insatisfechos, siendo un total de 62 mujeres (12.4%) y 43 hombres (8.6%) que presentan estas características. 40 mujeres (8%) así como 39 hombres (7.8%) no tiene preocupación por el aspecto físico que poseen. 13 mujeres (2.6%) y 3 hombres (0.6%) presentan una leve preocupación, 6 mujeres (1.2%), 1 hombre (0.2%) presentan una moderada preocupación que puede provocar pensamientos además de emociones negativas ocasionales que llegan a producir miedo a engordar. Solo 3 mujeres (0.6%) presentan una extrema preocupación debido a pensamientos angustiosos por el deseo de perder peso y hacer dietas que conlleva a un desorden de conducta alimenticia que pondría en riesgo su salud.

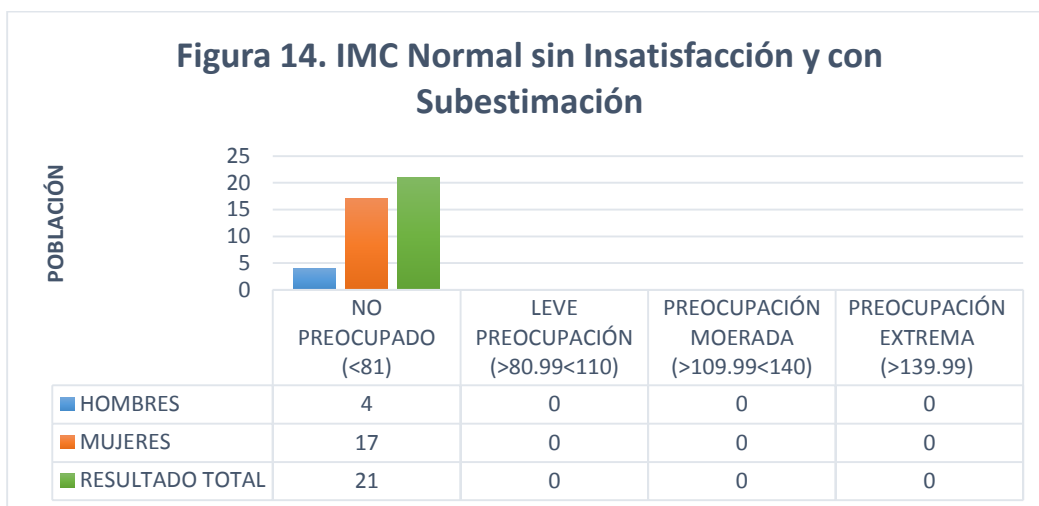


En la Figura 12 se puede ver la población que tuvo un IMC Normal ($>18.49<25$) con valoración real de su imagen corporal pero que se encuentran insatisfechos, siendo un total de 32 mujeres (6.4%) y 27 hombres (5.4%) que presentan estas características. En este grupo se puede observar por tanto, que la población se aprecia tal y cual son realmente, sin embargo están insatisfechos debido quizá a las presiones mediáticas que relacionan un estereotipo de belleza con la delgadez, de cualquier manera, aunque no les gusta su imagen corporal, no tienen preocupación por modificar su peso.

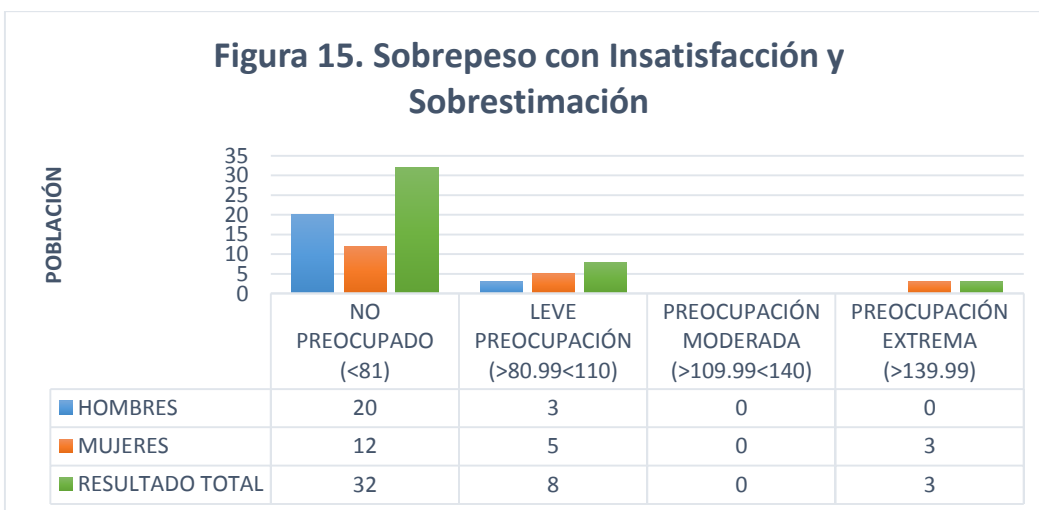


En la Figura (13) anterior se presenta la población con IMC Normal ($>18.49<25$) y que presentan una valoración percibida menor a su imagen corporal real es decir

se perciben más delgados de lo que realmente son y por tanto se encuentran insatisfechos siendo un total de 100 mujeres (20%) y 72 hombres (14.4%) analizando que estas características en su mayoría se presentan en mujeres, que dicho de otra manera, se perciben delgados y a pesar de ello están insatisfechos, lo que podría interpretarse como que están más influenciados por los estereotipos.

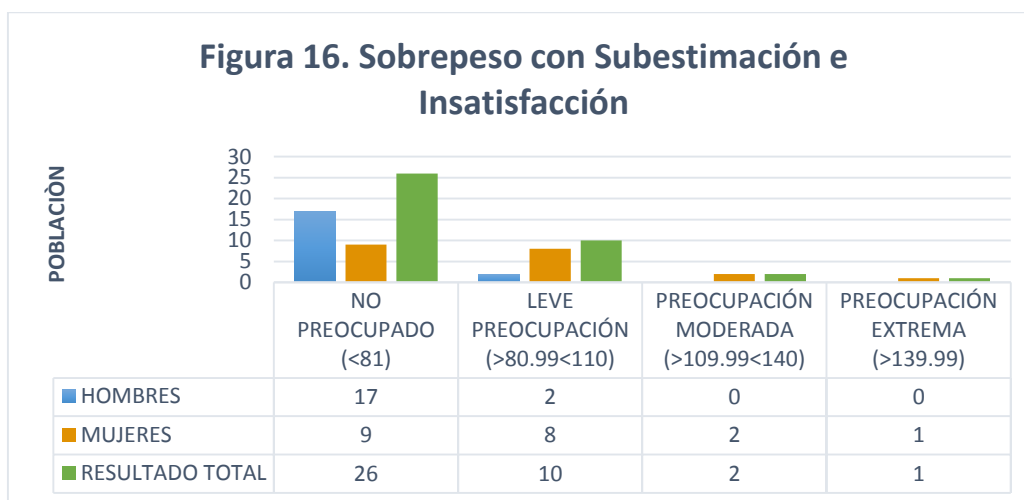


En la Figura 14 se puede analizar la población que tiene un IMC Normal ($>18.49<25$) y presenta una valoración percibida menor a su imagen corporal real, al existir tal alteración se sienten satisfechos y por tanto no tienen preocupación por cambiar su apariencia.

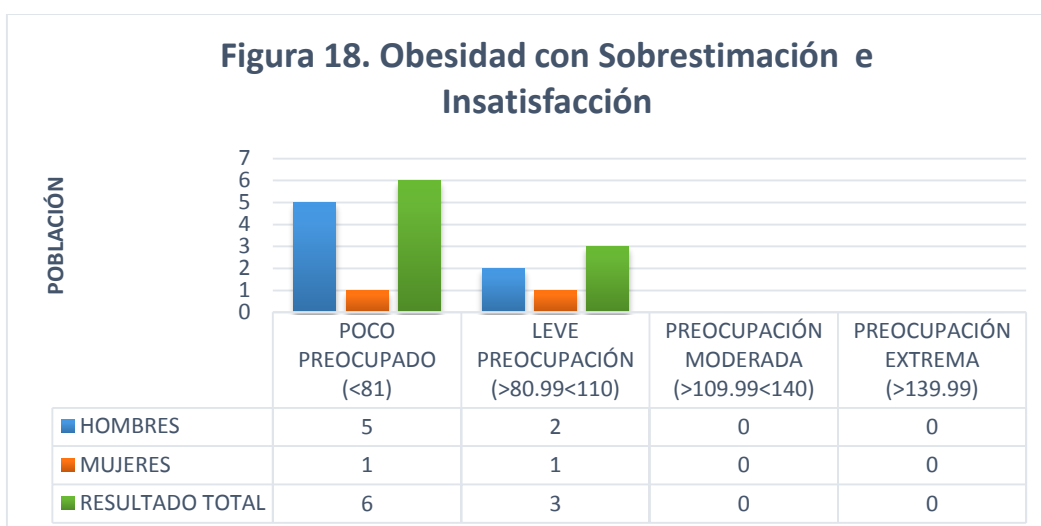
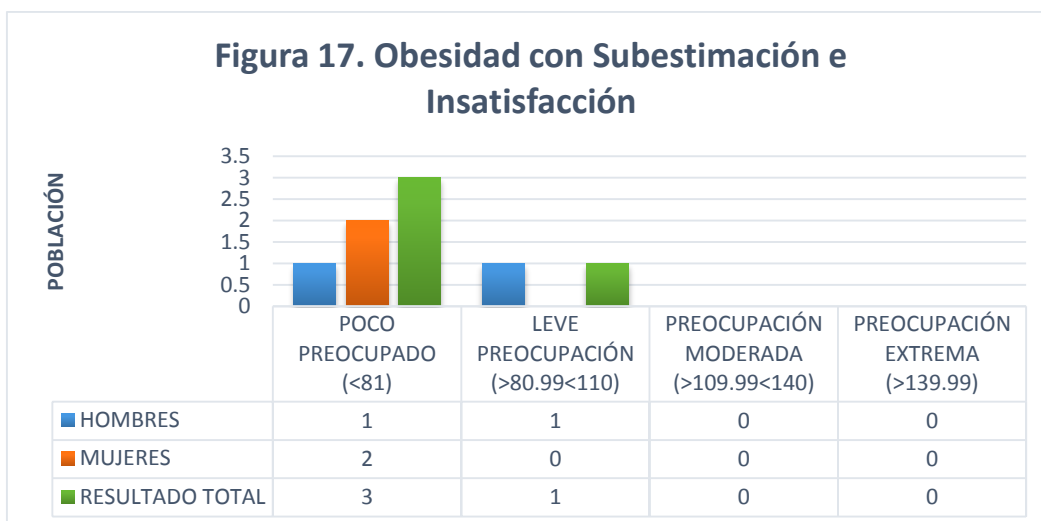


En la Figura 15 se puede observar la población que tiene un IMC ($>24.99<30$) indicativo de sobrepeso el cual presenta una valoración percibida mayor a su

imagen corporal real además de encontrarse insatisfechos, siendo un total de 17 mujeres (3.4%) y 23 hombres (4.6%) que presentan estas características. Es importante mencionar que 3 mujeres (0.6%) sugieren una extrema preocupación debido a pensamientos angustiosos por el deseo de perder peso y hacer dietas que conllevaría a un desorden de conducta alimenticia que pone en riesgo su salud. En este grupo cabe resaltar que se encuentran conscientes de su peso extra y es lo que les provoca la insatisfacción, pero se perciben además por arriba de su peso lo que podría estar provocando la preocupación por modificar su imagen.



En la Figura 16 se puede ver que la población con IMC (>24.99<30) indicativo de sobrepeso y una valoración percibida menor a su imagen corporal real además de encontrarse insatisfechos, son un bajo porcentaje de la población: 20 mujeres (4.0%) y 19 hombres (3.8%), lo preocupante es que presentando problemas de peso, se consideran con menor peso, lo que en el fondo podría ser causa de su insatisfacción ya que estarían considerando únicamente que no “llenen el patrón de belleza”, lo cual se refleja en la poca preocupación por modificar su imagen.



En estas Figuras anteriores 17 y 18 se distingue que las personas con obesidad IMC (>30) como era de esperarse presentan una insatisfacción con distorsión de las cuales 2 mujeres (0.4%) y 1 hombre (0.2%) se ven a sí mismos más delgados de lo que realmente son aunque son obesos, 1 hombre (0.2%) tiene una leve preocupación además no les preocupa cambiar para mejorar su salud. En cambio hay 2 mujeres (0.4%) y 7 hombre (1.4%) que sugieren una distorsión ya que son personas obesas y se perciben con un mayor peso. El 1.2% no les preocupa su apariencia y al 0.6% tienen una leve preocupación.

Es notorio que prácticamente toda la población, a pesar de presentar distorsión e insatisfacción con su imagen corporal, no está preocupado por modificar este aspecto, lo que podría ser indicativo de que su percepción ideal está influenciada por los medios, el ambiente social (amigos, parientes) y eso motiva su insatisfacción, aunado a esto, la mayoría se percibe con menor peso del real lo que estaría condicionando la poca o nula preocupación por su peso. Este último aspecto es de particular importancia, debido a que refleja el desconocimiento para distinguir la obesidad y el sobrepeso, esta problemática representaría una condición de riesgo para la salud de los jóvenes encuestados, quizás no en el corto plazo, pero de acuerdo con las estimaciones de la OMS sí en el mediano y largo plazo (OMS, 1998).

En las Tablas 6 y 7 se observa la relación entre el índice de distorsión y de insatisfacción con el riesgo de conducta alimentaria indicada por el cuestionario BSQ (personas que obtuvieron un valor superior a 105), con un total de 27 personas sintiéndose todas ellas insatisfechas consigo mismas. Importante notar que ningún hombre tiene riesgo de conducta alimentaria con distorsión pero existen 7 mujeres que tienen riesgo de padecer un trastorno alimenticio sin presentar alteración en su figura corporal.

Tabla 6.- Índice de Distorsión en relación al Riesgo de Conducta Alimentaria		
Sexo	Mujeres	Hombres
Sobrestimación	12	1
Sin distorsión	7	0
Subestimación	6	1
Total	25	2

Tabla 7.- Índice de Insatisfacción en relación al Riesgo de Conducta Alimentaria			
Sexo	Mujeres	Hombres	Total
Insatisfacción	25	2	27

Estos resultados muestran que aunque el porcentaje de la población que podría verse afectado por trastornos de la conducta alimentaria es pequeño, sí es muy importante trabajar este aspecto de insatisfacción y distorsión con ellos, antes de que pudiesen tener consecuencias más graves.

10.- CONCLUSIONES

De acuerdo a la información se puede concluir lo siguiente:

La mayoría de la población presenta un IMC normal lo cual es bueno para considerar que tienen un buen estado nutricional por el peso adecuado que presentan.

De forma general la distorsión se presenta mayormente en personas con subestimación que con sobrestimación.

Se comprueba lo que establece la literatura en el caso de la distorsión y la insatisfacción por género, existe un mayor número de mujeres con estos problemas que hombres, pero hay que mencionar que la diferencia ya no es tan marcada como en épocas pasadas, esto hace que se tengan que replantear el enfoque de las investigaciones futuras.

Los resultados de la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal demuestran que en esta población existe una preocupación mínima de su apariencia, pues no tienen un interés importante en modificar su imagen corporal, teniendo otras prioridades en su vida universitaria.

El BSQ y el cuestionario de Gardner efectivamente tienen la capacidad de relacionar a la población que no presenta riesgos de Trastornos del Comportamiento Alimentario al ser complementarios los resultados del tipo psicológico y físico, encontrando pocos casos de verdadero riesgo de trastorno alimentario en la población de estudio.

11.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- La encuesta de Gardner modificada necesita actualizaciones para mejorar los resultados que aporta, presenta datos que son de gran ayuda en las investigaciones de insatisfacción corporal pero solo de manera general con el inconveniente de no aportar datos de manera específica que permita ayudar a personas de manera más precisa.
- Dado que los problemas de salud en los cuales nos vemos inmersos actualmente son multifactoriales, provocados inminentemente por el ambiente social y cultural, es importante formar un estilo de vida en múltiples dimensiones, con la generación de programas en el que si bien las técnicas y estrategias pudieran ser diferentes según la población en las que se aplicaran, se consideren las propuestas siguientes:
- Hacer del conocimiento de la población en general que existen conductas de riesgo específicos que al seguir un ideal o estereotipo de belleza errónea como la modificación de hábitos alimenticios, el ayuno, el uso de productos químicos provocan daños a la salud.
- Implementar una educación de aprendizaje correcto de la imagen corporal para evitar o disminuir la distorsión y la insatisfacción, con el que se promueva la creación y recreación del conocimiento intrapersonal para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, no solo en el ámbito académico, sino también personal y social.
- En la población que ya está padeciendo un TCA y está dispuesta a recibir atención multidisciplinaria, tener presente que el tratamiento debe ser integral, por la combinación de dinámica familiar y social para erradicar y entender dicha situación.
- Es muy importante señalar que la atención debe ser con igualdad de género ya que ambos necesitan apoyo siempre y cuando sea voluntario.

12.-BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M. (2001). Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria. Una investigación transcultural entre España y México. Almería España Universidad de Almería.
- Aguado, J. (2004). Cuerpo humano e imagen corporal. UNAM, México pp. 14-15.
- Anderson, E. (1992). Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: a dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *Int. Jo Eatings Dis.*
- Argüello, L. y Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Madrid. pp. 478-518.
- Arteaga, F., Prado P., Da Silva, G., López, P., Molina, Z. y Montilla, M. (2008). Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de los andes del Estado Mérida Venezuela. *MH Salud.* pp 1-14.
- Baile, A. (2003). ¿Qué Es La Imagen Corporal?. *Revista De Humanidades Cuadernos Del Marqués De San Adrián.* pp. 9-11
- Berger, K. (1998). *The Developing Person: trough the life span.* Vol 4. New York: Worth Publishers.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptuall disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine,* 24, pp. 187-194.
- Castro R. (2013). Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación de deportistas de musculación patrones psicológicos asociados a la vigorexia. España: Universidad de Jaén.
- Cetraro, P. (2011). Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes. Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.

- Clinical. Guidelines on the identification, evaluation and treatment of Overweighth and Obesity in Adults. (1998) NIH Publication N^o 98
- Cobos, S. (2014). La insatisfacción corporal y la alteración de la imagen corporal en población universitaria. España: Universidad de Valladolid. pp. 9,11.
- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio empírico. *Psiquis*, 23 (1), pp. 65-72.
- Durkin, J., Paxton, J. y Sorbello, M. (2007). Mediators of the impact of exposure to idealized female images on adolescent girls' body satisfaction: and integrative model. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol 37, 1092-1117.
- Farrera, S. (2012). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona. de Universidad Psicología Sitio web:<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5418/sfs1de3.pdf?sequence=1>
- Farrera, S. (2001). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Salud y de Psicología Social.
- Fichter, M., Meister, I. y Koch, H. (1986). The Measurement of Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa. Experimental Comparison of Different Method. *British Journal of Psychiatry*, 148, pp 453-461.
- Flores, M. (2009). Validez y confiabilidad del body shape questionnaire en adolescentes universitarias de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Garner, M. y Garfinkel, E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, pp. 263-284.
- Gila, A., Castro, J. y Toro, J. (1998). Subjetive Body-image Dimesion in Normal and Anorexia Adolescents. *British Journal of Medical Psychology*, 71, pp.175-184.

- Gómez, M. (1997). Alteraciones de la Imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de psicología*, 14, 31-40.
- Hernández, P. (2015). Síndrome metabólico en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social: prevalencia y factores asociados. México: El Residente.
- Hidalgo, A. (2011). Quality of life according to self-perceived weight, weight control behavior, and gender among adolescent university students in Mexico. *Cad Saude Publica* pp. 67-77.
- Hill, J. y Silver, K. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9 years old children's perception of body shape and stereotypes. In *J Obesity*: 19
- Illera, A y Llano, S. (2011). Asociación del Índice de Masa Corporal e Índice Cintura-Cadera con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de pregrado de la universidad de la sabana. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Ingledew, K. y Sullivan, G. (2002). Effects of body mass and body image on exercise motives in adolescents. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, pp. 323-338.
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaam, M., Kraemer, C. y Agras, S (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders. Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*. Vol 130, 19-65.
- Khor L., Zalilah S., Phan Y. y Ang, M. (2009). Perceptions of body image among Malaysian male and female adolescents. *Singapore Med J* p. 1
- Kirszman, D. y Salgueiro, C. (2002). El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Madrid: TEA Ediciones.
- Lamas, M. (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Porrúa, UNAM, México.
- López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006). Health Inequalities: Are morbidity perceptions between men and women different *Salud Colectiva*, 2(1), pp. 61-74.

- López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006). Health Inequalities: Are morbidity perceptions between men and women different. *Salud Colectiva*, 2(1), pp 61-74.
- Lúcar, M. (2012). *Insatisfacción Con La Imagen Corporal E Influencia Del Modelo Estetico De Delgadez En Un Grupo De Adolescentes Mujeres*. Lima, Perú: Universidad Catolica de Perú.
- Madrigal, H., De Irala, J., Martínez, A., Kearney, J., Gibney. y Martínez, J. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación Cualitativa al estado nutricional. *Salud Pública de México*. Vol. 41.No 6. pp. 480-485.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *SEYPNA*.30. pp 45- 56.
- Manzaneque, B. (2013). Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Universidad Complutense de Madrid*. pp. 210-230.
- Martin, J. (1998). *Eating Disorders, Foodand Occupational Therapy*. London: Whurr Publishers.
- McCabe, P. y Ricciardelli, A. (2005). A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *Journal of Applied Psychology*, 26, pp. 559–577.
- Meneses, M. y Moncada, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte.*, Vol. 3, pp. 13-30.
- Míguez, M., Montaña, J., González, J. y González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 3, pp.472-479.
- Mintz, L. y Kashubeck, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres: evaluación y cuestiones del autoinforme transcultural. *Psicología Conductual*, Vol. 12 Nº 3, pp. 385-414.
- Moral, M. y Raich, M. (2004). Una Revisión De Estudios De Intervencion Sobre Las Alteraciones De La Imagen Corporal. *Psicología y Ciencia Social*. Vol. 6, pp. 2-6.

- Olesti-baiges, M., Martín, N. y Riera, A. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería clínica*, 17 (2), pp. 78-84.
- OMS (1998). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Ginebra: World Health Organization.
- OMS (1999). *Glosario de Promoción de la Salud*. MSC. Madrid.
- Onofre, R., Gill, P., García, LM., Fernández, JG. (2012). Incidencia De Un Programa De Educación Física En La Percepción De La Propia Imagen Corporal. *Revista de Educación*, pp. 283-286
- Order, J. (2003). *The Psychology of Eating*. Oxford: Blackwell.
- Ortega, M. (2010). Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén. Universidad de Granada. Granada.
- Pajuelo, J. (2014). Valoración del estado nutricional en la gestante. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 2, pp. 147-151.
- Paxton, J., Wertheim, H., Gibbons, K., Szukler, I., Hillier, L. y Petrovich, L. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol 20, 361-379.
- Penabad, A. (2013). Percepción de la imagen corporal y desempeño ocupacional en adolescentes. España: Universidad de la Coruña. pp. 7, 14-16
- Pruzinsky, T. y Cash, F. (1990). Integrative them is in body-image development, deviance and change. En T.F, Cash y T.Pruzinsky y *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 337-349, N. York, The Guilford Press.
- Quiñonez, M. y Méndez, M. (2006). *Imagen Corporal En Niñas De Primaria*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. p 15.
- Raich, M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *avances en psicología. Latinoamericana*, Volumen 22, pp. 15-27.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, pp. 51-66.
- Rodríguez, C. (1997). Anorexia nerviosa e imagen corporal: Un estudio comparativo entre anoréxicas y grupos de alto riesgo en la región de Murcia. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Murcia.
- Rodríguez, J.M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación Salud y drogas. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica*, Vol.7, p. 293
- Rodríguez, M.A., Beato, L., Rodríguez, T. y Martínez, F. (2003) Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*; p.p 59-64.
- Rosario, I. (2009) Imagen corporal y la calidad de vida laboral: reto organizacional. Puerto Rico universidad católica de Puerto Rico.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2; pp. 143-166.
- Salaberria, K., Rodríguez S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*; 8: pp 171-183.
- Sánchez, I. y Bernal B. (2012). Insatisfacción Corporal En Hombres y Mujeres De Población Rural. México: Universidad Autónoma De México
- Sanchez, I. y Rossano, B. (2012). Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. 2014, de Universidad Autónoma del Estado de México
Sitio web:
http://www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal
- Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 28, pp. 397- 407.

- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Col.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N York: International Universities Press.
- Serrano, G. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Silva, R. (2008). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad, Parte II: Un Marco de Referencia Neurocientífico para el Desarrollo de Técnicas Psicoterapéuticas y Programas de Prevención. *Terapia psicológica*, 26(1), 99-115. Recuperado en 11 de marzo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100009&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082008000100009.
- Smolak, L. y Thompson, K. (2009). *Body Image, Eating Disorders and obesity in youth*. Vol. 2. Washintong, DC: American Psychological Association.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A. y Werdan, L. (1992). Comparison of Body Size Estimation and Eating Disorder Inventory Scores in Anorexia and Bulimia Patients with Obese, and Restrained and Unrestrained Controls. *International Journal of Eating Disorders*, 11, pp. 133-149.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. Washington. American Psychological Assoiation.
- Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, N., y Tantleff, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assesment and treatment of body image disturbance*. Washington. American Psychological Association.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Tiggerman, M., y Wilson, E. (1998). Children´s figure ratings: Relationship to self-esteem and negative stereotyping. *International J Eatings Dis*.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

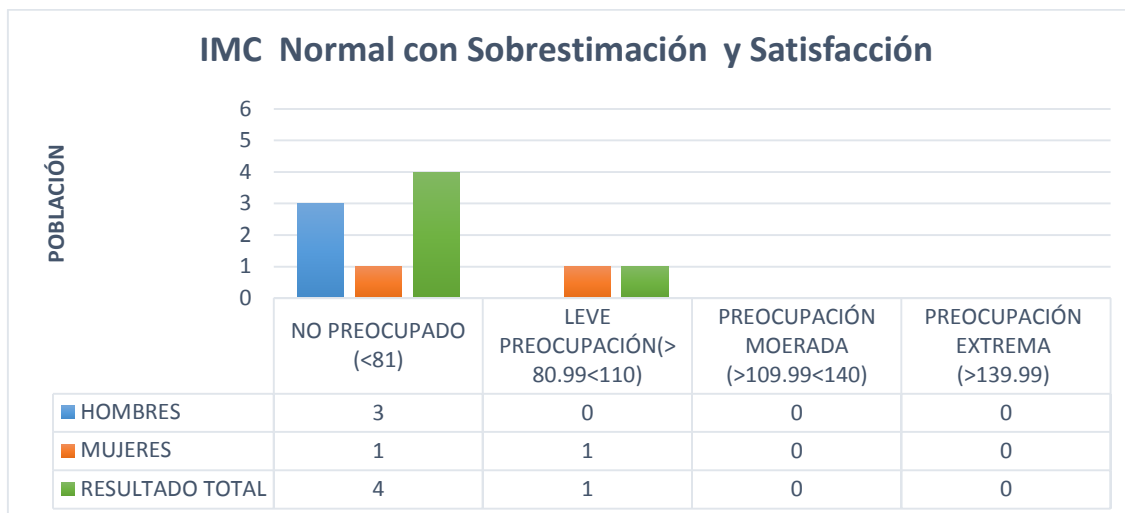
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 205-214.
- Toro, J., Walters, K. y Sánchez, I. (2012). El cuerpo en forma: masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 42-857. Recuperado en 14 de marzo de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000300007&lng=es&tlng=es.
- Wertheim, E., Paxton, S. y Blaney, S. (2009) Body Image in girls. En Smolak y Thompson (2009) *Body Image, eating disorders and obesity in youth*. Vol 2. Washington DC: American Psychological Association. Cap 3, 47-76.
- Wiseman, V., Gray, J., Mosimann, E., y Ahrens, AH. (1992). Thinness in women: an update. *International Journal of Eating Disorders*, 11.

ANEXO 1

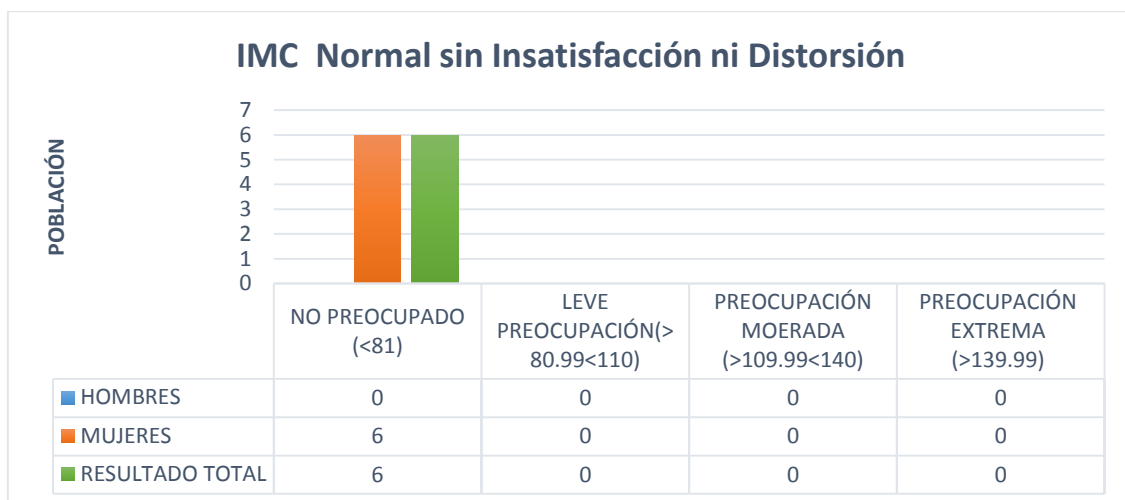
Tabla 7. Correlación de los datos obtenidos de las encuestas de Gardner y BSQ						
IMC	HOMBRES	MUJERES	ID	IS	SUMATORIA BSQ	RESULTADO TOTAL
BAJO	2	0	>0	<0	<81	2
BAJO	0	2	0	0	<81	2
BAJO	0	1	0	<0	<81	1
BAJO	0	2	<0	0	<81	2
BAJO	1	6	<0	<0	<81	7
NORMAL	34	38	>0	>0	<81	72
NORMAL	2	13	>0	>0	>80.99<110	15
NORMAL	1	6	>0	>0	>109.99<140	7
NORMAL	0	3	>0	>0	>139.99	3
NORMAL	3	1	>0	0	<81	4
NORMAL	0	1	>0	0	>80.99<110	1
NORMAL	5	2	>0	<0	<81	7
NORMAL	1	0	>0	<0	>80.99<110	1
NORMAL	12	18	0	>0	<81	30
NORMAL	0	6	0	>0	>80.99<110	6
NORMAL	0	1	0	>0	>109.99<140	1
NORMAL	0	2	0	>0	>139.99	2
NORMAL	0	6	0	0	<81	6
NORMAL	14	3	0	<0	<81	17
NORMAL	1	2	0	<0	>80.99<110	3
NORMAL	14	46	<0	>0	<81	60
NORMAL	1	14	<0	>0	>80.99<110	15
NORMAL	0	3	<0	>0	>109.99<140	3
NORMAL	4	17	<0	0	<81	21
NORMAL	55	33	<0	<0	<81	88
NORMAL	2	4	<0	<0	>80.99<110	6
SOBREPESO	20	11	>0	>0	<81	31
SOBREPESO	3	5	>0	>0	>80.99<110	8
SOBREPESO	0	3	>0	>0	>139.99	3
SOBREPESO	0	1	>0	<0	<81	1
SOBREPESO	4	2	0	>0	<81	6
SOBREPESO	2	4	0	>0	>80.99<110	6
SOBREPESO	0	1	0	>0	>139.99	1
SOBREPESO	0	1	0	<0	<81	1
SOBREPESO	11	9	<0	>0	<81	20
SOBREPESO	1	8	<0	>0	>80.99<110	9
SOBREPESO	0	2	<0	>0	>109.99<140	2
SOBREPESO	0	1	<0	>0	>139.99	1
SOBREPESO	5	1	<0	0	<81	6
SOBREPESO	6	0	<0	<0	<81	6
SOBREPESO	1	0	<0	<0	>80.99<110	1
OBESIDAD	5	1	>0	>0	<81	6
OBESIDAD	2	1	>0	>0	>80.99<110	3
OBESIDAD	1	0	0	>0	<81	1
OBESIDAD	1	0	0	>0	>80.99<110	1
OBESIDAD	0	1	0	>0	>139.99	1
OBESIDAD	1	2	<0	>0	<81	3
OBESIDAD	1	0	<0	>0	>80.99<110	1

Los resultados presentados anteriores son señalados como:

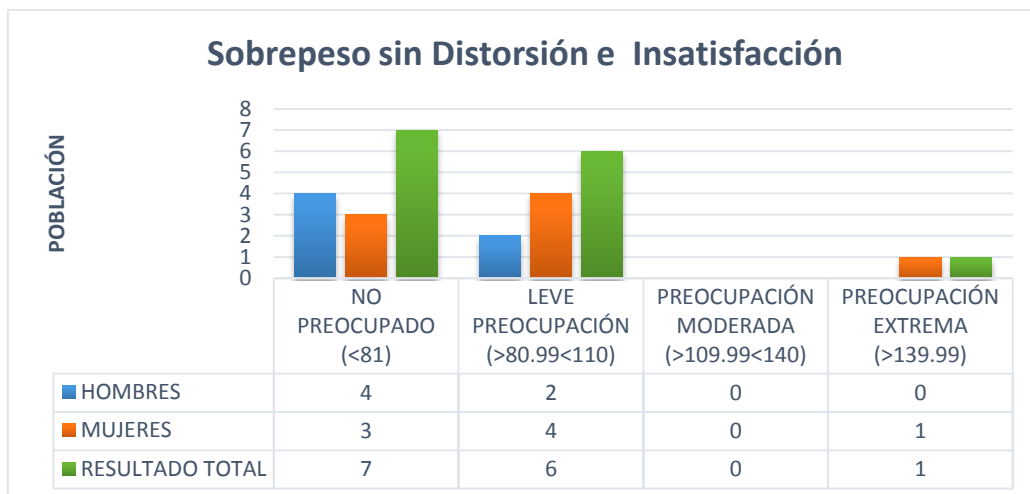
- ID>0 INDICA SOBRESTIMACIÓN
- ID<0 INDICA SUBESTIMACIÓN
- IS<0 o IS>0 AMBOS REPRESENTATIVOS DE INSATISFACCIÓN



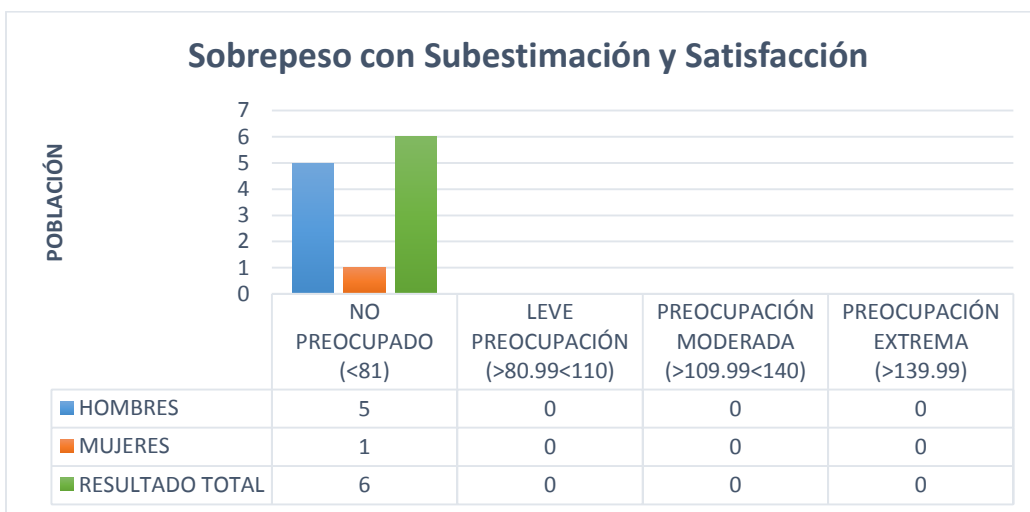
En la Figura se percibe que 1 mujer (0.2%) y 3 hombres (0.6%) presentan sobrestimación pero a diferencia de las gráficas anteriores esta población de 0.8% está satisfecho con su aspecto físico, sin embargo se observa a una joven que a pesar que se encuentra satisfecha con su figura tiene una leve preocupación.



En la Figura se indica que una población muy pequeña de 6 mujeres (1.2%) no presentan ninguna alteración de su imagen corporal ya que se sienten bien consigo mismas y se aceptan como realmente se perciben, en el caso de los hombres no presentaron ninguna de estas alteraciones.



En la gráfica anterior se puede percibir que la población tiene un IMC (>24.99<30) indicativo de sobrepeso el cual presenta una valoración real de sí mismos por lo que se reconocen como son pero no se agradan y les gustaría cambiar su forma, estas características son presentadas por 7 personas que no les preocupa cambiar y 6 personas en su mayoría mujeres que tiene una leve preocupación.



En la gráfica anterior se indica que la población tiene un IMC (25 - 30) indicativo de sobrepeso el cual presenta una valoración percibida menor a su imagen corporal real esta población de 1.2% está satisfecha con su aspecto físico.